



**LIANA LONGO TEIXEIRA LOPES**

**O TRABALHO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO PROCESSO DE  
DESENVOLVIMENTO DA DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

**RIO GRANDE  
2017**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**O TRABALHO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO PROCESSO DE  
DESENVOLVIMENTO DA DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E OUTRAS  
DROGAS**

**LIANA LONGO TEIXEIRA LOPES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. **Linha de Pesquisa:** Tecnologias de Enfermagem/Saúde a Indivíduos e Grupos Sociais.

**ORIENTADORA: PROF<sup>a</sup>. DR<sup>a</sup>. MARA REGINA SANTOS DA SILVA**

**RIO GRANDE**

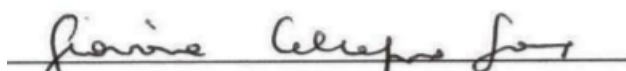
**2017**

## Folha de aprovação

**LIANA LONGO TEIXEIRA LOPES**

### **O TRABALHO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DA DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

Esta dissertação/tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de Mestre em Enfermagem/ Doutor em Enfermagem e aprovada na sua versão final em 31 de agosto de 2017, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.



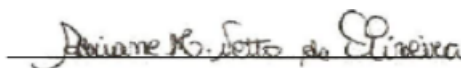
Giovana Calcagno Gomes

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem FURG

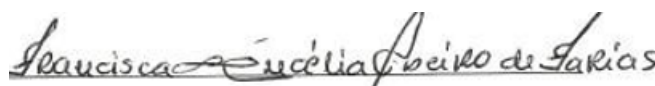
#### BANCA EXAMINADORA



Dra. Mara Regina Santos da Silva - Presidente (FURG)



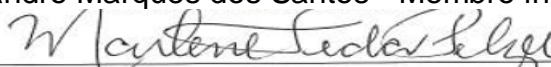
Dra. Adriane Maria Netto de Oliveira - Membro interno (FURG)



Dra. Francisca Lucélia Ribeiro de Farias - Membro externo (UNIFOR)



Dr. Alessandro Marques dos Santos - Membro interno (FURG)



Dra. Marlene Teda Pelzer - Membro suplente (FURG)



Dra. Maria Emília Bueno - Membro suplente (ANHANGUERA)

## Ficha catalográfica

L864t    Lopes, Liana Longo Teixeira.  
O trabalho da equipe multiprofissional no processo de desenvolvimento da dependência de álcool e outras drogas / Liana Longo Teixeira Lopes. – 2017.  
93 p.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Rio Grande/RS, 2017.  
Orientadora: Dr<sup>a</sup>. Mara Regina Santos da Silva.

1. Transtornos relacionados ao uso de substâncias 2. Equipe interdisciplinar de saúde 3. Enfermagem psiquiátrica 4. Alcoolismo 5. Drogas ilícitas I. Silva, Mara Regina Santos da II. Título.

CDU 616-083

## RESUMO

LOPES, Liana Longo Teixeira. O trabalho da equipe multiprofissional no processo de desenvolvimento da dependência de álcool e outras drogas. 2017. 93 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande - FURG, Rio Grande.

A dependência química em álcool e outras drogas é um problema de saúde que atinge diferentes dimensões da vida humana. As distintas etapas do processo de adoecimento precisam ser consideradas pela equipe multiprofissional, que atua na área da saúde mental, sendo que estas vão depender da singularidade de cada pessoa, bem como do tipo de droga utilizada. Este estudo teve como objetivo geral conhecer a atuação da equipe multiprofissional com a pessoa usuária de álcool e outras drogas, ao longo do processo de tornar-se dependente. E como específicos: (1) identificar a percepção dos profissionais em relação ao processo de tornar-se dependente químico; (2) identificar as intervenções que os profissionais consideram pertinentes, em diferentes etapas do processo de tornar-se dependente químico; (3) avaliar sob o ponto de vista dos profissionais as barreiras e facilitadores das intervenções realizadas no âmbito dos serviços, que atendem pessoas dependentes químicas. Do ponto de vista metodológico tratou-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo exploratória. Os dados foram coletados no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas (CAPSad), localizado no município de Rio Grande/RS por meio de entrevistas semiestruturadas com a equipe multiprofissional em julho de 2017 e depois submetidos à análise temática. O primeiro artigo corresponde aos objetivos específicos, 1º e 2º, e apontam que os profissionais reconhecem que a dependência química se desenvolve através de diferentes fases, e utilizam como critérios para definir a periodicidade do uso, a quantidade de droga ingerida, o tipo de droga, as repercussões deste uso indevido e o lugar que a droga ocupa na vida da pessoa usuária de álcool e outras drogas. No segundo artigo, o qual corresponde ao 3º objetivo específico, os resultados mostram barreiras e facilitadores do trabalho na recuperação da dependência química. Foram referidos como facilitadores o trabalho em equipe multiprofissional e o vínculo estabelecido com o usuário de álcool e outras drogas. Como barreiras foram apontadas a não adesão do usuário e familiares ao tratamento e a dificuldade do profissional

reconhecer as etapas iniciais do processo. A partir destes resultados conclui-se que a equipe multiprofissional reconhece as etapas do processo de adoecimento da dependência química, embora, suas intervenções contemplem apenas o usuário dependente, correspondendo à terceira etapa nesse estudo, mostrando a necessidade de repensar as práticas profissionais desenvolvidas. O conhecimento das barreiras e dos facilitadores identificados comprova que a interrupção deste processo de tornar-se dependente químico não pode estar restrita somente ao usuário de álcool e outras drogas. Para isso, a atenção do profissional precisa, também, envolver a família e todo o contexto que a pessoa está inserida. A visão dos profissionais da equipe deve ir além do sujeito usuário de drogas, percebendo quais recursos constituem-se em barreiras ou facilitadores para o trabalho, pois esses permitem individualizar o cuidado para cada pessoa.

**Descritores:** Transtornos relacionados ao uso de substâncias. Equipe interdisciplinar de saúde. Enfermagem psiquiátrica. Alcoolismo. Drogas ilícitas.

## ABSTRACT

LOPES, Liana Longo Teixeira. The work of the multidisciplinary team in development of alcohol dependence and other drugs. 2017. 93 p. Dissertation (Master of Nursing) School of Nursing. Graduate Program in Nursing, Federal University of Rio Grande-FURG, Rio Grande.

The chemical addiction in alcohol and other drugs is a health problem that affects different dimensions of human life. The different steps of the sickness process need to be considered by the multi-professional mental health team, besides of the fact that these steps would depend on the singularities of each individual as well as the kind of drug. This research presents as its main objective to analyze the interaction of the multi-professional team with the alcohol and other drugs addict during the addiction process. And as specific objectives: (1) To identify the perception of the professionals about the addiction process; (2) To identify the interventions which the professionals considered significant to the different steps of the addiction process; (3) To evaluate by the professional perspective the difficulties and facilitators of the addiction interventions. Methodologically, this research is defined as qualitative, with exploratory characteristics. The data was obtained in the CAPSad (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas), addressed in Rio Grande/RS, through semi-structured interviews with the multi-professional team in July 2017 and afterwards submitted to thematic review. The results present that the professionals recognize the chemical addiction as a development through different phases, however this process depends on criteria like the periodicity of use, quantity and type of drug, the repercussions and its importance in addict's life. Among the facilitators of chemical dependence recovery, it was mentioned the work of the multi-professional team and the relation between them and the addict. And as difficulties, the non-adherence of the user and family to the treatment and the difficulty of the professional to recognize the initial stages of the process. It was possible to identify that the multi-professional team recognizes the steps of the sickness process in chemical dependence, meanwhile, its intervention contemplates only the addict, corresponding to the third step of this research. The knowledge of the barriers and the facilitators proves that the interruption of this process of becoming chemical addict may not be restricted only to the user of alcohol and other drugs. For that, the

attention of the professional needs to evolve the family and all the context that the person is on. The vision of the professional team might be beyond the user, noticing which means constitutes in barriers and facilitators, because it allows to personalize the care for each person.

**Descriptors:** Disorders related to the use of drugs. Health interdisciplinary team. Psychiatric nursery. Alcoholism. Illicit drugs.



## RESUMEN

LOPES, Liana Longo Teixeira. El trabajo del equipo múltiple profesional en el proceso de desarrollo de dependencia alcohol y otras drogas. 2017. 93 p. Disertación (Maestría en Enfermería) – Escuela de Enfermería Programa de Postgrado en Enfermería de la Universidad Federal de Río Grande-FURG, Río Grande.

La dependencia química en alcohol y otras drogas es un problema de salud que alcanza distintas dimensiones de la vida humana. Las distintas etapas del proceso de enfermedad necesitan ser consideradas por el equipo múltiple profesional que actúa en el área de la salud mental, en donde estas van a depender de la singularidad de cada persona, a si como el tipo de droga utilizada. Este estudio tuvo como objetivo general conocer la actuación del equipo múltiple profesional con la persona usuaria de alcohol y otras drogas a lo largo del proceso de tornarse dependiente. Y como específicos: (1) identificar la percepción de los profesionales en relación al proceso de tornarse dependiente químico; (2) identificar las intervenciones que los profesionales consideran pertinentes en distintas etapas del proceso de tornarse dependiente químico; (3) evaluar encima de un punto de vista de los profesionales las barreras y facilitadores de las intervenciones realizadas en el ámbito de los servicios que atienden personas dependientes químicas. Del punto de vista metodológico se trato de una pesquisa de abordaje cualitativa, del tipo exploratoria. Los datos fueron colectados en el *Centro de Atenção Psicossocial ÁLCOOL e outras drogas (CAPSad)* localizado en el municipio de Rio Grande/RS por intermedio de entrevistas seme estructuradas con el equipo múltiple profesional en julio de 2017 y después sometidos a análisis temático. Los resultados demuestran que los profesionales reconocen que la dependencia química se desenvuelve a través de distintas fases, pero ese proceso depende de criterios como el tiempo de uso, la cantidad de droga ingerida, el tipo de droga, las repercusiones de este uso indebido y el lugar que la droga ocupa en la vida de la persona usuaria de alcohol y otras drogas. Entre los facilitadores del trabajo en la recuperación de la dependencia química, se mencionaron el trabajo de del equipo múltiple profesional y el vínculo establecido entre el usuario de alcohol y otras drogas y el profesional. Y como barreras se mencionaron la no adhesión del usuario

y familiares al tratamiento y la dificultad del profesional reconocer las etapas iniciales del proceso. Se hizo posible identificar que el equipo múltiple profesional reconoce que las etapas del proceso de enfermedad de la dependencia química, sin embargo, sus intervenciones contemplan apenas el usuario dependiente, correspondiendo a la tercera etapa de este estudio. El conocimiento de las barreras y de los facilitadores identificados comprueba que la interrupción de estos procesos de tornarse dependiente químico no puede estar restringida solamente al usuario de alcohol y otras drogas. Para eso, la atención del profesional necesita, también, involucrar la familia y todo el contexto en que la persona esta inserida. La visión de los profesionales del equipo debe ir más allá del sujeto usuario de drogas, notando cuales recursos se constituyen en barreras o facilitadores del trabajo, esos permiten individualizar el cuidado para cada persona.

**Descriptor:** Transtornos relacionados al uso de sustancias. Equipo interdisciplinar de salud. Enfermería psiquiátrica. Alcoholismo. Drogas ilícitas.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AA	Alcoólicos Anônimos
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas
CR	Consultório na rua
CEPAS	Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde
CT	Comunidade Terapêutica
DM	Diabete de Méllitus
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
MS	Ministério da Saúde
NIDA	<i>National Institute on Drug Abuse</i>
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PEAD	Plano Emergencial ampliado de acesso ao trabalho e prevenção
SUS	Sistema Único de Saúde

## LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Figura 1: Modelo esquemático da análise temática proposta por Minayo.....	41
Figura 2: Modelo esquemático dos critérios e ações realizadas nas fases da dependência química.....	43
Figura 3: Modelo esquemático das barreiras e facilitadores do trabalho na recuperação da dependência química.....	44

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>20</b>
2.1 GERAL.....	20
2.1 ESPECÍFICOS.....	20
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>21</b>
3.1 Dependência química em álcool e outras drogas.....	21
3.2 Políticas e programas voltados aos usuários de álcool e outras drogas.....	24
3.3 Práticas profissionais no contexto da dependência química.....	27
3.4 Dispositivos para o tratamento de pessoas usuárias de álcool e outras drogas.....	30
<b>4 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>35</b>
<b>5 METODOLOGIA.....</b>	<b>38</b>
5.1 TIPO DE ESTUDO.....	38
5.2 LOCAL DE ESTUDO.....	38
5.3 PARTICIPANTES.....	39
5.4 COLETA DE DADOS .....	39
5.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....	41
5.6 ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO.....	41
<b>6 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>43</b>
6.1 ARTIGO 1- O trabalho da equipe multiprofissional na dependência química: critérios e ações realizadas.....	45
6.2 ARTIGO 2 - O trabalho em situações de dependência química: barreiras e facilitadores.....	62
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>76</b>
<b>8 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>78</b>
<b>APÊNDICES</b>	
<b>ANEXO</b>	

## 1. INTRODUÇÃO

A dependência química em álcool e outras drogas é um problema de saúde que atinge diferentes dimensões da vida humana. O processo de adoecimento é crônico e gradativo, podendo levar anos até ser diagnosticado. As diferentes etapas deste processo devem ser consideradas pela equipe multiprofissional atuante na área da saúde mental. Estas etapas vão depender da singularidade de cada pessoa, bem como do tipo de droga utilizada.

Embora, não seja possível enumerar quantas etapas um ser humano experiencia até tornar-se dependente químico, considera-se neste estudo, no mínimo três: a primeira, aqui denominada etapa inicial, é aquela em que a pessoa começa os primeiros contatos com a droga porque deseja experimentá-la e, de fato, a utiliza. Na segunda, a pessoa não consegue parar de usar a droga, dando início ao processo de tornar-se dependente químico. Na terceira, a dependência química além de estar instalada, acomete a vida do indivíduo de forma devastadora. Assim, as repercussões físicas, emocionais e sociais desta condição são identificadas tanto na segunda, quanto na terceira etapa, sendo esta última em maior gravidade.

Na primeira etapa, segundo o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID (2016), a pessoa é chamada de usuário ocasional, pois utiliza uma ou várias drogas, quando disponíveis, em ambientes favoráveis e em situações específicas ou de lazer. Os efeitos do uso não interferem em seu relacionamento familiar com seus pares e amigos, e nem na sua vida social ou no rendimento escolar, acadêmico ou profissional porque a dosagem da droga ainda é pequena e o uso é controlado.

Nesta etapa, a pessoa tem o contato com a droga pela primeira vez, por curiosidade, para inserir-se no grupo de amigos, ou por dificuldades que está enfrentando, entre outros motivos. Entretanto, o fato de experimentar a droga não significa que irá se tornar dependente químico, porém dependendo de qual droga utilizada as chances são maiores devido ao grau desta causar a dependência. Por essa razão, é importante à intervenção da equipe multiprofissional neste início, para que a pessoa interrompa o uso antes de tornar-se dependente.

O início do uso, na maioria das vezes, ocorre na adolescência por ser uma fase de descobertas e de transição, na qual a curiosidade e o meio em que o jovem está inserido podem influenciar. Para Almeida et al. (2014) a adolescência é um período de mudanças, adaptações orgânicas e psíquicas, rebeldia, instabilidade, busca de identidade, autoafirmação e independência individual. Neste período, os jovens buscam novidades, constroem suas identificações e, com isso, pode haver um distanciamento da família e maior aproximação com jovens que fazem uso de álcool e outras drogas.

Na segunda etapa, a pessoa é chamada de **usuário habitual**, pois usa habitualmente uma ou várias drogas, mas, ainda tem o controle do uso. Porém, a utilização começa a repercutir nas relações sociais, familiares e profissionais, em função de um comportamento que pode se tornar sistemático e repetitivo. Com isso, o consumo passa a ter importância significativa na vida da pessoa tornando-se rotina, podendo levar ao descontrole e, conseqüentemente, não consegue mais parar (CEBRID, 2016).

Este uso habitual, também causa perdas físicas e psíquicas as quais são responsáveis pela perda de emprego, de bens materiais, cobranças no ambiente familiar e no trabalho, associados aos malefícios à saúde. Bem como, as relações conflituosas nos relacionamentos conjugais, parentais e de amigos, pois a pessoa usuária tem a tendência de substituir o relacionamento com essas pessoas pelo relacionamento com a droga (GABATZ et al. 2013).

Na terceira etapa, a dependência química está caracterizada, ou seja, instalada. Segundo o CEBRID (2016), a pessoa é chamada de **usuário dependente** e não consegue sozinho deixar de usar a droga. Neste contexto, desenvolve-se a síndrome da abstinência, na qual o cérebro se adapta a presença constante da droga no organismo e a ausência provoca sintomas físicos e psíquicos de desconforto frente à redução ou interrupção do consumo. Os sintomas são progressivos conforme o grau de dependência.

A pessoa torna-se tolerante a droga necessitando aumentar a quantidade da dose para ter os mesmos efeitos e sintomas anteriores. Sem este aumento pode ocorrer diminuição ou ausência das sensações. Com isso, a pessoa tende a abandonar seus interesses e compromissos, com a finalidade de buscar a droga

para sentir os prazeres proporcionados anteriormente. E, mesmo que as consequências nocivas do uso abusivo sejam evidentes, não se abstém de usá-la (FREITAS et al., 2016).

No percurso da instalação da dependência, a equipe multiprofissional que atua no campo da saúde mental deve trabalhar de maneira a atender as necessidades e especificidades de cada pessoa, de acordo com a etapa em que se encontra. Segundo o Ministério da Saúde (2010) para garantir a atenção integral a estas pessoas, os serviços de saúde devem estar articulados, de forma funcional e complementar, com os diversos dispositivos da rede. Sendo os principais: Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad), os CAPSad 24 horas, a Atenção Básica (AB), os Ambulatórios de Saúde Mental, os Hospitais Gerais (com leitos de atenção integral), os Consultórios de Rua (CR), entre outros.

Anteriormente a Reforma Psiquiátrica, as pessoas eram tratadas em instituições psiquiátricas fechadas de modo isolado e excludente, sendo que a meta era o alcance da desintoxicação. Possivelmente, a inexistência de uma política pública voltada para a assistência a população, muito contribuiu para tal situação. Entretanto, a realidade vem mudando desde a Reforma a qual redirecionou o modelo assistencial em saúde mental tendo como um dos objetivos a reinserção social (VARGAS et al. 2013). Além disso, visa proporcionar uma assistência mais humanizada e integral para os usuários do serviço.

No cotidiano dos serviços especializados em saúde mental são desenvolvidas ações diretas (atendimentos individuais e medicação) e indiretas. Dentre as ações indiretas estão o acolhimento, escuta, reuniões e assembleias, visitas domiciliares, atendimento familiar, e projeto terapêutico individual. E, como estratégias de promoção da saúde as oficinas e grupos de apoio (SOUZA et al. 2012).

Os usuários de drogas, seus familiares e a equipe multiprofissional consideram estas oficinas como ferramentas essenciais no processo de socialização, fortalecimento de vínculos e inserção social. Enquanto que as visitas domiciliares, os grupos terapêuticos e o acolhimento são apontados como instrumentos de trabalho facilitador no tratamento (XAVIER, MONTEIRO, 2013).

No entanto, apesar das mudanças, um estudo realizado em Porto Alegre/RS no ano de 2012, mostrou que, na maioria das vezes, as abordagens realizadas pela



equipe multiprofissional são as mesmas para qualquer tipo de droga, remetendo ao modelo anterior à Reforma. Bem como, o plano terapêutico e as ações desenvolvidas, também são direcionados sem considerar a droga utilizada (XAVIER, MONTEIRO, 2013). Neste sentido, na literatura e na prática observa-se uma lacuna em relação a estes aspectos, pois não são considerados pela equipe.

Sendo assim, o tipo de droga utilizada e o tempo que a droga demora a causar a dependência interferem no tratamento, pois cada droga tem suas características as quais definirão a melhor maneira de intervir. Assim como, as características pessoais, também precisam ser levadas em consideração para que o tratamento seja efetivo.

Segundo o Ministério da Saúde (2014) devido às características pessoais, como predisposição genética, aspectos ambientais (sociais, culturais, educacionais), aspectos comportamentais, como a curiosidade, perda de um familiar, baixa autoestima, excesso de responsabilidade, conflitos familiares, entre outros, algumas pessoas demoram mais tempo para atingir a condição da dependência, enquanto outras podem tornarem-se dependentes mais rapidamente.

Em relação ao tipo de droga e o tempo que esta demora a atingir o estado de dependência, as drogas estimulantes como cocaína, *crack* e merla (extraídas da folha da coca) tem efeito mais rápido se comparadas ao álcool. Por exemplo, quanto mais rápido for o início e o término do efeito da droga, maior será a velocidade de estabelecimento de dependência. Por isso, o uso das drogas injetáveis ou fumadas provoca dependência química tão rapidamente. Portanto, a chance da pessoa tornar-se dependente é muito maior (potencial de abuso), quando o tempo para o início do efeito da droga for rápido e a duração curta, sendo este o efeito que acontece com o *crack* (BRASIL, 2014).

O álcool é um exemplo de droga que pode causar sintomas de abstinência e fissura, podendo, também levar a dependência química. Esta substância provoca repercussões sociais, fisiológicas e familiares. A dependência de álcool é uma síndrome com um *continuum* de gravidade, referindo-se a perda da capacidade do controle de ingestão de drogas, ênfase no consumo, tolerância, síndrome de abstinência e o consumo de outras drogas para aliviar os sintomas causados pela dependência (FRANCELIN et al., 2012).

Assim, acredita-se que os sintomas experienciados devido à síndrome de abstinência tornam as pessoas mais vulneráveis a dar continuidade ao uso da droga. Tais sintomas incluem hipersonia; aumento do apetite; sensação geral de infelicidade; estado emocional caracterizado por uma ou muitas emoções consideradas negativas (tristeza, ansiedade, irritabilidade e inquietação); sintomas psicóticos e desejo intenso pela droga (FREITAS et al., 2016).

Em um clássico estudo sobre a dependência do álcool, Masur (1984) fez uma analogia acerca da passagem gradativa do tom rosa para o vermelho e questionava-se: quando, exatamente em que ponto o rosa se transforma em vermelho? Distinguir entre o rosa inicial e o vermelho final não causa problema, o difícil é diferenciar quando o rosa não é mais rosa. A mesma comparação se aplica para a pessoa que bebe ocasionalmente e a pessoa alcoolista, pois o tempo entre beber e tornar-se alcoolista pode demorar anos, a semelhança da lenta passagem do rosa para o vermelho.

Desta forma, tratar com pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas torna-se um desafio para a equipe multiprofissional, visto que a assistência a essas pessoas precisa ser diferenciada. Por ter características intrínsecas e polissêmicas exige, também um contato com os familiares e a comunidade. Além disso, é necessário um embasamento teórico que transite por vários campos do saber, para que a abordagem não se dê de forma tangencial ou focal, desconsiderando os diversos aspectos que o tema abrange (CAVALCANTE et al. 2012).

Entende-se que as Políticas Públicas voltadas às pessoas usuárias de álcool e outras drogas mostram-se insuficientes, já que são elevados os índices de uso, abuso e dependência química, tornando este fenômeno um problema social que afeta a população mundial. As Políticas implementadas também podem estar associadas à falta de ferramentas para subsidiar os profissionais que atuam no campo da saúde mental, pois frequentemente observa-se a ineficácia e despreparo no atendimento destas pessoas, seus familiares e a comunidade.

De acordo com o Instituto Nacional de Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas - INPAD (2014), os debates relacionados sobre quais políticas devem ser adotadas para o controle das drogas e diminuição do uso, abuso e dependência, estão divididos. Por um lado, os legisladores acham que basta uma única mudança

nas leis para resolver este problema complexo. Por outro lado, pessoas defendem a solução repressiva, exclusivamente penal. No entanto, nenhuma das abordagens é humana, efetiva ou se baseia nas melhores evidências científicas disponíveis.

Para Varela et al. (2016) é importante o reconhecimento do caráter multifatorial dos problemas relacionados ao uso indevido de álcool e outras drogas, considerando que este uso demanda uma diversidade de intervenções. Estas são realizadas por meio de uma assistência de qualidade pela equipe multiprofissional, tendo como finalidade atender às necessidades dos usuários de drogas.

Entretanto, na maioria das vezes, o que se observa no cotidiano dos serviços e na literatura é que os profissionais tendem a não diferenciar as etapas do processo de tornar-se dependente químico, resultando em um tratamento igualitário, ou seja, uniformizando o processo de adoecimento. Neste sentido, é importante a intervenção em diferentes contextos para que possam contemplar a etapa na qual a pessoa está passando. Esta diferenciação é necessária, de modo que o planejamento dos cuidados contemple as especificidades de cada pessoa, viabilizando a eficiência do tratamento, recuperação, reabilitação e humanização da assistência.

Apesar de consolidado pelo Ministério da Saúde que os profissionais devem atuar de maneira integral, atendendo as necessidades individuais de cada pessoa de acordo com o contexto em que estão inseridas, sabe-se que algumas características relacionadas ao usuário de drogas não são consideradas. Dentre estas estão: o tipo de droga utilizada, o tempo de efeito no organismo e o potencial da substância causar dependência. Desta forma, elenca-se a importância de haver um direcionamento dos cuidados conforme a etapa em que a pessoa se encontra.

Considerando as características da dependência química como uma doença crônica, que atinge um significativo contingente da população mundial, o estudo desta temática representa um desafio para os profissionais, visto que para atuarem nas diferentes etapas do processo de tornar-se dependente é preciso conhecimento, e preparo para trabalhar na área, e ainda, adequar suas ações de acordo com a etapa específica. Acredita-se que os resultados podem ser positivos contribuindo para uma evolução mais saudável da pessoa usuária de álcool e outras drogas.

O presente estudo busca responder a seguinte **questão de pesquisa**:

*Como os profissionais da equipe multiprofissional atuam nas diferentes etapas do processo de tornar-se dependente químico em álcool e outras drogas?*

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Conhecer a atuação da equipe multiprofissional com a pessoa usuária de álcool e outras drogas, ao longo do processo de desenvolvimento da dependência química.

### **2.2. Objetivos específicos**

2.2.1. Identificar a percepção dos profissionais em relação ao processo de desenvolvimento da dependência química.

2.2.2. Identificar as intervenções que os profissionais consideram pertinentes em diferentes etapas do processo de tornar-se dependente químico;

2.2.3. Identificar sob o ponto de vista dos profissionais as barreiras e facilitadores das intervenções realizadas no âmbito dos serviços que atendem pessoas dependentes químicas.

### 3. REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.1. Dependência química em álcool e outras drogas

A Dependência Química é uma doença crônica e recidiva de caráter multifatorial, ou seja, sofre influências genética, psicológica e social (CHAIM, BANDEIRA, ANDRADE, 2015). É uma doença gradativa que durante sua evolução observa-se a persistência de memórias mal-adaptativas associadas, que podem manter a busca pelo uso de drogas e promover as recaídas inconscientes. Dessa forma, respostas condicionadas podem ser entendidas como comportamentos involuntários, dependendo do meio no qual a pessoa está inserida, acompanhando sua cronicidade (MILTON, EVERITT, 2012).

Conforme Palhares-Alves et al. (2013) esta doença, na maioria das vezes, apresenta-se com um quadro de instalação insidiosa. Com o início do consumo de uma droga pode haver a progressão e a pessoa atinge uma etapa de uso prejudicial. Apesar de nesta etapa os sintomas da dependência química ainda não estarem instalados, ocorre uma transição do padrão de consumo experimental para um padrão mais intenso. Este consumo traz consequências biopsicológicas, entretanto, os sintomas de tolerância, abstinência ou outros elementos da dependência ainda não estão presentes.

Um dos sintomas predominantes na etapa inicial da dependência química é a impulsividade. Já em estágios mais avançados da doença aparece a compulsão, e o comportamento de consumo passa a ser automatizado e dirigido pelo estado emocional negativo (KOOB, VOLKOW, 2010). Estes sintomas associados compõem o ciclo da dependência química entendido por três estágios: intoxicação, abstinência ou estado emocional negativo e preocupação ou antecipação. Conforme a gravidade da dependência química aumenta, estes estágios interagem entre si com intensidade cada vez maior (NUTT et al. 2015).

De acordo com o *National Institute on Drug Abuse* (NIDA), um dos princípios do tratamento da dependência química é que cada indivíduo necessita de um

tratamento específico. É indispensável estabelecer locais de tratamento, intervenção e serviços para os problemas e necessidades de cada indivíduo para o sucesso final ao retornar para o funcionamento produtivo na família, local de trabalho e sociedade. O tratamento não deve se deter apenas ao uso das drogas, é preciso atender as diversas necessidades envolvendo aspectos sociais, psicológicos, vocacional, entre outros. Sendo fundamental uma abordagem que considere idade, gênero, etnia e cultura de cada pessoa.

O Ministério da Saúde estabelece o direito aos usuários dos serviços de saúde mental receber um tratamento singular, caracterizado por um conjunto de atendimentos respeitando suas particularidades, personalizando o atendimento interno e externo e propondo atividades durante a permanência diária no serviço, de acordo com as necessidades (OLIVEIRA et al. 2015).

Para Xavier, Silva, Rodrigues (2014) as razões pelas quais levam as pessoas a usarem drogas variam de acordo com seus interesses pessoais, formação e motivação. Para muitos o uso começa por curiosidade, excitação por fazer algo ilegal, revolta, discriminação social, imitação, pressão do grupo, entre outros. Por essa razão, é preciso conhecer as características e necessidades pessoais para a implantação de programas de prevenção, promoção e tratamento.

Neste contexto, é preciso, também, considerar as especificidades da droga e os agravantes de sua condição clínica. O potencial de uma droga causar dependência química está diretamente ligado ao tempo de início do efeito e sua intensidade (OLIVEIRA et al. 2015). Corroborando ainda, Swift e Lewis (2013) descrevendo que o desenvolvimento da dependência depende de diversas variáveis incluindo a natureza da droga, características genéticas e outros traços do usuário, além de fatores ambientais.

Estudo realizado em Curitiba/PR, no ano de 2013, também constatou o tipo de droga consumida com a adesão ao tratamento, pois os usuários de múltiplas drogas e de crack aderem menos ao tratamento quando comparados aos dependentes de álcool. Acredita-se que a baixa adesão dos usuários de crack, provavelmente, tenha relação com os efeitos da droga no organismo e à intensa fissura (FERREIRA et al. 2015).

Em relação ao tempo da droga causar dependência, pode-se classificá-las como de ação curta, aquelas com um potencial maior das drogas de ação prolongada. Pois, a depuração (limpeza) de uma droga de ação prolongada resulta em lenta diminuição da concentração ao longo do tempo, evitando a abstinência aguda. Além disso, quanto mais rápido for o aumento da concentração da droga nos neurônios-alvo, maior é a possibilidade de o indivíduo tornar-se dependente (SWIFT, LEWIS, 2013).

Neste sentido, cada droga produz um diferente padrão de neuroadaptação. Por exemplo, quem abusa dos opioides (morfina, heroína) correspondem a alguns critérios da dependência química, como a tolerância a droga e a abstinência. Enquanto, o padrão de consumo de algumas drogas fumadas e injetáveis evolui para a intoxicação, a tolerância, a ingestão escalada e disforia profunda, desconforto físico, e sinais de abstinência somática (KOOB, VOLKOW, 2010).

Neste mesmo estudo, Koob e Volkow (2010) referem que a nicotina e a maconha seguem um padrão de consumo semelhante a estas substâncias, porém podem desenvolver por mais tempo a fase de intoxicação ou, por vezes, pode ocorrer menos tempo de intoxicação, porém aumenta o risco para abstinência, ou seja, efeito negativo. Essas drogas apresentam, também, fases de preocupação/antecipação as quais contemplam o ciclo de dependência.

O crack é uma substância bastante agressiva causando euforia, porém essa sensação é rápida, em torno de dez segundos, produzindo na maioria dos usuários intenso desejo de repetir (*craving* ou fissura). A repetição desse processo faz cerca de 62,8% dos usuários tornarem-se dependentes (VOGEL, SLOB, 2014, DIAS et.al., 2013). Além disso, conclui-se ainda que os usuários de crack intercalam com frequência outras substâncias como o álcool, tabaco, maconha e cocaína, sendo a maconha a primeira droga ilícita utilizada (SAPORI, MEDEIROS, 2012).

A pessoa que faz uso do álcool pode desenvolver, ao longo do tempo, o alcoolismo que, segundo autores é uma doença crônica, progressiva e potencialmente fatal, se não tratada. Esta doença é caracterizada por sintomas como, o descontrole sobre o uso e uma constante preocupação em ingerir a bebida, tolerância, abstinência. Os sintomas podem ser acompanhados por distorções no



pensamento, negação quanto à dependência e aos efeitos nocivos do consumo sobre a saúde e bem-estar da pessoa (KANO, SANTOS, PILLON, 2014).

Contudo, é importante a equipe multiprofissional atuar com os usuários de drogas considerando o tipo de substância, a utilização de múltiplas drogas e as características pessoais, para realização de um tratamento de acordo com as necessidades de cada um.

### **3.2. Políticas e programas voltados aos usuários de álcool e outras drogas**

A partir dos princípios da Reforma Psiquiátrica, instituída no Brasil pela Lei nº 10.216/2001, o Governo Federal objetivou a construção de um modelo humanizado de atenção integral na rede pública de saúde, mudando o foco “hospitalocêntrico” como a única possibilidade de tratamento. Esse tratamento deve ser realizado considerando a saúde como um processo, e não apenas a ausência de doença. Com isso, através de ações integrais e promocionais de saúde, busca-se garantir o cuidado integral, a inclusão social e a emancipação das pessoas portadoras de sofrimento psíquico, melhorando a qualidade de vida (SIMÕES, FERNANDES, AIELLO-VAISBERG, 2013).

Neste sentido, o Ministério da Saúde (MS) publicou portarias, visando à estruturação de uma rede de atenção específica as pessoas usuárias de álcool e outras drogas, no sentido de normalizar a assistência integral. Com a Política de Atenção Integral em Álcool e outras Drogas, destacou-se a importância do MS assumir de modo integral e articulado o desafio de prevenir, tratar e reabilitar estas pessoas considerando a dependência química como um problema de saúde pública (BRASIL, 2004).

O MS, também estabeleceu através de documentos anexos a Política Nacional Sobre Drogas, aprovada em 2005, a necessidade de estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária, associada à rede de serviços sociais e de saúde, com ênfase na reabilitação e reinserção social aos usuários de drogas. Este processo é apresentado como uma das principais estratégias da Política. Observou-se também, que o uso provoca

danos a saúde, bem como nas esferas afetiva, educacional, produtiva, econômica e social.

Com esta problemática, a Portaria GM/336 de 19 de fevereiro de 2002, definiu normas e diretrizes para a organização de serviços específicos que prestam assistência em saúde mental, denominados Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. Dentre estes serviços estão incluídos os CAPSad, especializados em atendimento aos usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2004).

Segundo Alves e Lima (2013), os serviços foram implementados pelo MS, como dispositivos estratégicos para a estruturação da rede assistencial em seu território de atuação e para a integração de ações de promoção à saúde, prevenção ao uso abusivo de álcool e outras drogas, redução de danos sociais e à saúde, atenção multiprofissional e interdisciplinar, reabilitação e (re) inserção social as pessoas usuárias de álcool e outras drogas.

A rede assistencial precisa ser integrada e articulada para que o tratamento, a recuperação e a reinserção social dos usuários de álcool e outras drogas traga bons resultados. Sendo assim, constitui-se por instituições governamentais e não governamentais, do setor da saúde e da assistência social, como: UBS, ambulatórios, CAPS, CAPSad, comunidades terapêuticas, grupos de autoajuda e ajuda mútua, hospital-dia, serviços de emergência, corpo de bombeiros, clínicas especializadas, casas de apoio e convivência e moradias assistidas (ALVES, LIMA, 2013)

Além de uma rede integrada e articulada, é preciso profissionais capacitados para que o tratamento, recuperação e reinserção social destas pessoas sejam satisfatórios. Com esta intenção, a Política Nacional sobre Drogas destaca em suas diretrizes o compromisso de garantir capacitação continuada sobre a prevenção do uso abusivo de álcool e outras drogas aos cidadãos, incluindo pais, educadores, religiosos, líderes estudantis, conselheiros e outros atores sociais (BRASIL, 2010). Assim como, promover, estimular e apoiar a capacitação, o trabalho interdisciplinar e multiprofissional.

Através da participação de todos os profissionais envolvidos no processo, é possível que se tornem multiplicadores de conhecimento, objetivando ampliar, articular e fortalecer as redes em que as pessoas necessitadas estão inseridas,

visando o desenvolvimento integrado de programas de promoção e de prevenção à saúde. Estas capacitações visam à redução e prevenção dos danos causados à saúde e à vida das pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas. E conforme a política, as capacitações são ofertadas de maneira bastante ampla para englobar os profissionais e agentes multiplicadores, que fazem parte da equipe multiprofissional (BRASIL, 2010).

Sendo assim, a Política de Atenção Integral em Álcool e outras Drogas aponta a necessidade de capacitação e formação dos profissionais de saúde que atuam no campo da dependência química, em uma perspectiva multiprofissional. Particularmente, as ações precisam ser planejadas de acordo com trabalhadores de saúde componentes de equipes atuantes em unidades especializadas tipo CAPSad, uma vez que, estrategicamente, estes serviços também possuem a atribuição de multiplicar conhecimentos para equipes atuantes na atenção básica (BRASIL, 2004).

Neste sentido, apesar das equipes da Atenção Básica não lidarem diretamente com o tratamento da pessoa usuária de álcool e outras drogas, estes profissionais tem bastante proximidade com as famílias e comunidades. As equipes se apresentam como um recurso estratégico para o enfrentamento de importantes problemas de saúde pública, como as repercussões vinculadas ao uso abusivo de álcool e outras drogas, além de diversas outras formas de sofrimento psíquico (BRASIL, 2005).

No contexto do tratamento com estas pessoas, Wandekoken e Araujo (2015) trazem que o trabalho em saúde está sujeito às ideias, valores e concepções dos profissionais da equipe multiprofissional, pois utilizam de seus espaços de autonomia, para agir conforme seus valores e interesses. Desta forma, a abordagem utilizada pode ser determinada conforme os profissionais entendem o uso, abuso e dependência de álcool e outras drogas.

Para Morera, Padilha, Zeferino (2015) esta problemática propõe um desafio para que se busquem novas respostas numa perspectiva de intervenção mais qualificada, abrangendo as diferenças sociais e os direitos humanos dos cidadãos. Às políticas de saúde inclusivas, também precisam estar presentes, para resolverem ou ao menos reduzirem os problemas, riscos e danos causados pelo uso abusivo de drogas e, principalmente, evitem seu crescimento.

Portanto, o uso indevido de drogas é um problema social, evidenciado pelos altos índices de dependência química, assim como as repercussões sociais, familiares, fisiológicas, entre outras. Isto mostra que, as ações realizadas baseadas nas políticas públicas e programas, não estão sendo eficientes.

### **3.3 Práticas profissionais no contexto da dependência química**

O Ministério da Saúde (2015) estabelece que as intervenções realizadas no tratamento de pessoas usuárias de álcool e outras drogas devem ser norteadas considerando este um fenômeno complexo, que exige da equipe multiprofissional respostas intersetoriais. Assim como, estas intervenções, também, precisam estar voltadas para a promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação social.

O uso abusivo de drogas afeta as pessoas de diferentes maneiras, razões e em diferentes contextos, caracterizando a heterogeneidade deste fenômeno. Muitas pessoas abandonam o tratamento, pois não concordam com a ideia de abstinência proposta pela equipe multiprofissional. Enquanto outros, não se sentem bem recebidos nas suas diferenças e deixam de procurar ajuda nos serviços de saúde. Sendo assim, a adesão ao tratamento incluindo as práticas preventivas e de promoção a saúde é baixa, dificultando a inserção social e familiar do usuário (BRASIL, 2004).

Neste sentido, se as ações forem realizadas com eficiência pela equipe multiprofissional, em todas as etapas do processo de tornar-se dependente químico, como, no ambiente escolar; nas comunidades; nos serviços de saúde, focando as pessoas que estão inseridas nestes espaços, os resultados podem ser positivos. Pois, em se tratando do uso abusivo de álcool e outras drogas, estas ações são primordiais e precisam estar voltadas no sentido do esclarecimento sobre os efeitos das drogas, objetivando a prevenção da dependência química.

Para Costa et al. (2012) as ações em saúde precisam ser abordadas de forma transversal, integrada e intersetorial, mantendo um diálogo entre a educação e a saúde. Para que assim, se estabeleçam redes de compromisso e corresponsabilidade para a mobilização de ações entre a equipe multiprofissional, a

qual participa como rede de apoio social, para as pessoas que necessitam de serviços especializados.

As escolas, também servem como redes de apoio, as quais compreendem um ambiente bastante favorável para a formação de sociedades saudáveis mediante o adequado desenvolvimento dos jovens e suas famílias. Sendo também, um lugar propício para se desenvolver conhecimentos e trabalhar temáticas de saúde com os jovens. Entretanto, observa-se a falta de articulação entre a educação e a saúde devido à descontinuidade das ações de educação realizadas pela equipe multiprofissional (FARIA et al., 2013). Corroborando com o estudo de Camarotti, Kornblit, Di Leo (2013), que também traz esta desarticulação entre educação, saúde e família, nas instituições.

Segundo o Ministério da Saúde (2013) em muitas situações, os serviços de saúde se limitam ao encaminhamento da escola para um especialista. Com isso, é fundamental que a equipe se dedique no sentido de uma mudança de paradigma, pois as escolas devem ser vistas também como locais que são possíveis desde ações de promoção e prevenção, até mesmo intervenções em situações de gravidade.

Neste sentido, para Viero et al. (2015) quanto mais cedo forem proporcionadas ações de promoção de saúde pela equipe multiprofissional, sejam elas, explicativas e ativas, na busca pelo conhecimento das condições de saúde, estas ações podem possibilitar uma mudança no cenário atual sobre a saúde dos jovens, transformando-os em adultos mais saudáveis.

Entretanto, percebe-se na literatura, que embora a equipe multiprofissional considere importante para o desenvolvimento do jovem, que as escolas proporcionem aos alunos, temáticas como drogas, sexualidade, entre outros assuntos pertinentes a juventude, nem todos os profissionais estão preparados para atuarem com estas abordagens.

Além disso, esta equipe até reconhece a importância da promoção e prevenção, desde a escola, porém o motivo pelo qual estas informações devem ser trabalhadas, incluindo as repercussões de todas as drogas na vida das pessoas, pode não estar esclarecido para alguns profissionais. Fato este, que leva a um verdadeiro descaso com as pessoas que estão na primeira etapa do processo de

tornarem-se dependentes químicos. Pois, a literatura mostra que as estratégias realizadas não demonstram bons resultados.

Na segunda etapa do processo de tornar-se dependente químico, a pessoa usa drogas esporadicamente, e pode ser encontrada em ambientes diversificados, visto que o álcool e outras drogas são utilizados abusivamente por pessoas com idades variadas (CEBRID, 2016). Apesar de elas estarem inseridas na sociedade, na maioria dos casos, resistem em procurar ajuda nos serviços de saúde, pois não veem este período de uso da droga como preocupante e que precise de tratamento.

Para Vasconcelos et al. (2013) uma intervenção importante e eficaz nesta etapa é o trabalho com grupos de usuários de álcool e outras drogas, pois abrange o contexto vivenciado de modo que estas entendam o significado das intervenções terapêuticas realizadas pela equipe multiprofissional. A partir dos grupos de apoio proporcionam-se subsídios para o fortalecimento das pessoas no enfrentamento das situações inerentes ao uso abusivo de drogas.

Sendo assim, além dos encontros fortalecerem estas pessoas em relação às repercussões causadas pelo uso da substância, as discussões em grupo com a equipe multiprofissional, também permitem que manifestem suas opiniões e tenham momentos de aconselhamento. Assim como, a pessoa usuária de droga, também percebe a presença da equipe como positiva e importante para seu tratamento, demonstrando forte vínculo com os profissionais da equipe (ZANATTA, GARGHETTI, LUCCA, 2012).

Nesta perspectiva, um estudo apontou que para haver um bom relacionamento dos profissionais da equipe multiprofissional com as pessoas usuárias de drogas e suas famílias, é necessário priorizar as relações interpessoais, ou seja, promovendo vínculos para atingir a integralidade e a humanização do cuidado destas pessoas. E, estas relações também auxiliarão no processo de tratamento (SILVEIRA et al., 2016).

Em contrapartida, em estudo realizado em São Bernardo do Campo/SP, uma dificuldade observada na equipe multiprofissional foi a diferença de atividades desenvolvidas pelos enfermeiros e pelos demais profissionais do CAPS. Para a enfermagem eram designados os cuidados com a medicação, organização da rotina e encaminhamento de exames. Esse fato dificulta a apropriação e a integração da

equipe com os processos de trabalho no modelo psicossocial, no qual espera-se que todos os profissionais atuem em todas as estâncias de atendimento (BASTOS et al, 2014).

Em todas as etapas do processo de tornar-se dependente químico, especialmente, na terceira etapa, na qual o paciente precisa aderir ao tratamento devido ao grau de dependência, a atuação da equipe multiprofissional deve contemplar atividades terapêuticas e preventivas tais como: atendimento individual, atendimento em grupo, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento as famílias e atividades comunitárias (SOUZA et al. 2012).

Quando o dependente se encontra na terceira etapa, não tendo mais o controle sobre o uso e sendo estigmatizado pela família e sociedade, é recorrente a falta de engajamento dos profissionais de saúde, bem como a descrença pela possibilidade de melhora destes pacientes em relação aos problemas associados ao uso de drogas.

De acordo com Pratta e Santos (2009), o diagnóstico da dependência química exige uma avaliação que contemple diversos aspectos, já que os padrões de consumo de drogas são diversificados, sendo a dependência a última etapa. Além disso, o tratamento exige um tempo de dedicação de ambas as partes, profissionais e usuários, de modo que haja uma relação de confiança, viabilizando a adesão ao tratamento.

### **3.4 Dispositivos para o tratamento de pessoas usuárias de álcool e outras drogas**

A Política Nacional de Saúde Mental segundo autores organiza o tratamento para a dependência química em três modelos: aberto, semiaberto e fechado. O primeiro modelo refere-se ao atendimento em instituições públicas ou privadas, tais como as Unidades Básicas de Saúde (UBS) que possuem caráter preventivo. O segundo estabelece um vínculo intermediário entre o aberto e o fechado, sendo realizado nos CAPSad e hospital dia, o qual a pessoa usuária de drogas está motivada com o tratamento. No terceiro modelo estão os hospitais psiquiátricos e

hospitais gerais, de maior complexidade, envolvendo os usuários de drogas, na maioria das vezes, pouco motivados ao tratamento (BECK, SCHNEIDER, 2012).

A Reforma Psiquiátrica propôs o modelo psicossocial com finalidade de reinserção social das pessoas com transtorno mental, assim como os dependentes químicos. Para isto, foram desenvolvidos dispositivos considerando a necessidade das pessoas, como o CAPS, os hospitais-dia, o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), os consultórios de rua e outros dispositivos que podem ser adaptados a fim de garantir a integralidade do atendimento aos que não estão hospitalizados (KURLANDER, 2014).

Embora este modelo priorize a redução das internações, a internação no campo das drogas é assegurada como política de tratamento em saúde mental, mas deve ser indicada somente em casos que as características clínicas apresentadas pela pessoa forem justificáveis. Neste sentido, há três modalidades de internação: a voluntária, a involuntária e a compulsória. As duas últimas modalidades têm sido muito criticadas pelo modo como o dependente é internado, pois fere seus direitos como cidadão (VIEIRA, CALDANA, CORRADI-WEBSTER, 2013). Entretanto, em algumas situações a internação se caracteriza como uma forma de proteção, devido ao comportamento de risco assumido pelo dependente, principalmente quando se refere ao uso de crack (LENAD, 2014).

Além das internações, o problema causado pelo uso abusivo de álcool e outras drogas exige diferentes abordagens. Tem casos em que necessitam de grupos de autoajuda, como os Alcoólicos Anônimos (AA). Outros de tratamento realizado por equipe de saúde, em serviços de atenção primária. Nos casos graves, precisam de intervenção médica em regime hospitalar. Bem como, muitos se afastam de seus ambientes familiares e ou comunitários, buscando ambientes mais protegidos, de menor risco ao uso das drogas como as comunidades terapêuticas (LIMA et al. 2015).

As Comunidades Terapêuticas (CT) são uma forma de acolhimento e existem a mais de 60 anos, sendo nos últimos tempos as mais procuradas para a recuperação dos dependentes químicos, tanto no Brasil como em outros países (KURLANDER, 2014). São caracterizadas por um ambiente estruturado onde as pessoas residem para se reabilitarem e são, em geral, isoladas da zona urbana. A



pessoa internada deve comprometer-se com o programa de tratamento da instituição, o qual pode durar seis, nove ou doze meses, a critério da própria comunidade terapêutica. A rotina varia entre atividades laborais, terapêuticas e religiosas. E os internados podem receber visitas de seus familiares, geralmente, uma vez por mês (FOSSI, GUARESCHI, 2015).

A metodologia utilizada pelas CT no tratamento da dependência química é destacada como importante, ao considerar que, o usuário separado do seu ambiente, físico, social e psicológico, possibilita aos usuários estar longe das drogas, cuja facilidade se constitui nas principais razões para a desistência do tratamento (BLEICHER, VIANA, 2012).

Durante o tratamento, os internados não podem falar sobre suas vivências anteriores. Fato que os leva a aproveitar ao máximo as discussões em grupo para se expressar e tirar dúvidas. Com isso, essa questão remete à abstinência, que não se refere apenas ao uso da droga, mas a proibição de expor pensamentos e sentimentos a respeito da droga e qualquer lembrança relacionada à experiência da drogadição (PACHECO, SCISLESKI, 2013).

Neste sentido, a Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta o retrocesso das políticas brasileiras, pois a internação tem sido a principal estratégia para lidar com os usuários de drogas, havendo poucas intervenções no âmbito da promoção e prevenção. Sendo assim, ao enfatizar a internação outras formas de tratamento acabam por deixar de serem ofertadas (PACHECO, SCISLESKI, 2013).

A partir da Reforma Psiquiátrica estabeleceram-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), como a principal estratégia. São serviços abertos de atenção diária que desenvolvem atividades com a participação do usuário, sua família e a comunidade, buscando a desconstrução do modelo manicomial e a construção de um novo projeto de saúde mental através da reinserção social. Estes dispositivos objetivam receber os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, dando-lhes autonomia (BRASIL, 2004).

Segundo o Ministério da Saúde (2004) os CAPS devem estar articulados na rede de serviços de saúde, e necessitam permanentemente de outras redes sociais, para fazerem face à complexidade das demandas de inclusão daqueles que estão excluídos da sociedade por transtornos mentais. Dentre as atividades terapêuticas

ofertadas estão: psicoterapia individual ou em grupo, oficinas terapêuticas, atividades comunitárias, atividades artísticas, orientação e acompanhamento do uso de medicação, atendimento domiciliar e aos familiares.

O plano emergencial de ampliação do acesso ao tratamento e prevenção em álcool e outras drogas (PEAD) no SUS tem como objetivo a expansão de estratégias de tratamento e prevenção, através do desenvolvimento de ações intersetoriais. Este plano visa à ampliação do acesso, prevenção de agravos, promoção da saúde e redução de danos relacionados ao consumo de álcool e outras drogas, bem como o resgate dos direitos humanos e da cidadania desta população. Nessa perspectiva, foram implementados os consultórios na rua (CR), dispositivos de atendimento que adotam os princípios do SUS: universalidade, integralidade da atenção, equidade e interdisciplinaridade (LIMA, SEIDL, 2015).

Os CRs são compostos por uma equipe multiprofissional, que se desloca em um veículo abastecido com insumos para tratamento de situações clínicas comuns (como material para curativos e medicamentos) e de prevenção, como preservativos, cartilhas e folders informativos. Tem como objetivos: minimizar a vulnerabilidade social, o sofrimento físico e mental, reduzir os riscos e danos à saúde, desenvolver ações de promoção da saúde e cuidados básicos no “espaço da rua” e garantir o resgate da cidadania e o respeito da população (LIMA, SEIDL, 2015).

O MS criou, em 2008, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) para apoiar as equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), ampliar as ações realizadas na Atenção Básica e torná-las mais resolutivas. Este dispositivo constituiu-se por equipes multiprofissionais que devem atuar de maneira integrada, apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família, das equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais etc.) e Academia da Saúde, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob a responsabilidade destas equipes (BRASIL, 2013).

A equipe multiprofissional que atua no NASF desenvolve ações como: discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes,

entre outras. Essas ações podem ser desenvolvidas nas unidades básicas de Saúde, nas academias da Saúde ou em outros locais. Deve ser considerado o contexto no qual a pessoa está inserida para planejar o cuidado (BRASIL, 2013).

Contudo, apesar do Ministério da Saúde disponibilizar estes dispositivos, ainda percebe-se uma desarticulação entre os profissionais de saúde, os usuários dos serviços, seus familiares e a comunidade, pois os profissionais em seus diferentes contextos de atuação estão descapacitados para cuidar do usuário de álcool e outras drogas.

#### 4. REFERENCIAL TEÓRICO

De acordo com Minayo (2010), o referencial teórico estabelece o “caminho do pensamento” que o pesquisador segue para atribuir cientificidade à sua pesquisa e responder à necessidade de conhecimento, sustentação e contemplação dos objetivos propostos para o estudo. Com isso, o pesquisador se subsidiará de elementos para encontrar respostas que aparecerão durante o estudo.

Neste estudo, o conceito de doença crônica foi utilizado como referência teórica para fundamentar o trabalho realizado pela equipe multiprofissional de saúde no CAPSad, com os usuários de álcool e outras drogas, visto que a dependência química é uma doença crônica. Devido à cronicidade desta doença, é importante que os profissionais considerem as etapas do processo de adoecimento.

As doenças crônicas caracterizam-se pela etiologia incerta, múltiplos fatores de risco, longos períodos de latência, origem não infecciosa, curso prolongado e associação a deficiências e incapacidades funcionais. Devido à característica insidiosa e gradativa, estas doenças são diagnosticadas, na maioria das vezes, quando as complicações clínicas já estão instaladas (BARRETO, CARREIRA, MARCON, 2015).

Segundo Taddeo et al. (2012) a condição crônica é considerada como uma experiência de vida permanente, com alteração no cotidiano da pessoa portadora da doença e das pessoas ao seu redor. Esta cronicidade pode causar estresse devido às alterações da imagem corporal, da necessidade de adaptação social e psicológica, e pela mudança na expectativa de vida.

As doenças crônicas representam, atualmente, mais de 70% das mortes no Brasil. Enquanto que em nível mundial, constituem a principal causa de doença, morte e incapacidade, independentemente da renda e das características sociais e culturais dos países (BARRETO, CARREIRA, MARCON, 2015). Segundo o Ministério da Saúde (2011) a prevalência e a taxa de mortalidade dessas doenças, provavelmente terão aumento significativo no futuro, em virtude do crescimento e envelhecimento populacional, juntamente com as transições econômicas e as

resultantes mudanças do comportamento e dos fatores de risco ocupacionais e ambientais.

Corroborando, o Ministério da Saúde (2014) refere que estas doenças correspondem por grande parte das mortes antes dos 70 anos de idade e pela perda de qualidade de vida, gerando incapacidades e limitações das pessoas em suas atividades de trabalho e lazer. Sendo assim, causa também grande pressão sobre os serviços de saúde.

O consumo moderado de bebidas alcoólicas é um fator de proteção e está relacionado à diminuição da taxa de mortalidade de doenças crônicas, principalmente pelo efeito redutor sobre as doenças cardiovasculares. Por sua vez, o consumo abusivo traz muitas repercussões negativas para a vida da pessoa, aumentando a frequência de morbidades que causam morte ou limitações funcionais, como a cirrose, alguns tipos de câncer, acidente vascular cerebral, violência, transtorno mental, entre outros (COSTA, THULER, 2012).

O alcoolismo é considerado uma doença. De acordo com Lima-Rodriguez, et al (2015) existe uma linha invisível entre a pessoa que bebe socialmente e o alcoolista que está relacionada à capacidade de controlar o consumo. O consumo compulsivo e a perda de controle são características fundamentais do alcoolismo, pois tomar um gole da bebida ativa tal modelo de consumo.

Nesta perspectiva, o consumo de bebidas alcoólicas e/ou o uso de outras drogas torna-se habitual. Sendo assim, pode-se considerar que a pessoa passou da etapa inicial, de experimentação, para a segunda etapa do processo. Dentre os fatores determinantes para que atinja a terceira etapa, ou seja, a dependência química está o tipo de droga utilizada e o tempo que demora a fazer efeito no organismo.

A dependência química em álcool e outras drogas apresentam causas multifatoriais que se expressam por um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos decorrentes do uso abusivo de drogas, comumente associadas a repercussões negativas no âmbito social, familiar, profissional, entre outros (SOUSA et al., 2013; FERREIRA, 2015). Pode também ser comparada a outras doenças crônicas como, diabetes melitus (DM) e hipertensão (HAS), pois apesar de ter tratamento, não existe cura (CHAIM, BANDEIRA, ANDRADE, 2015).

De acordo com Malta e Silva (2013), apesar de o Brasil ter um Sistema Único de Saúde (SUS), que oferece serviço gratuito e universal, as doenças crônicas geram custos elevados. Para o SUS, os custos diretos destas doenças representam impacto crescente, visto que no Brasil estão entre as principais causas de internações hospitalares. Produzem também custos para a sociedade e o governo, devido à falta de produtividade no trabalho, absenteísmo, bem como os efeitos adversos na qualidade de vida das pessoas afetadas.

Para Malta e Merhy (2010) é essencial que o portador de qualquer doença crônica, ao acessar o serviço de saúde, seja bem acolhido, vinculado a uma equipe, bem como incentivado a participar de grupos de apoio que o estimule a rever seu modo de viver. Além disto, o usuário do serviço poderá necessitar de apoio diagnóstico, terapêutico e de cuidados especializados.

É importante que a equipe multiprofissional tenha sensibilidade para perceber que cada pessoa é única, para então adaptar a assistência prestada conforme as necessidades. Assim como, estabelecer o foco na atenção a pessoa e não somente na doença, transformando a relação de cuidado na medida em que o indivíduo se torna sujeito ativo de seu tratamento (TADDEO et al., 2012).

O cuidado deve ser integral, priorizando a singularidade de cada pessoa. No entanto, observa-se que as propostas de cuidado realizadas nos serviços de saúde, muitas vezes, são insatisfatórias. Conforme Lima-Rodriguez, et al (2015) o apoio da equipe multiprofissional de saúde é fundamental, bem como a participação dos dependentes em grupos de apoio que facilitem o processo de recuperação.

Contudo, há necessidade de investimento em ações de prevenção e promoção da saúde, voltadas para o controle das doenças crônicas incluindo a dependência química. Como, também é necessário conhecer o contexto e singularidades dos sujeitos para ampliar as possibilidades de comunicação entre os portadores de doenças crônicas e os profissionais de saúde e ofertar ações mais próximas à realidade dos grupos sociais (YOSHIDA, ANDRADE, 2016).

## **5. METODOLOGIA**

### **5.1. Tipo de estudo**

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo exploratória. A opção pela abordagem qualitativa deve-se ao fato desta pesquisa trabalhar com as crenças, valores e atitudes (MINAYO, 2010). A abordagem qualitativa deste estudo possibilitou à pesquisadora estudar as práticas profissionais realizadas no Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPSad), pela equipe multiprofissional. Com o estudo, buscou-se conhecer como os profissionais da equipe multiprofissional atuam frente às etapas do processo de tornar-se dependente químico em álcool e outras drogas.

A natureza exploratória permitiu maior familiaridade com o fenômeno a ser estudado, tornando-o mais explícito (GIL, 2008). Explorar um fenômeno significa identificar a mudança ou a regularidade. Pode assumir diversas formas, entre as quais o estudo exploratório permite ao investigador aumentar a experiência sobre determinado problema (MINAYO, 2010).

### **5.2. Local de estudo**

O estudo foi realizado no Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPSad) localizado no município de Rio Grande/RS, no extremo sul do Rio Grande do Sul. A escolha desse serviço justificou-se pelo fato de ser composto por uma equipe multiprofissional, que atua especificamente com pessoas usuárias de álcool e outras drogas.

De acordo com o Enfermeiro que era coordenador na época da abordagem, o serviço oferece grupos de apoio com ênfase em múltiplas drogas, grupo de mulheres, familiares, alcoolismo, grupo de música, manutenção, promoção de saúde e prevenção de recaída. Acolhimento individual, consultas de enfermagem, consulta psiquiátrica, psicoterapia com psicólogos e oficinas terapêuticas.

Todos os profissionais técnicos com nível superior estão aptos para fazerem o acolhimento. A assistente social é a coordenadora do CAPSad, atualmente. As

psicólogas realizam atendimentos individuais e coordenam grupos de apoio. As assistentes sociais coordenam o grupo de mulheres e grupo de alcoolista.

Os arte educadores realizam oficinas terapêuticas e avaliação de aptidão artística. O enfermeiro coordena grupos de apoio, consulta de enfermagem. O técnico em enfermagem faz a recepção do paciente, eventuais distribuições de medicação e suporte de atenção à crise. Os educadores sociais são capacitados para atuarem em oficinas, conforme a necessidade do serviço e, também assumem a parte burocrática. O médico clínico encontra-se afastado.

O CAPSad funciona de segunda a sexta-feira, das 08:00 às 12:00 e das 13:30 às 18:00. Nas quartas-feiras à tarde trabalham com expediente interno para discussão de caso dos pacientes. Para as pessoas que tem atividades nos dois períodos, é oferecido almoço.

### 5.3. Participantes

Foram selecionados 14 participantes que integram a equipe multiprofissional do CAPSad de Rio Grande/RS. Como **critérios de inclusão** foram considerados: atuar na assistência de pessoas usuárias de álcool e outras drogas e expressar a concordância em participar do estudo, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Como **critérios de exclusão** foram considerados: recusar-se a participar da pesquisa; profissionais que estivessem afastados por motivo de doença ou em férias no período de coleta; profissionais que não atuam diretamente com esta população.

A equipe multiprofissional do CAPSad de Rio Grande/RS é composta por: um (1) enfermeiro, dois (2) assistentes sociais, quatro (4) psicólogos, um (1) médico psiquiatra, três (3) educadores sociais, um (1) técnico de enfermagem e dois (2) arte terapeutas.

### 5.4. Coleta de dados

A coleta dos dados teve início em junho de 2017 após a aprovação do projeto no Comitê de Ética e Pesquisa da Área de Saúde (CEPAS) da Universidade Federal



do Rio Grande (FURG), e término em julho do mesmo ano, a autorização do Núcleo Municipal de Educação e Saúde Coletiva (NUMESC) (APÊNDICE E) e a autorização do serviço integrado a este estudo o CAPSad (APÊNDICE C).

A abordagem aos participantes do estudo num primeiro momento foi realizada após negociação com a coordenadora do CAPSad. No segundo momento, a coordenadora conversou com os profissionais, durante a reunião semanal da equipe multiprofissional, sobre a proposta do meu estudo e foram convidados a participar. Num terceiro momento, para os que aceitaram participar, foi realizada uma entrevista semiestruturada (APÊNDICE D) baseada em questões norteadoras, no CAPSad, em ambiente reservado de acordo com a disponibilidade dos sujeitos do estudo, sem causar prejuízos na sua rotina de atendimentos. A entrevista foi gravada e o tempo de duração variou de 30 a 50 minutos. Após foram transcritas.

A primeira parte do instrumento abordou questões fechadas referindo-se a caracterização dos participantes. Como: idade, sexo, raça, formação, especialização/área, tempo de formação, tempo de atuação no CAPSad. A segunda etapa foi composta por cinco (5) questões abertas no intuito de responder os objetivos do estudo, conforme a experiência na assistência aos usuários de álcool e outras drogas.

As perguntas um (1) e dois (2) buscaram responder ao primeiro objetivo específico e referiram-se à percepção do participante a respeito da dependência do álcool e outras drogas e os critérios que utiliza para considerar uma pessoa como sendo alcoolista ou dependente de outras drogas. As perguntas três (3) e quatro (4) correspondem ao segundo objetivo específico e investigam como o profissional identifica as fases que a pessoa está vivendo e as intervenções consideradas por este profissional como pertinentes nas seguintes situações: com usuários ocasionais, com usuários habituais e com usuários dependentes.

A pergunta cinco (5) procurou responder ao terceiro objetivo específico relacionado aos serviços disponibilizados aos dependentes de álcool e/ou outras drogas, com foco específico na resolutividade das ações realizadas com as pessoas usuárias de álcool e outras drogas; nos fatores ligados aos profissionais e aos serviços que favorecem a recuperação da dependência química; e nos fatores

ligados aos profissionais e aos serviços representam barreiras à recuperação da dependência química.

### 5.5. Análise e interpretação dos dados

Os dados foram submetidos à técnica de análise temática e interpretados com base no referencial que considera o alcoolismo e a dependência a outras drogas como uma doença crônica que demanda ações diferentes a cada etapa de sua evolução. Esta análise consiste em identificar os núcleos do sentido que compõe uma comunicação, cuja presença ou frequência seja significativa para o objeto em estudo (MINAYO, 2010).

A figura 1 apresenta o diagrama que esquematiza o processo de análise utilizado neste estudo, o qual foi inspirado em Minayo (2010).



### 5.6. Aspectos éticos do estudo

Neste estudo, os procedimentos éticos foram seguidos conforme as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa/Ministério da Saúde (CONEP/MS) da pesquisa com seres humanos. (BRASIL, 2012). O projeto obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa na

Área da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande sob o número CAAE: 66296617.0.0000.5324 (ANEXO 1).

Para que os critérios éticos fossem contemplados, foi encaminhado um termo de autorização para a realização da pesquisa à coordenação de Enfermagem (APÊNDICE B). Aos participantes do estudo, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), bem como sua apresentação aos sujeitos pesquisados, informando-os da sua liberdade de desistência, a qualquer momento, sem prejuízo pessoal e/ou profissional.

Explicou-se aos participantes que, após as entrevistas, os depoimentos seriam transcritos de forma literal, de maneira a proteger a fidedignidade dos dados, os quais foram organizados, analisados e serão divulgados e publicados, sendo a sua identidade preservada em todas as etapas. Enfim, para garantir a preservação das identidades e o anonimato dos participantes, os sujeitos foram identificados por um código com a letra P seguidos do número 1 e assim sucessivamente conforme a ordem da entrevista.

Os dados ficarão guardados no Grupo de Estudo e Pesquisa em Família e Saúde – GEPEFES, sob a responsabilidade dos pesquisadores durante cinco anos, para que possam ser utilizados para esclarecimentos. Todas as medidas de confidencialidade foram adotadas, com ênfase nas informações coletadas, garantindo o anonimato dos participantes da pesquisa.

## 6. RESULTADOS

Os resultados deste estudo estão apresentados no formato de dois artigos científicos. O primeiro, intitulado: **O trabalho da equipe multiprofissional na dependência química: critérios e ações realizadas**, responde ao primeiro e segundo objetivos específicos deste estudo. É um manuscrito elaborado de acordo com as normas da revista REBEn (<http://www.scielo.br/revistas/reben/pinstruc.htm>).

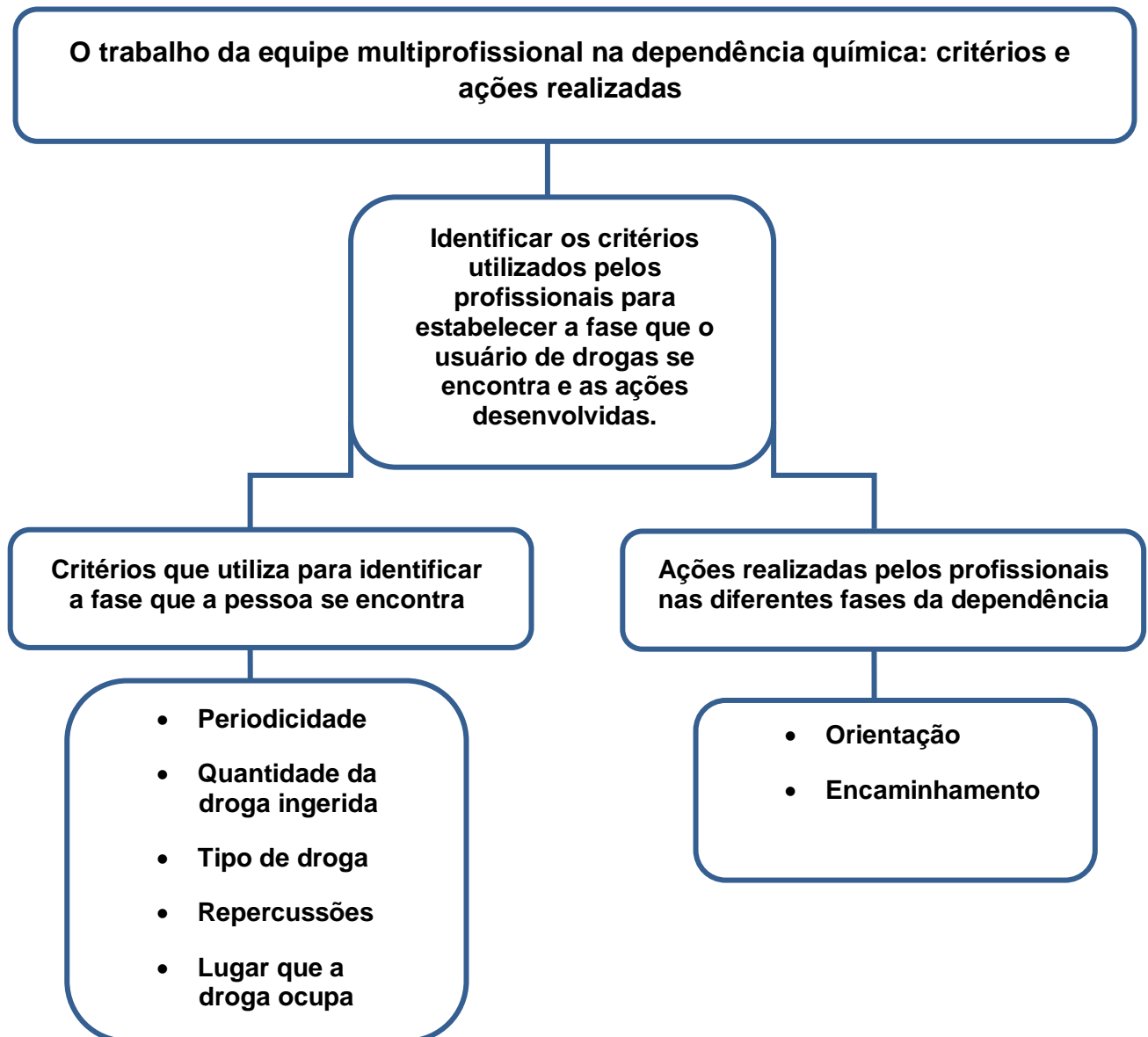


Figura 2: Modelo esquemático dos critérios e ações realizadas nas fases da dependência química.

O segundo, intitulado: **O trabalho em situações de dependência química: barreiras e facilitadores** responde ao terceiro objetivo específico do estudo. É um manuscrito elaborado de acordo com as normas da revista Escola Anna Nery Revista de Enfermagem (<http://eean.edu.br/conteudo.asp?Cont=1>).

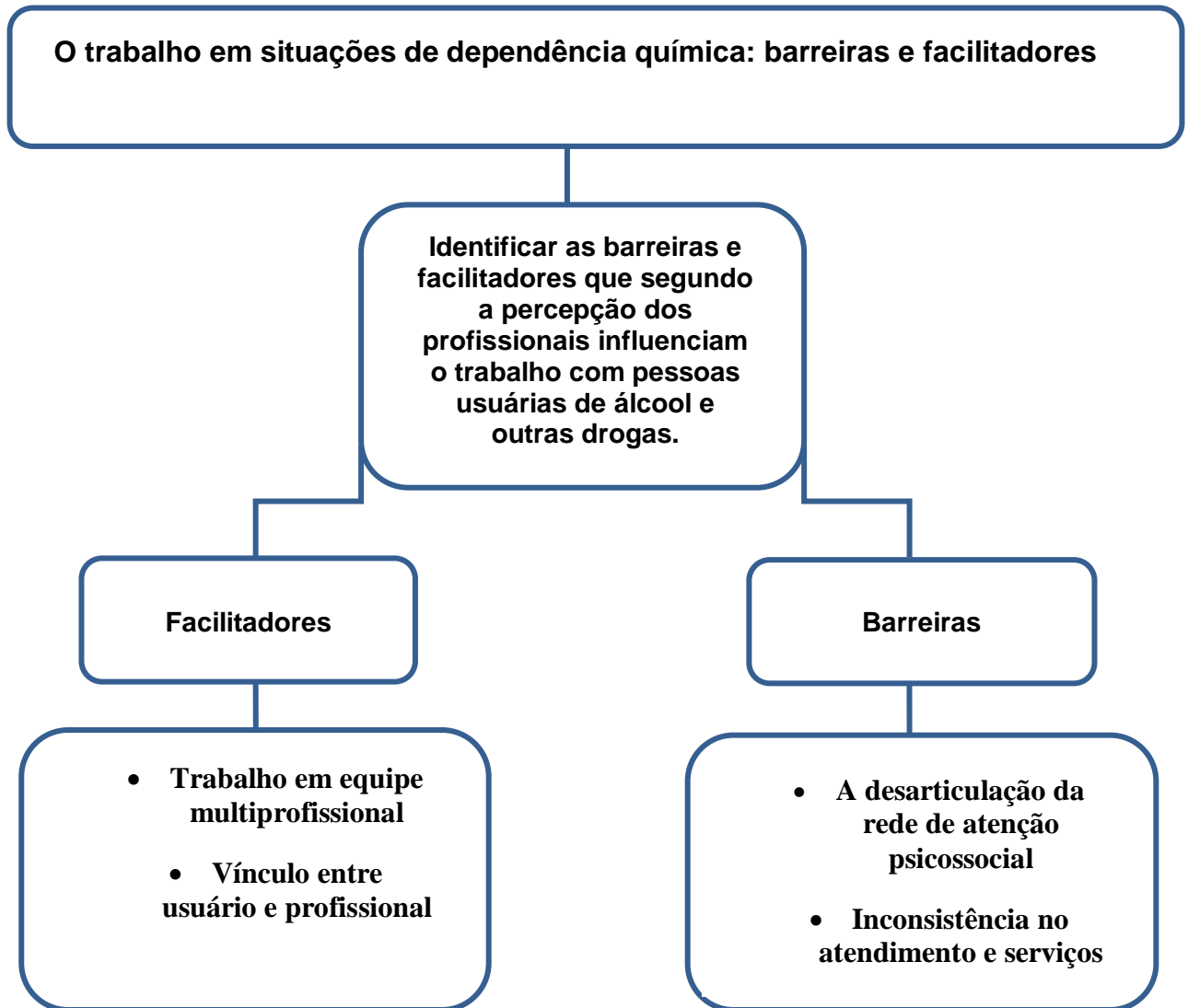


Figura 3: Modelo esquemático das barreiras e facilitadores do trabalho na recuperação da dependência química.

## 6.1 Artigo I

### O TRABALHO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA DEPENDÊNCIA QUÍMICA: CRITÉRIOS E AÇÕES REALIZADAS

#### RESUMO

**Objetivo:** identificar os critérios utilizados pelos profissionais para estabelecer a fase que o usuário de drogas se encontra e as ações que desenvolvem. **Método:** estudo de abordagem qualitativa, exploratório, desenvolvido com 14 profissionais da equipe multiprofissional do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) localizado em uma cidade do extremo sul do País. Os dados foram coletados em junho de 2017 através de entrevistas semiestruturadas e depois organizados e submetidos à análise temática. **Resultados:** o usuário ocasional raramente procura ajuda, pois na etapa inicial a droga não causa problemas evidentes. O usuário habitual dificilmente é identificado, já que não procura os serviços porque ainda não percebe problemas decorrentes do uso e o dependente é quem mais frequenta porque já teve muitos prejuízos. **Considerações Finais:** apesar dos profissionais demonstrarem conhecimento sobre a cronicidade da doença, suas intervenções contemplam apenas o usuário dependente, correspondendo à terceira etapa denominada no estudo.

**Descritores:** Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias; Equipe Interdisciplinar de Saúde; Enfermagem Psiquiátrica; Saúde Mental; Alcoolismo.

#### INTRODUÇÃO

A dependência química em álcool e outras drogas é um problema de saúde que atinge diferentes dimensões da vida humana. O processo de adoecimento é crônico e gradativo, podendo levar anos até ser diagnosticado. As diferentes etapas deste processo precisam ser consideradas pela equipe multiprofissional que atua na área da saúde mental, sendo que estas vão depender da singularidade de cada pessoa, bem como do tipo de droga utilizada. No entanto, um estudo realizado em Porto Alegre/RS em 2012, mostrou que, na maioria das vezes, as ações e abordagens realizadas são as mesmas para qualquer tipo de droga<sup>(1)</sup>.

Embora não se tenha estabelecido o número de etapas até a pessoa tornar-se dependente, neste estudo foi considerado três: a primeira etapa, denominada etapa inicial, é aquela em que a pessoa começa os primeiros contatos com a droga porque deseja experimentá-la e, de fato, a utiliza. Na segunda, a pessoa não consegue parar de usar a droga, dando início ao processo de tornar-se dependente químico. Na terceira, a dependência química além de estar instalada, acomete a vida do indivíduo de forma devastadora. Assim, as repercussões físicas, emocionais e sociais desta condição são identificadas tanto na segunda, quanto na terceira etapa, sendo esta última em maior gravidade.

Na primeira etapa, a pessoa é chamada de usuário ocasional, pois utiliza uma ou várias drogas, quando disponíveis, em ambientes favoráveis e em situações específicas ou de lazer. Os efeitos do uso não interferem em seu relacionamento familiar, com seus pares e amigos, na sua vida social ou no rendimento escolar, acadêmico ou profissional porque a dosagem da droga ainda é pequena e o uso é controlado<sup>(2)</sup>. O usuário ocasional tem o contato com a droga pela primeira vez, por curiosidade, para inserir-se no grupo de amigos, por dificuldades que está enfrentando, entre outros motivos. Entretanto, o fato de experimentar a droga não significa que irá se tornar dependente químico, porém dependendo de qual droga for utilizada as chances são maiores devido ao grau desta causar a dependência. Por isso é importante à intervenção da equipe multiprofissional neste início, para que a pessoa interrompa o uso antes de ficar dependente.

Na segunda etapa, a pessoa é chamada de usuário habitual, pois usa habitualmente uma ou várias drogas, mas ainda tem o controle do uso. Porém, nesta etapa o uso começa a repercutir nas relações sociais, familiares e profissionais em função de um comportamento que pode se tornar sistemático e repetitivo. Com isso, o consumo passa a ter importância significativa na vida da pessoa tornando-se rotina, podendo levar ao descontrole e, conseqüentemente, não consegue mais parar<sup>(2)</sup>. Este uso habitual também causa perdas físicas e psíquicas as quais são responsáveis pela perda de emprego, de bens materiais, cobranças no ambiente familiar e no trabalho e também dos malefícios à saúde. Bem como, as relações conflituosas nos relacionamentos conjugais, parentais e de amigos, pois a pessoa usuária tem a tendência de substituir o relacionamento com essas pessoas pelo relacionamento com a droga<sup>(3)</sup>.

Na terceira etapa, a dependência química está caracterizada, ou seja, instalada. O usuário dependente, como é denominado, não consegue sozinho deixar de usar a droga. Aqui, desenvolve-se a síndrome da abstinência, na qual o cérebro se adapta a presença constante da droga no organismo e a ausência provoca sintomas físicos e psíquicos de desconforto frente à redução ou interrupção do consumo. Os sintomas são progressivos conforme o grau de dependência<sup>(2)</sup>. O usuário desenvolve tolerância à droga necessitando aumentar a quantidade da dose para ter os mesmos efeitos e sintomas anteriores, pois sem este aumento pode ocorrer a diminuição ou ausência das sensações. Com isso, a pessoa tende a abandonar seus interesses e compromissos, com a finalidade de buscar a droga para sentir os prazeres proporcionados anteriormente. E, mesmo que as consequências nocivas do uso abusivo sejam evidentes, não se abstém de usá-la<sup>(4)</sup>.

Sendo assim, o tipo de droga utilizada e o tempo que a droga demora para causar a dependência interferem no tratamento, pois cada droga tem suas características as quais definirão a melhor maneira de intervir. As características pessoais também precisam ser levadas em consideração para que o tratamento seja efetivo. Devido às características pessoais, como predisposição genética, aspectos ambientais (sociais, culturais, educacionais), aspectos comportamentais como a curiosidade, perda de um familiar, baixa autoestima, excesso de responsabilidade, conflitos familiares, entre outros, algumas pessoas demoram mais tempo para atingir a condição da dependência enquanto outras podem tornar-se dependentes mais rapidamente<sup>(5)</sup>.

Em relação ao tipo de droga e o tempo que esta demora a atingir o estado de dependência, as drogas estimulantes como cocaína, *crack* e merla (extraídas da folha da coca) tem efeito mais rápido se comparadas ao álcool. Por exemplo, quanto mais rápido for o início e o término do efeito da droga, maior será a velocidade de estabelecimento de dependência. Por isso, o uso das drogas injetáveis ou fumadas provoca dependência química tão rapidamente. Portanto, a chance da pessoa tornar-se dependente fica muito maior (potencial de abuso), quando o tempo para o início do efeito da droga for rápido e a duração curta. Sendo este o efeito que acontece com o *crack*<sup>(5)</sup>.

Apesar de consolidado pelo Ministério da Saúde<sup>(6)</sup> que os profissionais devem atuar de maneira integral, atendendo as necessidades individuais de cada pessoa de acordo com o contexto em que estão inseridas, sabe-se que algumas características relacionadas ao usuário



de drogas não são consideradas. Dentre estas características estão: o tipo de droga utilizada, o tempo de efeito no organismo e o potencial da substância causar dependência. Desta forma, elenca-se a importância de haver um direcionamento dos cuidados conforme a etapa que a pessoa se encontra.

Neste estudo, o conceito de doença crônica apresenta-se como referência teórica para orientar o trabalho realizado pela equipe multiprofissional de saúde no CAPSad, com os usuários de álcool e outras drogas, visto que a dependência química é uma doença crônica. Esta cronicidade é considerada como uma experiência de vida permanente, com alteração no cotidiano do dependente e de seus familiares<sup>(7)</sup>. Devido à característica insidiosa e gradativa, estas doenças são diagnosticadas, na maioria das vezes, quando as complicações clínicas já estão instaladas<sup>(8)</sup>.

O presente estudo teve como objetivo identificar os critérios utilizados pelos profissionais para estabelecer a fase que o usuário de drogas se encontra e as ações que desenvolvem.

## **MÉTODO**

### **Aspectos éticos**

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Instituição ao qual está vinculado sob o parecer nº 98/2017. Todos os preceitos éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, vigente na época da coleta de dados do projeto foram respeitados. Após exposição dos objetivos do estudo e esclarecimentos, todos os profissionais de saúde que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### **Tipo de estudo**

Estudo de abordagem qualitativa, do tipo exploratório.

### **Procedimentos metodológicos**

O estudo foi desenvolvido com 14 profissionais atuantes na equipe multiprofissional do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) localizado em uma cidade do extremo sul do Brasil. Foi realizada uma entrevista semiestruturada baseada em questões

norteadoras, no CAPSad, em ambiente reservado de acordo com a disponibilidade dos sujeitos do estudo, sem causar prejuízos na sua rotina de atendimentos. A primeira parte do instrumento abordou questões fechadas referindo-se a caracterização dos participantes. Como: idade, sexo, raça, formação, especialização/área, tempo de formação, tempo de atuação no CAPSad. A segunda etapa foi composta por cinco (5) questões abertas no intuito de responder os objetivos do estudo, conforme a experiência na assistência aos usuários de álcool e outras drogas. A escolha desse serviço justificou-se pelo fato de ser composto por uma equipe multiprofissional, que atua especificamente com pessoas usuárias de álcool e outras drogas.

### **Coleta e organização dos dados**

Os dados foram coletados no mês de junho de 2017, em horário previamente combinado. No total, foram realizadas 14 entrevistas, com duração aproximada de 50 minutos, as quais foram gravadas na íntegra, transcritas e organizadas.

### **Análise dos dados**

Os dados foram organizados e submetidos à análise temática<sup>(9)</sup>. O processo de análise originou duas categorias: critérios que utiliza para identificar a fase que a pessoa se encontra; e ações realizadas pelos profissionais nas diferentes fases da dependência. Para garantir o anonimato dos participantes os profissionais foram identificados com um código através da letra P (Profissional), seguido de um número que indica a ordem de realização das entrevistas.

## **RESULTADOS**

Os participantes do estudo consideraram que o usuário ocasional raramente procura ajuda no CAPSad, pois na etapa inicial a droga não causa problemas na vida deste usuário. Na maioria das vezes, os pais dos adolescentes percebem o problema do uso da droga e buscam ajuda. O início do uso de drogas remete a adolescência, por isso a abordagem é considerada mais difícil devido à rebeldia e negação do jovem de que o uso pode se tornar um problema. O CAPSad acolhe jovens acima de 16 anos, os mais novos são encaminhados para o CAPS infantil.

O usuário habitual é dificilmente identificado pelos profissionais, pois este usuário não procura os serviços porque ainda não percebe problemas decorrentes do uso, nas relações sociais, familiares, pessoais, no trabalho, nos estudos. O usuário dependente é o público alvo

do CAPSad. É o que mais frequenta porque já teve muitos prejuízos sociais, na saúde, nas relações familiares, como abandono, prejuízos financeiros, desemprego, entre outras repercussões causadas pelo abuso de drogas. Esse usuário procura o serviço por demanda espontânea. Além disso, o CAPSad é referência na cidade, os usuários internados no Hospital Psiquiátrico e em Comunidades Terapêuticas são encaminhados para esse serviço, assim como o Núcleo de Apoio a Saúde da Família e as Unidades Básicas de Saúde também referenciam.

**Tabela 1- Caracterização dos participantes**

<b>Código</b>	<b>Idade</b>	<b>Sexo</b>	<b>Formação/Ocupação</b>	<b>Tempo Formação</b>	<b>Pós-graduação</b>	<b>Tempo Atuação no CAPSad</b>
<b>P1</b>	41	M	Enfermeiro	16 anos	Especialização	2 anos
<b>P2</b>	58	F	Assistente Social	13 anos	Especialização	2 anos
<b>P3</b>	36	F	Assistente Social	11 anos	Não	3 anos
<b>P4</b>	44	M	Médico Psiquiatra	20 anos	Especialização	6 anos
<b>P5</b>	34	F	Psicólogo	10 anos	Mestrado	4 anos
<b>P6</b>	34	M	Arte Terapeuta	5 anos	Mestrado	6 anos
<b>P7</b>	37	M	Educador social	18 anos	Não	6 anos
<b>P8</b>	44	M	Educador Social	3 anos	Não	3 anos
<b>P9</b>	44	M	Técnico em Enfermagem	10 anos	Não	5 anos
<b>P10</b>	39	M	Psicólogo	17 anos	Especialização	2 anos
<b>P11</b>	38	F	Psicólogo /Educador social	10 anos	Não	3 anos
<b>P12</b>	56	F	Psicólogo	27 anos	Especialização	7 anos
<b>P13</b>	47	F	Psicólogo	21 anos	Especialização	6 anos
<b>P14</b>	38	M	Arte Terapeuta	9 anos	Especialização	5 anos

**Crítérios que utiliza para identificar a fase que a pessoa se encontra**

**Periodicidade de uso da droga**

O critério periodicidade é mensurado através da frequência de uso da droga, em anos, semana e dias para identificar a fase que a pessoa está vivenciando. Quando o critério é por anos de uso, a dependência do álcool é considerada quando a pessoa utiliza há mais de cinco ou dez anos. Já o *crack* traz dependência mais precocemente, muitas vezes, fumado uma única vez ou no primeiro ano de uso. Este critério também foi considerado em relação à frequência semanal de ingestão para estabelecer a fase ocasional, habitual e dependência do usuário. Essa frequência é representada pelo número de vezes na semana que a pessoa utiliza determinada substância. Na fase ocasional a droga é utilizada em eventos como aniversários, festas de família, baladas noturnas. Na fase habitual a droga já é utilizada com maior frequência, nos finais de semana ou de duas a três vezes na semana, começando a fazer parte da rotina. Quando o uso é diário, o usuário está na fase de dependência.

*A priorização do uso como, por exemplo, se ele diz que está usando aos fins de semana daí eu já questiono se durante a semana ele também tem vontade. O ocasional, ele geralmente é envolvido com algum evento, só 15 anos ou em aniversários ou [festas]. (P1)*

*Geralmente o usuário que nos procura já é alcoolista há muitos anos. Já bebe há dez anos, há cinco anos [...]. (P6)*

*A pessoa diz que usa todos os dias. Bebe à tardinha, então ele é um dependente. Ele trabalha todos os dias, mas ele é um dependente. Não consegue sair disso... Todos os dias. (P12)*

### **Quantidade da droga ingerida**

A dosagem da droga é outro critério utilizado para estabelecer a fase que a pessoa está vivenciando. Neste caso não tem uma medida exata, pois depende do tipo de substância consumida podendo ser expressa nos parâmetros de quantidade pequena, moderada ou altas doses. A fase de dependência pode ser considerada se o uso for diário, mesmo que em quantidade pequena. Quando se trata da cerveja que é ingerida diariamente por muitas pessoas, a dependência vai depender das repercussões e da importância que essa bebida tem na vida de cada um. O álcool é estimado pela quantidade ingerida e o tipo de bebida alcoólica como destilados ou fermentados. Na dependência, a tolerância por determinada droga também é um critério que condiciona o usuário ao aumento da dosagem/quantidade ou a substituição por outras drogas. Na fase ocasional ingeria uma quantidade pequena de droga e posteriormente aumenta essa quantidade para melhor satisfação.

*Outros pacientes tem aquele chamado uso social de pequenas doses diárias, doses supostamente pequenas, mas todos os dias e que de alguma forma também podem repercutir do ponto de vista pessoal ou profissional e também caracterizar uma dependência. (P4)*

*Na dependência ela [usuário de drogas] não consegue parar porque realmente no início ela usa “x”, depois vai aumentando esse “x” porque aquilo não satisfaz mais [...] Chega aqui de manhã e diz que tomou cinco martelinhos. (P12)*

### **Tipo de droga consumida**

O tipo de droga consumida pelo usuário também é um critério para estabelecer a fase em que se encontra. A fase da dependência é definida conforme a droga consumida, pois o *crack* e a cocaína tem esse processo acelerado quando comparados à maconha. O álcool é trazido na fase ocasional e habitual, referido como uma droga socialmente aceita e com efeitos gradativos. É difícil estabelecer quando a pessoa passa do uso habitual para a dependência, é uma linha tênue. Por isso, os usuários de álcool procuram tratamento quando a dependência já está instalada, quando a bebida traz prejuízos para sua vida. A maconha é associada com a fase do usuário ocasional e habitual, usada por adolescentes em fase de experimentação ou por adultos como lazer, sem repercussões nas relações pessoais e profissionais. O usuário de maconha, geralmente consegue manter o uso por muitos anos sem que isso atrapalhe seu dia a dia. A maconha passa a ser problema quando combinada com outras drogas, como o *crack* e a cocaína.

*Claro que em outro tipo de droga como o crack, a cocaína, a gente já estabelece a dependência, em uma única visualização, em uma única entrevista. Mas, em geral, depende também muito da droga porque o poder de dependência é diferente. (P1)*

*A maconha não tira ninguém da família, a pessoa não deixa de estudar, de trabalhar porque usa maconha. Já o álcool e o crack são as piores, no sentido de arrasar a vida das pessoas [...]. (P12)*

### **Repercussões causadas pelo uso**

Fortemente associado ao critério anterior que cada tipo de droga repercutia de uma maneira, as repercussões causadas pelo uso também são critérios de reconhecimento da fase que a pessoa encontra-se. Na fase ocasional o usuário segue sua rotina normalmente, frequenta a escola, o trabalho, cumpre suas atividades diárias sem que a droga repercuta, pois tem o controle. Na fase habitual, o uso é esporádico, mas em altas doses pode alterar o sono, repercutir no trabalho com atrasos ou nas atividades universitárias. Na fase de dependência os prejuízos são progressivos na saúde, no âmbito social, familiar, no trabalho, nas condições de

moradia, nas perdas materiais e afetivas. As relações familiares são bastante prejudicadas, pois nessa fase o usuário perde o controle da situação, fica agressivo e, muitas vezes, rouba bens da própria família para obter a droga. Os aspectos físicos são visivelmente identificados com o emagrecimento da pessoa, a falta de asseio corporal, desleixo, depressão e desmotivação. Os usuários em fase crítica da dependência são comparados com “zumbis”, porque perambulam pelas ruas, denegridos, sem perspectivas de vida, encontram-se no “fundo do poço”. As mulheres dependentes de álcool e outras drogas encontram-se em condições precárias, deprimidas, abandonadas pelos familiares e conforme o caso, seus filhos são encaminhados para o Conselho Tutelar, pois elas não tem condições de criá-los.

*[...] Principalmente o dependente do crack ele vai ficando muito desleixado, a aparência dele muda, parece que o crack enegrece a pessoa [...] Mas, quando ele está num uso muito pesado, fica muito deprimido, fica choroso, principalmente as mulheres e elas trazem isso. (P2)*

*Se ela consegue tocar a rotina dela de vida, se é jovem precisa estar na escola, precisa dar conta das tarefas de casa que os pais estabelecem. Se ela consegue tocar isso e ela fuma, eventualmente, um cigarro de maconha eu não considero ela uma dependente química da maconha [...]. (P14)*

### **Lugar que a droga ocupa na vida da pessoa**

O lugar que a droga ocupa na vida da pessoa é um critério referido por P1, P7, P12 para identificar a fase que a pessoa se encontra. Na fase de usuário ocasional, a droga é utilizada como curiosidade, não tem muita importância na vida da pessoa. Na fase habitual a droga é utilizada pelos efeitos causados, pelas sensações, já começa a ocupar lugar na rotina do usuário, mesmo que esporadicamente. Na fase da dependência a droga passa a fazer parte da rotina, torna-se presente e quando não está em uso a pessoa está pensando na próxima dose, sente falta daquilo. A alimentação começa a ser substituída pela substância e também é consumida para dar coragem e ânimo para a pessoa enfrentar problemas.

*A partir do momento que tu vê que a pessoa só consegue fazer determinadas situações importantes na vida dela sob o uso, ou enfrentá-lo sobre o uso, aí tu já caracteriza uma dependência. Que não é mais só apenas o uso, o efeito da droga, e sim o que ela representa da coragem, até da maneira, o enfrentamento mais fácil sobre as determinadas outras situações. (P1)*

*Sim, tem que ver o dia a dia daquela pessoa. O que ela faz, como é a dinâmica da vida dela. Tu [usuário de drogas] toma café de manhã? Os teus remédios é pela manhã também, o que tu come antes? O que tu almoça ao meio dia?[...]. (P12)*

### **Ações realizadas pelos profissionais nas diferentes fases da dependência**

## Orientação

Na fase do usuário ocasional as orientações referidas pelos participantes englobam prejuízos afetivo, financeiro, social e fisiológico causados pela droga. Os participantes (P4, P10, P12 e P13) realizam um trabalho de reflexão com os usuários ocasionais, durante a Psicoterapia, sobre a percepção da Dependência Química como problema para que percebam o quanto o uso indevido das drogas pode comprometer suas vidas num futuro não tão distante, dependendo da droga que consome. Nas escolas, quando solicitado ao CAPSad, é realizado um trabalho preventivo com os adolescentes. P6 realiza esse trabalho através da orientação sobre os efeitos da droga, os serviços disponíveis aos usuários de álcool e outras drogas e a Saúde Mental como um todo.

Os usuários habituais são orientados sobre os riscos de tornar-se dependente químico devido ao aumento da frequência do uso, ou seja, usava a droga apenas finais de semana e começou a usar também durante a semana. É importante que a pessoa reconheça essa insatisfação em usar a droga esporadicamente e as repercussões negativas que podem ser causadas pelo uso indevido e contínuo. Com isso, os usuários habituais são orientados a diminuir o consumo ou parar totalmente. É preciso haver uma mudança de hábitos, organizando sua rotina de maneira que seus compromissos e afazeres diários não remetam ao uso da droga, bem como o meio social que frequenta, seja amigos que também fazem o uso indevido ou lugares que facilitam esse uso.

Percebe-se através das falas que os usuários dependentes são orientados, durante os grupos de apoio e os atendimentos individuais, sobre a reestruturação das relações sociais, pessoais, familiares, afetivas que foram prejudicadas com a Dependência Química estabelecida. O objetivo do tratamento é a reinserção social da pessoa dependente de álcool e outras drogas e não a abstinência.

*Acho que na primeira [fase], na ocasional é mais ainda a prevenção. Na questão que pode se tornar uma dependência. Se a pessoa está percebendo isso, se já enxerga algum prejuízo ou que pode vir a se tornar dependente. (P5)*

*Se estiver no início é mais uma fala pra elucidar sobre as consequências, as repercussões do uso da substância no seu corpo, na sua vida, para ela começar a ter noção. (P14)*

*A gente pede, ou preconiza, ou indica que ele mude os hábitos, mude a sua rotina para que não se lembre do uso. (P1)*

*Eles não param para pensar que essa bebida vai mexer emocionalmente, psicologicamente. Vai trazer os velhos hábitos, então a gente está sempre trabalhando com estratégias. A nossa maneira, trabalhar com estratégias. (P3)*

*É um resgate total da pessoa, de autoestima, de capacidade de se reconhecer como alguma coisa positiva. Não ficar só olhando o que perdeu. Porque a depressão vem com tudo. (P5)*

*O tratamento é fazer as atividades que são propostas, procurar interagir com o familiar novamente, procurar se reorganizar organizar melhor a sua vida, não só parar o uso. (P11)*

## **Encaminhamento**

Os usuários ocasionais que frequentam o CAPSad são preservados para não se estimularem com os depoimentos dos usuários que fazem uso de uma ou múltiplas drogas a mais tempo. Os adolescentes que estão no início do uso são encaminhados para atendimento individual com Psicólogos, Psiquiatra, se necessário, e oficinas terapêuticas de artes, de música, conforme seu interesse. Somente maiores de 18 anos participam dos grupos de apoio.

Os usuários habituais são encaminhados para atendimentos individuais com os Psicólogos, grupos de apoio (múltiplas drogas) e oficinas terapêuticas (de artes ou de música) de acordo com as habilidades de cada um. Os familiares que acompanham os usuários até o serviço são encaminhados para o grupo de apoio aos familiares que é ministrado pelo P11, e quando solicitado podem conversar individualmente com um profissional da equipe que esteja disponível. O grupo de familiares é realizado uma vez por semana e somente um familiar pode assistir podendo num próximo encontro outro familiar participar.

O Usuário Dependente é encaminhado de acordo com o Projeto Terapêutico Singular (PTS). Este PTS é elaborado pelos Psicólogos e discutido nas reuniões de equipe sendo realizada uma avaliação das necessidades de cada usuário de acordo com suas aptidões e disponibilidade. A partir dessa avaliação o usuário é encaminhado para os atendimentos oferecidos no CAPSad. São disponíveis atendimentos com a Equipe multiprofissional como consulta psiquiátrica, psicoterapia, consulta de enfermagem, grupos de apoio, oficinas terapêuticas individuais e em grupos.

O encaminhamento para Grupos de Apoio é prioridade de atendimento do CAPSad já que a proposta é a reinserção social dessas pessoas. São oferecidos grupos de apoio a Múltiplas drogas, grupo de Alcoolistas, grupo de Mulheres, e grupo de apoio aos familiares.



Os grupos são realizados semanalmente e ministrados por alguns profissionais da equipe. Nas oficinas terapêuticas, realizadas pelos Arte Terapeutas, tem a oficina de artes com pinturas, desenho, artesanato; a oficina de música, com atividades artísticas conforme a aptidão e criatividade de cada um. Nos grupos de apoio são abordados temas relacionados às repercussões causadas pelo abuso das substâncias no âmbito social, familiar, no trabalho, nos aspectos físicos e psicológicos. Com as mulheres usuárias de álcool e outras drogas também é realizado uma abordagem específica, trazendo a questão do ser mulher e mãe dependente, assim como a prostituição que muitas mulheres estão sujeitas para obtenção da droga.

Os usuários também são encaminhados para consulta com o médico Psiquiatra para realização de tratamento medicamentoso para alívio de sinais e sintomas como insônia, ansiedade, irritabilidade, depressão, psicoses causados pelo uso abusivo de substâncias. Essas consultas são agendadas uma vez por mês ou a cada dois meses, conforme solicitação do médico. Em casos mais avançados que o usuário está mais prejudicado fisiologicamente, como a demência alcoólica ou outras doenças decorrentes do abuso, os usuários são encaminhados apenas para o tratamento medicamentoso, já que não se beneficiam dos grupos de apoio e oficinas terapêuticas. O P4 refere encaminhar os usuários dependentes para avaliações médicas gástricas (função hepática), neurológicas, entre outras repercussões que a Dependência Química causa ao longo dos anos.

Os familiares são encaminhados para o grupo de apoio específico a eles. Neste grupo, o profissional realiza um trabalho de orientação do familiar sobre o contexto que envolve o usuário de drogas, o cuidado e apoio de que precisa e a compreensão da dependência química como doença. Além disso, busca-se uma reaproximação das famílias pela importância e efetividade que é incluir a família no tratamento.

*O usuário ocasional a gente também procura ter certo resguardo com ele. A gente atende bastante questões do Conselho Tutelar, de adolescentes. E tu não vai colocar ele no meio dos leões velhos[...]. (P10)*

*Nossos grupos cruzados que são de múltiplas drogas tem um objetivo e a gente sabe mais ou menos que tipo de paciente tem nele. Então, não vou colocar um usuário de maconha habitual junto com um dependente de crack. (P1)*

*[...] os dependentes, muitas vezes, vão exigir uma abordagem que encaminhe para outras avaliações médicas do ponto de vista clínico geral. Daqui a pouco do ponto de vista gástrico para verificar a função hepática, uma série de outras repercussões. (P4)*

## DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo mostram que a grande maioria dos profissionais reconhece que a dependência química se desenvolve através de diferentes fases, mas esse processo depende de critérios como a periodicidade do uso, a quantidade de droga ingerida, o tipo de droga, as repercussões deste uso indevido e o lugar que a droga ocupa na vida da pessoa usuária de álcool e outras drogas.

Recentemente, um estudo identificou a periodicidade através da frequência do uso de *crack* em usuários de um CAPSad, considerando esse uso diário, semanal ou mensal. A maioria dos usuários usava frequentemente a droga, mais de quatro vezes na semana<sup>(10)</sup>. Em estudo sobre o padrão de uso de drogas o usuário de álcool é considerado dependente quando o período for superior a dez anos<sup>(11)</sup>. Essa frequência também foi mensurada pelos participantes do presente estudo em outras drogas como o álcool e a maconha, sendo no álcool expressa em anos de uso e a maconha se usada exclusivamente, mesmo que durante anos, não repercute na vida do usuário.

O uso exclusivo da maconha é percebido como uma droga que não causa repercussões sociais, familiares, financeiras, no trabalho o que corrobora com outro estudo que avaliou o padrão de uso da maconha, mostrando que a maioria dos usuários faz uso habitual por um período superior a dez anos. A cocaína em sua forma aspirada é utilizada ocasionalmente, somente em festas e geralmente está associada ao álcool devido a potencialidade do efeito<sup>(11)</sup>. No estudo, a cocaína foi relacionada aos usuários ocasionais como, por exemplo, trabalhadores encaminhados para o CAPSad pelas empresas, mas que tem o controle sobre a droga.

O álcool é estimado pela quantidade ingerida sendo expressa por doses pequenas, moderadas ou altas e o tipo de bebida alcoólica, podendo ser destilada ou fermentada. Esses critérios utilizados para estabelecer a dependência também são evidenciados em estudo sobre o padrão do uso de álcool mostrando que mais da metade dos entrevistados consomem altas doses de bebidas alcoólicas, todos os finais de semana, havendo maior preferência pela cerveja, seguida do vinho<sup>(12)</sup>. Além disso, o uso ocasional de drogas como o álcool, o tabaco e

a maconha podem estar associados à dependência de drogas consideradas mais “pesadas”, pois são consumidas na busca de melhores efeitos e redução de efeitos indesejados<sup>(13)</sup>.

Os participantes estabelecem a dependência conforme o tipo de droga utilizada, especialmente o *crack*, que acelera o processo de desenvolvimento com pouco tempo de uso. Porém, outros estudos apontam que existem usuários habituais de *crack*, que usam por até cinco anos. Embora, a grande maioria da população estudada faça o uso dependente por um período de seis a nove anos. A idade dos usuários tem sido investigada devido à longevidade de consumo, o que poderia indicar uma adaptação deles à cultura da droga. As estratégias desenvolvidas por usuários para lidar com os riscos decorrentes do consumo da droga indica que as mudanças na cultura do *crack* podem contribuir no aumento da expectativa de vida, visto que a ocorrência de usuários com mais de cinco anos de uso tem aumentado significativamente<sup>(11,14,15)</sup>.

No processo de desenvolvimento da dependência química as repercussões causadas pelo uso indevido de álcool e outras drogas são percebidas pelos participantes, corroborando com outro estudo que mostra que a dependência prejudica o núcleo familiar, a convivência, o vínculo, a confiança, causando sofrimento e fragilidade nas relações. Sendo assim, a experiência vivida pela família pode ser devastadora no aspecto físico, financeiro e nas relações interpessoais e sociais, considerando também a vulnerabilidade social que, muitas vezes, o dependente se encontra<sup>(16)</sup>. Também foi referido que a pessoa só procura ajuda quando a dependência já está instalada, como mostra outro estudo que os dependentes, nesta fase, encontram-se arrependidos. Com isso, ficam mais motivados a buscar ajuda, pois se encontram no “fundo do poço”, termo usado pelos próprios usuários<sup>(17)</sup>.

Nesta perspectiva, as ações realizadas pelos participantes do estudo são de orientação e encaminhamento das pessoas usuárias de álcool e outras drogas a partir do PTS para grupos de apoio, oficinas terapêuticas e atendimentos individuais. Apesar de poucos usuários ocasionais frequentarem o CAPSad, como abordado pelos participantes, quando solicitado pelas escolas é realizado um trabalho preventivo corroborando com estudo que aponta que as ações direcionadas a essa população precisam ser focadas, principalmente, na prevenção do uso de drogas na adolescência, com abordagens diferenciadas e mais precoces, dando suporte aos usuários antes da instalação da dependência, evitando perdas e repercussões na fase adulta<sup>(18)</sup>.

O profissional ao atender o adolescente precisa conhecer suas relações sociais, lugares de convivência, sua família, os motivos que o levaram ao início do uso da droga e as situações de violência vivida<sup>(19)</sup>. Além disso, devido à cafeína presente na bebida alcoólica, o uso nessa fase pode potencializar o consumo habitual, assim como a progressão para drogas mais potentes ou perigosas, sendo bastante importante a intervenção para que se evite o uso<sup>(20)</sup>.

Outra população assistida são as mulheres usuárias de álcool e outras drogas, que muitas vezes são encaminhadas pelo Conselho Tutelar, pois a guarda de seus filhos está sendo ameaçada ou já foram retirados. No CAPSad tem um grupo específico que aborda as particularidades dessas mulheres que sofrem muitas perdas devido ao abuso de substâncias. Estudos mostram que a dependência do *crack* entre mulheres causa grandes repercussões, pois geralmente são solteiras, mães em idade fértil e sem renda própria, suscetíveis a situações de violência e prostituição em troca da droga<sup>(10,17)</sup>.

O encaminhamento dos familiares para o grupo de apoio também é importante para o tratamento do dependente, pois favorece na reestruturação do estilo de vida e mudanças de comportamento do usuário de drogas. A dificuldade da família em lidar com a dependência química pode ser diminuída por acompanhamentos terapêuticos específicos, que ofereçam suporte emocional e promovam o desenvolvimento de habilidades no manejo e enfrentamento de situações de riscos à recaída do usuário dependente. Além disso, a participação no grupo auxilia as famílias a compreender a dependência química como uma doença crônica<sup>(21,22)</sup>.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ao identificar, com base na percepção dos profissionais sobre a dependência química, os critérios utilizados para estabelecer a fase que o usuário de álcool e outras drogas se encontra e as ações desenvolvidas pela equipe, constatou-se que apesar dos profissionais demonstrarem conhecimento sobre a cronicidade da doença, suas intervenções no CAPSad contemplam apenas o usuário dependente, correspondendo a terceira etapa denominada no estudo.

Devido às limitações do estudo, pelo tamanho da amostra, são sugeridos estudos que considerem outros contextos de atuação da equipe multiprofissional, como por exemplo, entrevistas com os usuários de drogas e familiares para conhecer o lado de quem é assistido nos serviços de saúde mental. Acredita-se também que, a pesquisa pode ser realizada em outros

serviços da rede de atenção, a fim de avaliar se as ações e encaminhamentos são elaborados considerando as diferentes etapas do processo de adoecimento, evitando assim um cuidado igualitário.

## REFERÊNCIAS

- (1) Xavier RT, Monteiro JK. Tratamento de Pacientes Usuários de crack e outras drogas nos CAPS AD. *Psic. Rev. São Paulo*; 22(1): 61-82, 2013.
- (2) Senad. A Prevenção do Uso de Drogas e a Terapia Comunitária. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 24 p, 2006.
- (3) Gabatz RIB, Johann M, Terra MG, et al. Percepção do usuário sobre a droga em sua vida. *Esc. Anna Nery (impr.)*; 17(3): 520-525, 2013.
- (4) Freitas ER, Joaquim RM, Tabaquim MLM, Camargo AP. Avaliação neuropsicológica das funções executivas de mulheres em estado de dependência química. *Arch. Health. Invest*; 5(1):14-24, 2016.
- (5) Brasil. Efeitos de substâncias psicoativas: módulo 2. – 7. ed. – Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2014. 144 p. – (SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento / coordenação [da] 7. ed. Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni).
- (6) Brasil. A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas/Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- (7) Taddeo OS, Gomes KWL, Caprara A, Gomes AMA, Oliveira GC, Moreira TMM. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. *Ciência & Saúde Coletiva*; 7(11): 2923-2930, 2012.
- (8) Barreto MS, Carreira L, Marcon SS. Envelhecimento populacional e doenças crônicas: Reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. *Revista Kairós Gerontologia*; 18(1): 325-339, 2015.
- (9) Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- (10) Almeida CS de, Luis MAV. Características sociodemográficas e padrão de uso de crack e outras drogas em um CAPSad. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife; 11(4):1716-23, 2017.
- (11) Selegim MR, Oliveira MLF. Padrão do Uso de Drogas de Abuso em Usuários de Crack em Tratamento em Uma Comunidade Terapêutica. *Rev Neurocienc*; 21(3): 339-348, 2013.
- (12) Anjos KF dos, Santos VC, Almeida, OS. Caracterização do consumo de álcool entre estudantes do ensino médio. *Revista Baiana de Saúde Pública*; 36(2):418-431, 2012.
- (13) Olthuis JV, Darredeau C, Barrett SP. Substance use initiation: The role of simultaneous polysubstance use. *Drug and Alcohol Review*; 32: 67–71, 2013.

- (14) Dias AC, Araujo MR, Laranjeira, R. Evolução do consumo entre usuários de crack em coorte com histórico de Tratamento. *Rev. Saúde Pública*; 45(5):938-48, 2011.
- (15) Ribeiro LA, Sanchez ZM, Nappo SA. Estratégias desenvolvidas por usuários de *crack* para lidar com os riscos decorrentes do consumo da droga. *J Bras Psiquiatr*; 59(3): 210-8, 2010.
- (16) Czarnobay et al. Determinantes intra e interpessoais percebidos pela família como causa da recaída do dependente químico. *REME. Rev Min Enferm*; 19(2): 93-99, 2015.
- (17) Pedrosa SM, Reis ML, Gontijo DT, Teles SA, Medeiros M. The path to crack addiction: perceptions of people under treatment. *Rev Bras Enferm [Internet]*; 69(5): 899-906, 2016
- (18) Capistrano FC, Ferreira ACZ, Silva TL, Kalinke LP, Maftum MA. Perfil sociodemográfico e clínico de dependentes químicos em tratamento: análise de prontuários. *Esc Anna Nery (impr.)*; 17 (2):234-241, 2013.
- (19) Moura NA, Monteiro ARM, Freitas RJM. Adolescentes usuários de drogas (i) lícitas e práticas de violência. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife; 10(5):1685-93, 2016.
- (20) Tarter et al. Longitudinal Modeling of the Association Between Transmissible Risk, Affect During Drug Use and Development of Substance Use Disorder. *J Addict Med.* December ; 9(6): 464–469, 2015.
- (21) Silva ML, Guimarães CF, Salles DB. Fatores de risco e proteção à recaída na percepção de usuários de substâncias psicoativas. *Rev Rene.*; 15(6):1007-15, 2014.
- (22) Alvarez SQ, Gomes GC, Oliveira AMN, Xavier DM. Grupo de apoio/ suporte como estratégia de cuidado: importância para familiares de usuários de drogas. *Rev Gaúcha Enferm. Porto Alegre (RS)*; 33(2):102-108, 2012.

## 6.2 Artigo II

### O TRABALHO EM SITUAÇÕES DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA: BARREIRAS E FACILITADORES

#### RESUMO

**Objetivo:** identificar barreiras e facilitadores que segundo a percepção dos profissionais influenciam o trabalho com pessoas usuárias de álcool e outras drogas. **Método:** estudo qualitativo, exploratório, desenvolvido com 14 profissionais da equipe multiprofissional do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, localizado em uma cidade do sul do país. Os dados foram coletados em junho de 2017, através de entrevistas semiestruturadas. **Resultados:** foram apontados como facilitadores no tratamento da dependência, o trabalho em equipe multiprofissional e o vínculo entre usuário e profissional; e como barreiras, a não adesão do usuário e familiares ao tratamento e a dificuldade do profissional reconhecer as etapas iniciais do processo. **Conclusão:** o conhecimento das barreiras e facilitadores comprova que a interrupção do processo de tornar-se dependente não pode estar restrita ao usuário de drogas. Para isso, a atenção do profissional precisa, também, envolver a família e todo o contexto que a pessoa está inserida.

**Descritores:** Transtornos relacionados ao uso de substâncias; Equipe interdisciplinar de saúde; Enfermagem psiquiátrica; Saúde Mental.

#### INTRODUÇÃO

A dependência química é uma doença crônica, progressiva que percorre diferentes estágios até estar instalada<sup>1</sup>. Durante sua evolução, geralmente lenta e insidiosa, a pessoa que faz uso de álcool ou outras drogas, passa do estágio inicial, quando o uso tem caráter experimental que, se não for interrompido, vai até o consumo compulsivo, no qual as complicações físicas, sociais e emocionais atingem não apenas a pessoa dependente, mas também aquelas que vivem em seu entorno.

Cada um dos estágios pelos quais a pessoa passa até tornar-se dependente tem particularidades que são definidas a partir das características pessoais, do tipo de droga utilizada e de fatores ambientais, entre outros. E, embora a linha divisória entre um estágio e

outro não seja claramente perceptível, a interrupção ou a evolução do processo é influenciado pela maneira como a própria pessoa, sua família e os profissionais atuam, ou seja, se atendem as necessidades e especificidades de cada pessoa, de acordo com a fase que se encontra.

Observa-se, nos serviços de saúde que, embora os profissionais reconheçam que o processo de se tornar dependente químico aconteça em uma sequência de etapas sucessivas, nem sempre as ações que desenvolvem contemplam as necessidades específicas de cada uma delas. Sendo assim, tratar as pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas passa a ser um desafio, visto que a assistência precisa ser diferenciada. Além disso, o fato da dependência química ser determinada por múltiplos fatores exige, também, uma abordagem que considere os familiares e a comunidade.

O Ministério da Saúde (MS) estabelece o direito aos usuários dos serviços de saúde mental receber um tratamento singular, caracterizado por um conjunto de ações, respeitando suas particularidades, personalizando o atendimento e propondo atividades durante a permanência diária no serviço, de acordo com as suas necessidades individuais<sup>2</sup>. Esta determinação reforça a premência da atenção aos usuários ser planejada levando em consideração a etapa em que a pessoa se encontra.

A Política de Atenção Integral em Álcool e outras Drogas (PAIAD), do MS recomenda assumir de modo integral e articulado o desafio de prevenir, tratar e reabilitar as pessoas dependentes, considerando esta condição como um problema de saúde pública<sup>3</sup>. Com essa finalidade, através de documentos anexos a PAIAD, destaca a necessidade de estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária, associada à rede de serviços sociais e de saúde, com ênfase na reabilitação e reinserção social aos usuários de álcool e drogas. Além disso, reforça a necessidade de capacitação e formação



dos profissionais de saúde que atuam no campo da dependência química, em uma perspectiva multiprofissional.

Entretanto, as ações precisam ser planejadas considerando que o trabalho em saúde está sujeito a inúmeras interferências como, por exemplo, as ideias, os valores e concepções de todos os envolvidos, usuários, familiares e profissionais, as quais influenciam tanto o processo de desenvolvimento da dependência química, como sua interrupção<sup>4,5</sup>. Adicionalmente, estudo realizado no Paraná mostrou que as questões culturais relacionadas com o alcoolismo tem se constituído em uma barreira tanto para o atendimento da pessoa que é dependente, como para a família que tem vergonha de revelar esta situação e acaba mantendo o sujeito em casa por um longo período até reconhecer o problema. Nesses casos, só buscam ajuda quando não conseguem mais controlar a situação do familiar que já está em um estágio bastante evoluído da dependência<sup>6</sup>.

É nesse contexto que a dependência química é examinada no presente estudo, considerando-a como uma doença crônica, que demanda ações específicas ao longo do processo de instalação, durante o qual os profissionais se deparam com inúmeros fatores que podem favorecer ou dificultar seu trabalho. Particularmente, este estudo objetiva identificar barreiras e facilitadores que, segundo a percepção dos profissionais influenciam o trabalho com pessoas usuárias de álcool e outras drogas.

## **MÉTODOS**

Trata-se de um estudo exploratório, de abordagem qualitativa, desenvolvido com 14 profissionais da equipe multiprofissional composta por: um (1) enfermeiro, dois (2) assistentes sociais, quatro (4) psicólogos, um (1) médico psiquiatra, três (3) educadores sociais, um (1) técnico de enfermagem e dois (2) arte terapeutas que trabalham em um Centro

de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad), localizado no extremo sul do Rio Grande do Sul. Para garantir o anonimato, estes participantes foram identificados com um código formado pela letra P (Profissional), seguido de um numeral dentro do intervalo 1 a 14, representativo do total de participantes do estudo.

Os dados foram coletados em junho de 2017, através de entrevista semiestruturada, realizada no próprio local de trabalho, em horário previamente acordado, após a obtenção da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelos participantes da pesquisa.

As entrevistas foram guiadas por um roteiro constituído de duas partes. A primeira incluía questões fechadas destinadas à caracterização dos participantes: idade, sexo, raça, formação, especialização/área, tempo de formação, tempo de atuação no CAPSad. A segunda parte foi composta por questões abertas que abordavam a experiência prévia dos participantes na assistência aos usuários de álcool e outras drogas, à percepção do participante a respeito da dependência do álcool e outras drogas e os critérios que utiliza para considerar uma pessoa como sendo alcoolista ou dependente de outras drogas. Em seguida, as perguntas investigaram como o profissional identifica as fases que a pessoa está vivendo e as intervenções consideradas pertinentes nas seguintes situações: com usuários ocasionais, com usuários habituais e com usuários dependentes.

A última pergunta procurou destacar a resolutividade das ações realizadas com as pessoas usuárias de álcool e outras drogas; os fatores ligados aos profissionais e aos serviços que favorecem a recuperação da dependência química; e os fatores ligados aos profissionais e aos serviços que representam barreiras à recuperação da dependência química.

A duração das entrevistas foi em torno de 45 minutos com cada participante. Estas foram gravadas, mediante autorização e, posteriormente transcritas. Os dados foram

analisados por meio da análise temática<sup>7</sup>, a qual foi realizada em três etapas: a primeira, pré-análise na qual foram organizados os discursos dos profissionais; a segunda etapa constituiu a exploração do material, sendo os dados agrupados por semelhanças e diferenças e por último o tratamento dos dados, incluindo a interpretação dos significados atribuídos às falas pelos participantes.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Instituição ao qual está vinculado sob o CAAE: 66296617.0.0000.5324. Todas as determinações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde foram respeitadas.

## **RESULTADOS**

No que se refere às características dos participantes deste estudo, dos 14 profissionais entrevistados, a idade variou de 34-58 anos (média= 42,1 anos), sendo que a maioria é do sexo masculino (n=6). Com relação à formação dos participantes, quatro são psicólogos, dois assistentes sociais, dois arte terapeutas, um enfermeiro, um psiquiatra, três educadores sociais e um técnico em enfermagem. O tempo de formação variou de três até 27 anos, sendo que sete possui pós-graduação *latu sensu*. Esses participantes trabalham no CAPSad há pelo menos dois anos, sendo que o tempo máximo foi de sete anos.

### **Facilitadores do trabalho em dependência química**

A análise dos dados apontou dois elementos que na percepção dos profissionais são facilitadores no trabalho que desenvolvem com pessoas usuárias de álcool e outras drogas: o *trabalho em equipe multiprofissional* e o *vínculo entre usuário e profissional*.

O primeiro, o trabalho em equipe multiprofissional, foi referido por nove participantes do estudo que consideram o trabalho no CAPSad como facilitador no tratamento da dependência química, pelo fato deste ser realizado por profissionais de formação, incluindo enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, entre outros, com o mesmo objetivo. Este fato ajuda a adotar uma diversidade de atividades de apoio ao trabalho diário como reuniões semanais de equipe, nas quais há trocas de informações a respeito da situação específica de cada paciente e discussão sobre as estratégias mais apropriadas. Entretanto, como a demanda predominante no serviço é de usuários de álcool e outras drogas, com a dependência já instalada, o foco do cuidado acaba centrado na terceira etapa do processo de adoecimento.

O trabalho em equipe é, também, um apoio para os profissionais que trabalham com problemas cuja natureza, frequentemente mobilizam seus sentimentos de frustração devido às recaídas dos usuários. É um trabalho desgastante, intenso e pouco visualizado, porque depende fortemente da pessoa usuária querer e aderir ao que é proposto. A dificuldade em trabalhar com estas pessoas é percebida especialmente quando os pacientes abstinentes por longos anos recaem.

*O trabalho em equipe nos ajuda saber lidar com a frustração. É complicado, às vezes, as pessoas estão muito bem, pacientes com dez, 16 anos, e recaem. (P3)*

*Por ser um dispositivo de atendimento mais intensivo [o CAPS], a maioria dos usuários que nos chegam, já chegam com dependência química. (P4)*

*Ser uma equipe multidisciplinar já é bom, somos muitos olhares de diferentes lugares. Tem psicólogo, psiquiatra, arte educador, assistente social, tem várias profissões olhando para uma questão que é a dependência. (P6)*

Por outro lado, o vínculo entre usuário e profissional é referido por P1, P4, P6, P8, P9, P11, P13 como um facilitador do trabalho nas situações de dependência química. Faz parte do processo de construção do vínculo, a confiança no profissional que se concretiza através da

garantia do sigilo. E sua manutenção é favorecida pela empatia, a qual é apontada por P4 como fator importante na qualificação das intervenções, principalmente com as pessoas em uma etapa de dependência química já instalada, devido à dificuldade para assumirem sua condição e procurar tratamento. Entretanto, nos dados obtidos com as falas dos profissionais, evidencia-se que para vincular é necessário estar frente a frente com a pessoa, mostrando novamente que pelo fato do serviço receber, frequentemente a terceira etapa, as etapas iniciais do processo de tornar-se dependente não estão sendo contempladas.

*O vínculo do profissional com o usuário é algo que tem trazido bastante benefício. A gente trabalha com vínculo. Se conseguir um vínculo bem forte com a pessoa, a tendência do tratamento é ter um êxito maior. (P8)*

Em síntese, de acordo com a percepção dos participantes deste estudo, a aproximação e o vínculo estabelecido entre o profissional e o usuário facilitam o processo terapêutico e a adesão, na medida em que o usuário se sente acolhido no serviço e livre de julgamentos.

### **Barreiras no trabalho em dependência química**

Como barreiras no trabalho desenvolvido com usuários de drogas este estudo apontou dois elementos: *a não adesão do usuário e dos familiares ao tratamento* e *a dificuldade do profissional reconhecer as etapas iniciais do processo*. A não adesão é referida tanto na perspectiva das pessoas usuárias quanto em relação aos familiares. Já, a dificuldade de reconhecer as etapas foi atribuída à linha tênue existente entre elas, à vergonha que o usuário sente para admitir sua dependência e ao despreparo dos profissionais para lidar com esse tipo de problema e a descontinuidade do tratamento.

Para 13 participantes a não adesão do usuário ao tratamento é uma barreira para o trabalho porque, na maioria das vezes, ele comunica a decisão de manter a relação com a

droga ou o álcool, nos moldes já estabelecidos. Nestes casos, mesmo o familiar reconhecendo o problema das drogas no indivíduo e procurando ajuda no serviço, não terá repercussão na ingesta do usuário.

*[Normalmente] O usuário só quer vincular ao médico e a medicação. A gente tem grande dificuldade das pessoas aderirem ao que é proposto. (P8)*

*Convidamos a família para participar do grupo a fim de entender a situação do paciente e ajudá-lo. Mas, tem famílias que não vem, somente quando querem internar compulsoriamente. (P7)*

Por outro lado, o familiar não estar comprometido com o tratamento também representa uma barreira, pois, em geral, ele é o maior incentivador e a principal fonte de apoio que o usuário pode ter para se engajar em um projeto de mudança da forma como se relaciona com a substância. É frequente, nestas situações, as relações intrafamiliares estarem fragilizadas, por essa razão ter o familiar envolvido no tratamento representa uma possibilidade de reconstrução dos vínculos.

### **Dificuldade do profissional reconhecer as etapas iniciais do processo de tornar-se dependente químico**

A dificuldade em diferenciar as diferentes etapas do processo de tornar-se dependente, desde o usuário habitual até o usuário dependente, foi mencionado por P1, P3, P5, P7, P8 e P14, apesar de reconhecerem a cronicidade da dependência química. Para P1, P3 e P5 é difícil distinguir as etapas porque existe uma linha tênue entre beber socialmente, como nos finais de semana e em eventos e o uso abusivo que leva a dependência. Este fato ocorre, principalmente quando se trata de bebidas alcoólicas, por serem drogas lícitas, que circulam livremente na sociedade.

*Questiono a questão do usuário habitual, até entendo o ocasional, sem problemas, mas é uma linha tênue entre o habitual e o dependente. O habitual não necessariamente é dependente e mostra, muitas vezes, que consegue ficar sem a droga. (P1)*

*O habitual do dependente é mais difícil identificar. O que mais atendo são pessoas que já são dependentes. Eu consigo ver essa questão de trocar, daqui a pouco só tomava cerveja e começou a tomar cachaça. (P5)*

Contribui, também, para a dificuldade dos profissionais reconhecerem as etapas iniciais, o retraimento dos usuários que sentem vergonha em admitir que possam estar em risco de desenvolver a dependência. Ao mesmo tempo, o usuário buscar ajuda no serviço especializado em álcool e outras drogas implica em reconhecer-se como dependente. Outro fator referido pelos participantes é a dificuldade que o usuário tem em assumir o consumo de múltiplas drogas, levando-o a omitir informações importantes para o tratamento.

*Ser sincero é admitir a dependência. Então, eles acabam omitindo informações, pois admitir a intensidade do uso, a quantidade, é admitir que realmente tem um problema com droga, e um problema sério. (P2)*

*As pessoas ficam com vergonha, não querem se expor. Quando chegam ao serviço, levamos para uma sala mais reservada e individualmente ele conversa com o profissional que está no acolhimento. (P8)*

O despreparo dos profissionais para lidar com esse tipo de problema e a descontinuidade do tratamento para 11 participantes é uma barreira referida pela deficiência de suporte dos serviços existentes, a falta de comunicação e parceria entre os profissionais. O fato de ser usuário de álcool e outras drogas traz uma série de repercussões físicas, além disso, a política prevê que ocorra o cuidado integral ao paciente, o que vem ao encontro do que acontece nesta instituição na qual têm profissionais que ficam em tempo integral para realizar o atendimento.

Consequentemente, a estrutura de um CAPS não pode estar voltada apenas para o usuário, mas tudo que envolve o ser humano além do problema com as drogas. É importante que o serviço disponha de salas adequadas, de uma maca caso o paciente precise ficar em observação, de insumos para as oficinas terapêuticas e profissionais disponíveis. O número de profissionais, segundo os entrevistados, não tem proporcionalidade com a demanda de atendimento, fazendo com que as consultas médicas sejam mensais ou agendadas a cada dois meses, dificultando o tratamento bem como a manutenção da adesão.

*Não temos uma rede que funcione, realmente a rede está furada. Nosso suporte, em situações de crise, continua sendo o hospital psiquiátrico e nada mais. [...] Vai fazer um ano que nós não temos clínico geral, nem para ficar uma horinha aqui dentro. (P3)*

*O que nos ajudaria seria o apoio da gestão, melhores condições. A gente fica no amor e isso não basta, é muito estressante. (P12)*

Foi mencionado pelos participantes do estudo que existem recursos direcionados para a saúde mental, mas o acesso é dificultado, pois demanda tempo e disposição para adquiri-los. Ainda, no município não foi implementado o CAPSIII com atendimento 24 horas aos usuários de álcool e outras drogas que estão bastante vulneráveis a crises e precisam, muitas vezes, desintoxicar-se em qualquer hora do dia.

## **DISCUSSÃO**

Os resultados deste estudo apontam que os profissionais reconhecem mais facilmente as barreiras encontradas no trabalho com os usuários de álcool e outras drogas. Identificam, também, com maior ênfase a terceira etapa do processo de tornar-se dependente, embora possa estar relacionado ao fato da coleta de dados terem sido realizadas em um serviço cuja demanda corresponde ao usuário dependente.



Os facilitadores referidos são o trabalho em equipe multiprofissional e o vínculo estabelecido entre o usuário e profissional. O trabalho em equipe corrobora com o estudo mostrando que o trabalho multiprofissional possibilita o conhecimento da atividade do outro, assim como auxilia na descoberta de detalhes assistidos, pela troca dialógica entre os profissionais. Ao se conhecer o trabalho em equipe, percebe-se a necessidade e a importância de diferentes saberes para a implementação do tratamento específico, além de conferir maior poder de resolutividade à atenção desenvolvida<sup>8</sup>.

No que diz respeito ao vínculo, um estudo apontou que se torna possível através da autonomia dos usuários e ao fortalecimento da confiança entre eles e os profissionais<sup>9</sup>. Nos CAPSad a priorização das relações interpessoais e a produção de vínculo são importantes instrumentos para atingir a integralidade e a humanização do cuidado ao dependente, além de auxiliar no tratamento<sup>10</sup>. Nesta perspectiva, implicitamente os profissionais acabam depositando sobre o usuário a responsabilidade do sucesso do tratamento. Essa reflexão não objetiva culpabilizar os profissionais, mas evidenciar o quanto este pensamento pode estar individualizando ainda mais o problema ao usuário de álcool e outras drogas<sup>11</sup>.

O vínculo é uma relação pessoal de forma estreita e duradoura, estabelecido por uma relação de escuta, diálogo e respeito. Também é referido como sinônimo de qualidade do cuidado prestado, ao considerar que a facilidade das relações entre usuários e profissionais permite ao usuário sentir-se mais próximo dos profissionais e serviços de saúde que se responsabilizam pelo seu bem-estar<sup>12</sup>.

Este estudo apontou que para o usuário aderir ao tratamento é necessário trabalhar no sentido de mostrar as repercussões negativas causadas pelo uso e abuso da droga compreendendo as manifestações de prazer que a droga traz na visão do usuário. A vergonha

em admitir o uso abusivo de drogas ilícitas foi apontada no estudo e também é uma barreira para a adesão ao tratamento. Em contrapartida, outro estudo relaciona a evasão do usuário à indisponibilidade de horário para comparecer no serviço devido ao trabalho, o descontentamento com a instituição e achar desnecessário a realização do tratamento<sup>13</sup>.

No que tange ao trabalho em rede, os resultados mostram a sua desarticulação como uma barreira para a efetividade do trabalho no tratamento da dependência. De acordo com os resultados, a falta de articulação, principalmente em relação ao sistema de referência e contra-referência ainda não foi suficientemente incorporado nos serviços. Este sistema contribui para a adesão ao tratamento, troca de informações criando um ambiente favorável à abordagem da pessoa como um todo. Entretanto, sabe-se que essa não é uma dificuldade exclusiva do município, é também identificada em outros estudos<sup>14-15</sup>.

Assim, estudo realizado por Anjos, Souza<sup>11</sup> aponta como estratégias para resolução do problema, a ocorrência de reuniões com maior frequência entre as equipes da rede, de modo a fornecer elementos que permitam uma melhor compreensão acerca do funcionamento e da articulação em rede, a partir de espaços de discussão, buscando a superação das dificuldades apresentadas.

Os participantes relataram ter dificuldade em reconhecer as etapas iniciais do processo de desenvolvimento da dependência química, particularmente o usuário habitual do usuário dependente considerando que o serviço recebe apenas a terceira etapa. Este fato pode estar relacionado que de todos os trabalhadores do serviço apenas três não têm o tempo de formação superior a dez anos, levando a refletir sobre a importância de especializações na área, no decorrer desses anos, para atualização das novas formas de tratamento que estão

sendo adequadas e exigidas no trabalho com os usuários de álcool e outras drogas em todos os contextos envolvidos.

## **CONCLUSÕES**

O conhecimento das barreiras e dos facilitadores identificados neste estudo comprova que a interrupção deste processo de tornar-se dependente químico não pode estar restrita somente ao usuário de álcool e outras drogas. Para isso, a atenção do profissional precisa, também, envolver a família e todo o contexto que a pessoa está inserida. A visão dos profissionais da equipe deve ir além do sujeito usuário de drogas, percebendo quais recursos constituem-se em barreiras ou facilitadores para o trabalho, pois esses permitem individualizar o cuidado para cada pessoa.

Embora, este estudo tenha limitações, pelo tamanho da amostra, é necessário repensar as ações desenvolvidas nos serviços. É importante que tenham profissionais capacitados, especializados e habilitados a atuarem nesta área específica para um trabalho adequado que contemple as diferentes etapas do processo de adoecimento, assim como as especificidades que envolvem a pessoa usuária.

Cabe ressaltar, que o enfermeiro, como integrante da equipe multiprofissional, tem competência para trabalhar frente às diferentes dimensões, abordagens e habilidades que englobam a saúde mental, especificamente na área de álcool e outras drogas. Como um processo construído socialmente, o empoderamento da enfermagem na área da dependência química vem fortalecer a profissão, bem como ampliar a atuação e dar visibilidade a categoria.

## **REFERÊNCIAS**

(1) Brasil. Ministério da Saúde. Portaria N° 483, de 1° de abril de 2014.

- (2) Oliveira GC, Nasi C, Lacchini AJB, Camatta MW, Maltz C, Schneider JF. A reabilitação psicossocial: processo de reconstrução da subjetividade do usuário de drogas. *Rev Enferm UERJ*. 2015; 23(6): 811-6.
- (3) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas/Ministério da Saúde. 2.ed. rev. ampl.– Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- (4) Morera JAC, Padilha MICS, Zeferino MT. Políticas e estratégias de redução de danos para usuários de drogas. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador. 2015; 29(1): 76-85.
- (5) Wandekoken KD, Dalbello-Araujo M. Trabalho nos centros de atenção psicossocial álcool e drogas e as Políticas públicas: que caminho seguir? *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro. 2015; 13(1): 157-175.
- (6) Lopes APAT, Ganassin GS, Marcon SS, Decesaro MN. Abuso de bebida alcoólica e sua relação no contexto familiar. *Revista: Estudos de Psicologia*. 2015; 20(1).
- (7) Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- (8) Veloso LUP, Brito AAO, Rodrigues LP, Veloso C, Silva Júnior FJG, Monteiro CFS. Multiprofissionalidade em um centro de atenção psicossocial para usuários de álcool e outras drogas. *Rev Rene*. 2016; 17(6):835-42.
- (9) Andrade AT, Sousa MLT, Quinderé PHD. Acolhimento no Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas: concepções dos trabalhadores de saúde. *Pesquisas e Práticas psicossociais – PPP-*; 2013; 8(2):
- (10) Cortes LF, Terra MG, Pires FB, Heinrich J, Machado KL, Weiller TH, et al. Atenção a usuários de álcool e outras drogas e os limites da composição de redes. *Rev. Eletr. Enf [on line]*. Jan/mar 2014; 16(1): 84-92.
- (11) Romanini M, Guareschi PA, Roso A. O conceito de acolhimento em ato: reflexões a partir dos encontros com usuários e profissionais da rede. *Saúde Debate*. Abr/jun, 2017; 4(113): 486-499.
- (12) Brunello MEF, Ponce MAZ, Assis EG, Andrade RLP, Scatena LM, Palha PF, Villa TCS. O vínculo na atenção a saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). *Acta Paul Enferm*. 2010; 23(1): 131-5.
- (13) Fernandes SS, Marcos CB, Kaszubowski E, Goulart LS. Cad. Evasão do tratamento da dependência de drogas: prevalência e fatores associados identificados a partir de um trabalho de Busca Ativa. *Saúde Colet.*, 2017, Rio de Janeiro, 25(2): 131-137.
- (14) Varela DSS, Sales IMM, Silva FMD, Monteiro CFS. Rede de saúde no atendimento ao usuário. *Escola Anna Nery*. 2016 abr/jun; 20(2):
- (15) Anjos Filho NC, Souza AMP. A percepção sobre o trabalho em equipe multiprofissional dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. *Interface- Comunicação, saúde, educação*. 2017; 21(60): 63-76.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando as características da dependência química como uma doença crônica, que atinge um significativo contingente da população mundial, este estudo mostrou que o trabalho na dependência é um desafio para os profissionais que integram a equipe, pois requer conhecimento e preparo dos profissionais, sendo este através de especializações na área. O estudo apontou também a necessidade de conhecer que estratégias de cuidado são preconizadas para estas pessoas, adequando suas ações conforme as etapas específicas, não se limitando a encaminhamentos e orientações nos serviços, conforme apontou os resultados do estudo.

Cabe ressaltar, que o enfermeiro, como integrante da equipe multiprofissional, tem competência para trabalhar frente às diferentes etapas do processo de tornar-se um dependente químico. Entretanto, o desafio está no empoderamento da enfermagem na área da dependência química. Considerado como um processo construído socialmente, o empoderamento da enfermagem, possibilitaria não somente fortalecer a profissão, mas também ampliar a atuação e dar visibilidade a categoria.

Os resultados mostraram que embora a equipe multiprofissional reconheça as etapas do processo de adoecimento da dependência química, através dos critérios utilizados para estabelecer a fase que o usuário de álcool e outras drogas se encontra, as intervenções realizadas no CAPSad, contemplam apenas o usuário dependente, correspondendo a terceira etapa denominada no estudo.

Como barreiras e facilitadores, constatou-se que o vínculo entre profissionais e usuários favorece a efetividade das ações relativas ao curso e à evolução do tratamento. Entretanto, a não adesão do usuário e familiares ao tratamento e a dificuldade do profissional reconhecer as etapas iniciais do processo, comprova que a interrupção do processo de tornar-se dependente não pode estar restrita ao usuário de drogas. Para isso, a atenção do profissional precisa, também, envolver a família e todo o contexto que a pessoa está inserida, particularmente, nos serviços especializados em álcool e outras drogas. Sendo assim, é importante que os

profissionais estejam capacitados, especializados e habilitados a atuarem nesta área específica para um trabalho adequado que contemple as diferentes etapas do processo, assim como as especificidades que envolvem a pessoa usuária.

Embora este estudo tenha limitações que impedem a generalização de seus resultados, devido ao tamanho da amostra, são sugeridos estudos que considerem outros contextos de atuação da equipe multiprofissional, a fim de conhecer a perspectiva de quem busca o cuidado nos serviços. Acredita-se que, a pesquisa pode ser realizada em outros serviços da rede de atenção psicossocial, para avaliar e identificar se as ações e encaminhamentos são implementados considerando o processo de adoecimento, evitando assim um cuidado igualitário.

Nesta perspectiva, é necessário repensar as práticas profissionais desenvolvidas, principalmente, que o tratamento seja planejado de acordo com cada etapa do processo de tornar-se dependente químico.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R.M.M.; TRENTINI, L.B.; KLEIN, L.A.; et al. Uso de Álcool, Drogas, Níveis de Impulsividade e Agressividade em Adolescentes do Rio Grande do Sul. **Psico**, Porto Alegre, PUCRS, v. 45, n. 1, p.65-72, 2014.

ALMEIDA, C.S DE; LUIS M.A.V. Características sociodemográficas e padrão de uso de *crack* e outras drogas em um CAPSad. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v.11, n.4, p.1716-23, 2017.

ALVAREZ, S.Q; GOMES, G.C; OLIVEIRA, A.M.N; XAVIER, D.M. Grupo de apoio/ suporte como estratégia de cuidado: importância para familiares de usuários de drogas. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v.33, n.2, p.102-108, 2012.

ALVES, V.S.; LIMA; I.M.S.O. **Atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas no Brasil**: convergência entre a saúde pública e os direitos humanos RDisan, São Paulo, 2013.

ANDRADE, A.T; SOUSA, M.L.T; QUINDERÉ, P.H.D. **Acolhimento no Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas**: concepções dos trabalhadores de saúde. Pesquisas e Práticas Psicossociais – PPP. 2013.

ANJOS, K.F dos; SANTOS, V.C; ALMEIDA, O.S. Caracterização do consumo de álcool entre estudantes do ensino médio. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v.36, n.2, p.418-431 abr./jun. 2012

ANJOS, FILHO N.C; SOUZA, A.M.P. A percepção sobre o trabalho em equipe multiprofissional dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. **Interface- Comunicação, saúde, educação**. v.21, n.60, p.63-76, 2017.

BARRETO, M.S.; CARREIRA, L.; MARCON, S.S. Envelhecimento populacional e doenças crônicas: Reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. **Revista Kairós Gerontologia**, v.18, n.1, p.325-339, 2015.

BASTOS, I.T.; JUNIOR, V.S.; OLIVEIRA, T.G.P.; DELFINI, P.S.S.; MUYLEAERT, C.J.; REIS, A.O.A. Identidade do cuidado em Centro de Atenção Psicossocial Infante juvenil para usuários de álcool e drogas. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.48, p. 121-127, 2014.

BECK, A. Jr.; SCHNEIDER, J.F. Dependência do crack: repercussões para o usuário e sua família. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v.1, n.2, 2012.

BLEICHER, T.; VIANA, T.C. Continuidades e discontinuidades do tratamento moral em modelos de tratamento para toxicômanos. **Revista de Psicologia**, Fortaleza, v. 3, n. 1, p. 38-50, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022** / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 160 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Saúde** – 2013. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 483, de 1º de abril de 2014.**

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. 176 p. : il. (**Cadernos de Atenção Básica, n. 34**), 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas** : *Guia AD* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. –Brasília: Ministério da Saúde, 100 p., 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**/Ministério da Saúde. 2.ed. rev. ampl.– Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

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

BRASIL. **Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas** / Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. p.106, Brasília, 2010.

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de saúde (SUS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 maio 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Comissão Nacional de ética em Pesquisa (CONEP)**. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.



BRASIL. Efeitos de substâncias psicoativas: módulo 2. – 7. ed. – Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2014 144 p. – **(SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento / coordenação [da] 7. ed. Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni).**

CAMAROTTI, A.C.; KORNBLIT, A.L.; DI LEO, P.F. Prevención del consumo problemático de drogas en la escuela: estrategia de formación docente en Argentina utilizando TIC. **Interface. Comunicação Saúde e Educação**, v.17, n.46, p.695-703, 2013.

CAPISTRANO, F.C; FERREIRA, A.C.Z; SILVA, T.L; KALINKE, .LP; MAFTUM, M.A. Perfil sociodemográfico e clínico de dependentes químicos em tratamento: análise de prontuários. **Esc Anna Nery** (impr.) abr - jun; v.17, n.2, p.234-241, 2013.

CAVALCANTE, L.P.; FALCÃO, R.S.T.; LIMA, H.P.; et al. Rede de Apoio Social ao dependente químico: ecomapa como instrumental na assistência em saúde. **Rev. Rene**, v.13, n.2, p.321-31, 2012.

CEBRID – Centro Brasileiro de informações sobre drogas. Disponível em: <http://www.cebrid.com.br/>

CHAIM, C.H.; BANDEIRA, K.B.P.; ANDRADE, A.G. Fisiopatologia da dependência química. **Rev. Med** (São Paulo), v.94, n.4, p. 256-62, 2015.

CORTES, L.F, TERRA, M.G, PIRES, F.B, HEINRICH, J; MACHADO, K.L; WEILLER, T.H; et al. Atenção a usuários de álcool e outras drogas e os limites da composição de redes. **Rev. Eletr. Enf** [on line]. v.16, n.1, p.84-92, 2014.

COSTA, L.C.; THULER, L.C.S. Fatores associados ao risco para doenças não transmissíveis em adultos brasileiros. **Rev Bras Estudos de Populações**, Rio de Janeiro, v.29, n.1, p.133-145, 2012.

CZARNOBAY et al. Determinantes intra e interpessoais percebidos pela família como causa da recaída do dependente químico. **REME. Rev Min Enferm.** v.19,n.2, p.93-99, 2015.

DIAS, A.C; ARAUJO, M.R; LARANJEIRA, R. Evolução do consumo entre usuários de crack em coorte com histórico de Tratamento. **Rev. Saúde Pública**; v.45, n.5, p.938-48, 2011.

DIAS, M.S.A.; SILVA, L.C.C.; BRITO, M.C.C. et al. Repercussões biológicas e sociais do uso do crack: a voz dos familiares de usuários. **Sanare, Sobral**, v.12, n.2, p.21-26, 2013.

ENGSTROM, E.M; TEIXEIRA, M.B. Equipe “Consultório na Rua” de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.21,n.6, p.1839-1848, 2016.

FARIA et al. Percepções de profissionais de saúde da família e de educação sobre a promoção da saúde no ambiente escolar. **Rev. APS**, v.16, n.2, p.158-164, 2013.

FERREIRA, A.C.Z.; BORBA, L.O.; CAPISTRANO, F.C.; CZARNOBAY, J.; MAFTUM, M.A. Fatores que interferem na adesão ao tratamento de dependência química: percepção de profissionais de saúde. **Rev. Min, Enferm.**, v.19, n.2, p.150-156, 2015.

FOSSI, L.B.; GUARESCHI, N.M.F. O modelo de tratamento das comunidades terapêuticas: práticas profissionais na conformação dos sujeitos. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, Brasil. v. 15, n. 1, p. 94-115, 2015.

FRANCELIN et al., **Protocolo Clínico e de Regulação para Abordagem à Farmacodependência**, cap. 97. Livro Protocolos Clínicos e de Regulação Por Jose Manuel Lopes dos Santos, 2012.

FREITAS, E.R.; JOAQUIM, R.M.; TABAQUIM, M.L.M.; CAMARGO, A.P. Avaliação neuropsicológica das funções executivas de mulheres em estado de dependência química. **Arch. Health. Invest.** v. 5, n.1, p.14-24, 2016.

GABATZ, R.I.B.; JOHANN, M.; TERRA, M.G.; et al. Percepção do usuário sobre a droga em sua vida. **Esc. Anna Nery** (impr.), v.17, n.3, p.520-525, 2013.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

HYSHKA, E; ANDERSON, J.T; WILD, T.C. Perceived unmet need and barriers to care amongst street-involved people who use illicit drugs. **Drug Alcohol Rev.** 2016; DOI: 10.1111/dar.12427.

INPAD. II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) – 2012. Ronaldo Laranjeira (Supervisão) [et al.], São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP. 2014.

KANO, M.Y.; SANTOS, M.A.; PILLON, S.C. Uso do álcool em idosos: validação transcultural do Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatric Version (MAST-G). **Rev Esc Enferm USP**; v.48, n.4, p.648-55, 2014.

KOOB, G.F.; VOLKOW, N.D. Neurocircuitry of addiction. **Neuropsychopharmacology REVIEWS**, v. 35, p. 217–238, 2010.

KURLANDER, P.A. A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica? **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.2, p.569-580, 2014.

LIMA et al. Comunidades terapêuticas e dependência química: estudo exploratório sobre a versão da mídia. **Rev. Saúde Públ.** Santa Cat., Florianópolis, v. 8, n. 2, p. 122-134, 2015.

LIMA, H. S.; SEIDL, E.M. Consultório na rua: atenção a pessoas em uso de substâncias psicoativas. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 20, n. 1, p. 57-69, 2015.

LOPES, A.P.A.T; GANASSIN, G.S; MARCON, S.S; DECESARO, M.N. Abuso de bebida alcoólica e sua relação no contexto familiar. **Revista: Estudos de Psicologia**. v,20, n.1, 2015.

MALTA, D.C.; MERHY, E.E. The path of the line of care from the perspective of non-transmissible chronic diseases. **Interface – Comunic., Saude, Educ.**, v.14, n.34, p.593-605, jul./set. 2010.

MALTA, D.C.; SILVA JUNIOR, J.B. **O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão.** Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v.22, n.1, p.151-164, jan-mar 2013.

MALTA, D.C.; MORAIS NETO, O.L.; SILVA JUNIOR, J.B. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.20,n.4, p.425-438, out-dez, 2011.

MASUR, J. **A questão do alcoolismo.** São Paulo: Brasiliense, p. 78, 1984.

MILTON, A.L.; EVERITT, B.J. The persistence of maladaptive memory: addiction, drug memories and anti-relapse treatments. *Neurosci Biobehav Rev*, v.36, p.1119-1139, 2012.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11<sup>a</sup> ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MORERA, J.A.C.; PADILHA, M.I.C.S.; ZEFERINO, M.T. Políticas e estratégias de redução de danos para usuários de drogas. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, v. 29, n. 1, p. 76-85, 2015.

MOURA, N.A; MONTEIRO, A.R.M; FREITAS, R.J.M. Adolescentes usuários de drogas (i) lícitas e práticas de violência. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, 10(5):1685-93, maio., 2016.

NIDA. National Institute on Drug Abuse. Principles of Drug Abuse Treatment for Criminal Justice Populations - A Research-Based Guide. Disponível em: <https://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-abuse-treatment-criminal-justice-populations/principles>

NUTT, D.J.; LINGFORD-HUGHES, A.; ERRITZOE, D.; STOKES, P.R.A. The dopamine theory of addiction: 40 years of highs and lows. **Nature Reviews/ Neuroscience**, v.16, p. 305-312, 2015.

OLIVEIRA, E.N. et al. Projeto terapêutico de usuários de *crack* e álcool atendidos no centro de atenção psicossocial **Rev. Rene.** v.16, n.3, p.434-41, 2015.

OLIVEIRA, G.C; NASI, C; LACCHINI, A.J.B; CAMATTA, M.W; MALTZ, C; SCHNEIDER, J.F. A reabilitação psicossocial: processo de reconstrução da subjetividade do usuário de drogas. **Rev enferm UERJ**; v.23,n.6, p.811-6, 2015.

OLTHUIS, J.V; DARREDEAU, C; BARRETT, S.P. Substance use initiation: The role of simultaneous polysubstance use. **Drug and Alcohol Review**, v.32, p. 67–71, 2013.

OMS. Organização mundial da Saúde. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. Direção Geral da Saúde. [S.I.]. 2004

PACHECO, A.L.; SCISLESKI, A. Vivências em uma comunidade terapêutica. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 5, n. 2, p. 165-173, 2013.

PALHARES-ALVES, H.N.; NOGUEIRA-MARTINS, L.A.; SÓCRATES, D.; LARANJEIRA, R.R. Dependência química entre anesthesiologistas. In: Duval Neto, GF. Bem-estar ocupacional em Anestesiologia. Brasília: Sociedade Brasileira de Anestesiologia / Conselho Federal de Medicina, p.417-446, 2013.

PEDROSA, S.M; REIS, M.L; GONTIJO, D.T; TELES, S.A; MEDEIROS, M. The path to crack addiction: perceptions of people under treatment. *Rev Bras Enferm* [Internet]; v.69, n.5, p.899-906, 2016.

PRATTA, E.M.M.; SANTOS, M.A. O Processo Saúde-Doença e a Dependência Química: Interfaces e Evolução. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. v.25, n.2, p.203-211, 2009.

RIBEIRO, L.A; SANCHEZ, Z.M; NAPPO, S.A. Estratégias desenvolvidas por usuários de *crack* para lidar com os riscos decorrentes do consumo da droga. **J Bras Psiquiatr**. v.59, n.3, p.210-8, 2010.

ROMANINI, M; GUARESCHI, P.A; ROSO, A. O conceito de acolhimento em ato: reflexões a partir dos encontros com usuários e profissionais da rede. **Saúde Debate**; v.4, n.113, p. 486-499, 2017.

SAPORI, L.F.; MEDEIROS, R. Crack: um desafio nacional. **Cad. Saúde Pública**, v.28, n.2, p.405-06, 2012.

SELEGHIM, M.R; OLIVEIRA, M.L.F. Padrão do Uso de Drogas de Abuso em Usuários de Crack em Tratamento em Uma Comunidade Terapêutica. **Rev Neurocienc**. v.21, n.3,p.339-348, 2013.

SILVA, M.L; GUIMARÃES, C.F; SALLES, D.B. Fatores de risco e proteção à recaída na percepção de usuários de substâncias psicoativas. **Rev Rene**. nov-dez; 15(6):1007-15, 2014.

SILVEIRA, E.A.A et al. O cuidado aos dependentes químicos: com a palavra profissionais de saúde de centros de atenção psicossocial em álcool e drogas. **J. res.: fundam. care. online**. v. 8, n.2, p.4347-4364, 2016.

SIMÕES, C.H.D.; FERNANDES, R.A.; AIELLO-VAISBERG, T.M.J. O profissional de saúde mental na reforma psiquiátrica. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v.30, n.2, p.275-282, 2013.

SOUSA, P. F., RIBEIRO, L. C. M., MELO, J. R. F., MACIEL, S. C., OLIVEIRA, M. X. Dependentes químicos em tratamento: um estudo sobre a motivação para mudança. **Temas em Psicologia**, v.21, n.1, p.259-268, 2013.

SOUZA, J.; KANTORSKI, L.P.; LUIS, M.A.V.; OLIVEIRA, N.F. Intervenções de saúde mental para dependentes de álcool e outras drogas: das políticas à prática cotidiana. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.21, n.4, p.729-38, 2012.

SWIFT, R.M.; LEWIS, D.C. Farmacologia da dependência e abuso de drogas. In: Golan, D.E., TASHJIAN, A.H., ARMSTRONG, E.J., ARMSTRONG, A.W. **Princípios de Farmacologia: A Base Fisiopatológica da Farmacoterapia**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

TADDEO, P.S.; GOMES, K.W.L.; CAPRARA, A.; GOMES, A.M.A.; OLIVEIRA, G.C.; MOREIRA, T.M.M. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.11, p.2923-2930, 2012.

TARTER, et al. Longitudinal Modeling of the Association Between Transmissible Risk, Affect During Drug Use and Development of Substance Use Disorder. *J Addict Med*. December ; v.9, n.6, p.464–469, 2015.

VARELA, D.S.S.; SALES, I.M.M.; SILVA, F.M.D.; MONTEIRO, C.F.S. Rede de saúde no atendimento ao usuário de álcool, crack e outras drogas. **Esc Anna Nery**, v.20, n.2, p. 296-302, 2016.

VARGAS, D.; BITTENCOURT, M.N.; ROCHA, F.M.; OLIVEIRA, M.A.F. Representação social de enfermeiros em CAPS-AD. **Esc. Anna Nery** (impr.), v.17, n.2, p.242-248, 2013.

VASCONCELOS et al. Demandas de autocuidado em grupo terapêutico: educação em saúde com usuários de substâncias psicoativas. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.79-83, 2013.

VELOSO, L.U.P.; BRITO, A.A.O.; RODRIGUES, L.P.; VELOSO, C.; SILVA, JÚNIOR F.J.G.; MONTEIRO, C.F.S. Multiprofissionalidade em um centro de atenção psicossocial para usuários de álcool e outras drogas. **Rev Rene**. v.17,n.6, p.835-42, 2016.

VIEIRA, F.S.; CALDANA, R.H.L.; CORRADI-WEBSTER, C.M. Relatos de auxiliares de enfermagem psiquiátricos sobre suas práticas e sobre pessoas internadas por uso compulsivo de substâncias psicoativas. **Sau. & Transf. Soc.**, Florianópolis, v.4, n.2, p.139-148, 2013.

VIEIRO, V.S.F.; FARIAS, J.M.; FERRAZ, F. et al. Educação em saúde com adolescentes: análise da aquisição de conhecimentos sobre temas de saúde. **Esc Anna Nery**, v.19, n.3, p.484-490, 2015.

VOGEL, N.W.; SLOB, E.M.G.B. Crack: o que se sabe e o que deve-se saber sobre essa droga tão poderosa. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v.6, n.3, p. 167-184, 2014.

XAVIER, R.T.; MONTEIRO, J.K. Tratamento de Pacientes Usuários de crack e outras drogas nos CAPS AD. **Psic. Rev.** São Paulo, v.22, n.1, p.61-82, 2013.

XAVIER, M.F.; SILVA, M.C.R.; RODRIGUES, P.H.J. A percepção da família no tratamento e suporte de dependentes químicos. **Encontro: Revista de Psicologia**, v.17, n.26, p.99-110, 2014.

YOSHIDA, V.C.; ANDRADE, M.G.G. Health care from the view of male workers with chronic diseases. **Interface (Botucatu)**, v.20, n.58, p.597-610, 2016.

ZANATTA, A.B.; GARGHETTI, F.C.; LUCCA, S.R. O centro de atenção psicossocial álcool e drogas sob a percepção do usuário. **Rev. Baiana de Saúde Pública**. v.36, n.1, p.225-237, 2012.

WANDEKOKEN, K.D.; DALBELLO-ARAUJO, M. Trabalho nos centros de atenção psicossocial álcool e drogas e as Políticas públicas: que caminho seguir? **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p. 157-175, 2015.

## APÊNDICE A- Consentimento Livre e Esclarecido

 <p><b>Universidade Federal do Rio Grande.</b></p> <p>C.P. 140, Av. Itália Km 8 S/N, Rio Grande – Rio Grande do Sul/Brasil Telefone : (53) 32336500</p>	 <p><b>Grupo de Estudos e Pesquisa em Família, Enfermagem e Saúde.</b></p> <p>C.P. 140, Rua Osório S/N – Rio Grande – Rio Grande do Sul/Brasil Telefone: (53) 32330304</p>
--	---

### CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO O TRABALHO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DA DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.

**Pesquisadora responsável:** Dr<sup>a</sup> Mara Regina Santos da Silva– Enfermeira, Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Coordenadora do Grupo de Estudo e Pesquisa em Família, Enfermagem e Saúde (GEPEFES).

**Pesquisadora – mestrand:** Liana Longo Teixeira Lopes- Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa de Família, Enfermagem e Saúde (GEPEFES).

**Objetivo Geral:** Conhecer a atuação da equipe multiprofissional com a pessoa usuária de álcool e outras drogas, ao longo do processo de tornar-se dependente. **Objetivos Específicos:** Identificar a percepção dos profissionais em relação ao processo de tornar-se dependente químico; Identificar as intervenções que os profissionais consideram pertinentes em diferentes etapas do processo de tornar-se dependente químico; Identificar sob o ponto de vista dos profissionais as barreiras e facilitadores das intervenções realizadas no âmbito dos serviços que atendem pessoas dependentes químicas.

**Procedimentos:** para participar nesta pesquisa você está sendo convidado a responder algumas perguntas que buscam informações para os objetivos específicos. A realização desta entrevista será no CAPSad, em local privativo escolhido de acordo com seu bem-estar e sem prejuízo de suas atividades de trabalho. Após sua autorização a entrevista será gravada.

**Direitos assegurados:** as informações fornecidas por você serão tratadas confidencialmente pelos pesquisadores. Os dados serão tratados pelo conjunto do grupo de participantes e não de maneira individual. Todas as informações serão anônimas e as partes relativas à sua participação serão destruídas caso você venha a suspender seu consentimento. Uma identificação codificada substituirá seu nome para garantir o anonimato e a confidencialidade das informações.

**Benefícios:** Esta pesquisa poderá gerar benefícios aos participantes, os quais serão estimulados a reflexão de sua prática, bem como para uma assistência mais qualificada e humanizada, considerando a singularidade de cada usuário de álcool e outras drogas.

**Riscos:** Sua participação nesta pesquisa poderá acarretar-lhe um risco mínimo. Um certo desconforto pode ser causado por algumas questões incluídas no roteiro de entrevista, caso isto aconteça, estamos à disposição para esclarecimentos. Se necessário você poderá ser encaminhado para atendimento no Ambulatório de Saúde Mental do Município, local de referência para esta natureza de atendimento, de modo a receber apoio psicológico e/ou psiquiátrico.

**Participação voluntária:** a sua participação nesta pesquisa é voluntária e você é livre para aceitá-la ou recusar-se. Por favor, certifique-se que todas suas dúvidas ou questionamentos relativos a esta pesquisa foram respondidos e que lhe foi garantido o tempo necessário para tomar sua decisão.

**Pessoa para contato:** Para informações relativas a esta pesquisa você pode entrar em contato com a Professora Dr<sup>a</sup> Mara Regina Santos da Silva e a Mestranda Liana Longo Teixeira Lopes, pelo telefone (53) 32330304.

Eu, \_\_\_\_\_, aceito livremente participar como sujeito da pesquisa “O TRABALHO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DA DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.” Confirmando que a justificativa, os objetivos e os procedimentos relativos à minha participação foram explicados verbalmente e eu os compreendi. Confirmando, também, que foram respondidas todas as minhas dúvidas e me foi dado o tempo necessário para tomar a decisão de participar deste estudo. Sendo assim, atesto que li todas as informações explicitadas acima e escolhi voluntariamente participar deste estudo.  
Uma cópia deste formulário de consentimento ficou sob minha guarda.

**Local e data** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome do participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Nome do entrevistador

\_\_\_\_\_  
Assinatura do entrevistador



**APÊNDICE B- DECLARAÇÃO DA DIREÇÃO DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA  
FURG**

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **O TRABALHO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DA DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS** e cumprirei os termos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Declaro, também, que esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto e autorizo a sua execução nos termos propostos.

Rio Grande, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

---

**ASSINATURA  
CARIMBO DO (A) RESPONSÁVEL**

## APÊNDICE C

### SOLICITAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA NO CAPSad

Prezados diretores,

Como estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem da FURG, orientada pela Professora Dr. Mara Regina Santos da Silva, venho por meio deste, solicitar a sua autorização para desenvolver a pesquisa intitulada: **O TRABALHO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DA DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS** junto aos profissionais de saúde.

Tenho como objetivo geral: Conhecer a atuação da equipe multiprofissional com a pessoa usuária de álcool e outras drogas, ao longo do processo de tornar-se dependente, e objetivos específicos: Identificar a percepção dos profissionais em relação ao processo de tornar-se dependente químico; Identificar as intervenções que os profissionais consideram pertinentes em diferentes etapas do processo de tornar-se dependente químico; Identificar sob o ponto de vista dos profissionais as barreiras e facilitadores das intervenções realizadas no âmbito dos serviços que atendem pessoas dependentes químicas.

A metodologia utilizada no estudo é pesquisa qualitativa do tipo exploratória, como participantes do estudo serão recrutadas os profissionais de saúde. Será aplicado um questionário semiestruturado.

Fica assegurado, pelo compromisso ético, manter o anonimato de todos os participantes envolvidos na pesquisa, bem como resguardar a instituição, conforme a Resolução 466/12 do CNS.

Contando, desde já com vosso apoio, agradeço pela oportunidade, colocando-me à disposição para possíveis esclarecimentos.

Cordialmente

Nome do aluno e orientador  
Contato: e-mail:

Ciente. De acordo



Data:

Responsável pela Instituição: \_\_\_\_\_

Coordenação de enfermagem: \_\_\_\_\_

Código

**APÊNDICE D**

 <p><b>Universidade Federal do Rio Grande.</b> C.P. 140, Av. Itália Km 8 S/N, Rio Grande – Rio Grande do Sul/Brasil Telefone : (53) 32336500</p>	 <p><b>Grupo de Estudos e Pesquisa em Família, Enfermagem e Saúde.</b> <b>Projeto:</b> O trabalho da equipe multiprofissional no processo de desenvolvimento da dependência de álcool e outras drogas</p>
---	--

**ROTEIRO DA ENTREVISTA****Preâmbulo**

- **Agradecimento pela participação**
- **Explicação acerca da finalidade, dos objetivos, do desenvolvimento do estudo e das questões éticas relacionadas à pesquisa com seres humanos.**
- **Obtenção do Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias.**

**PARTE I: CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO**

Idade:

Sexo: F ( ) M ( )

Raça:

Formação:

Pós- graduação: Não ( ) Sim ( ) Qual área:

Tempo de formação:

Tempo de atuação no CAPSad:

## **PARTE II: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS SOBRE O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA**

1. Qual sua percepção a respeito da dependência do álcool e outras drogas?
2. Quais os critérios que você utiliza, na sua prática profissional, para considerar uma pessoa como sendo alcoolista ou dependente de outras drogas?

## **PARTE III: INTERVENÇÕES DOS PROFISSIONAIS NAS DIFERENTES ETAPAS DO PROCESSO DE TORNAR-SE DEPENDENTE QUÍMICO**

3. Considerando que a dependência em álcool e outras drogas é um problema de evolução gradativa, como você identifica a fase que a pessoa está vivenciando? Usuário ocasional, habitual e dependente.
4. Quais intervenções você considera pertinentes nas seguintes situações:
  - Com usuários ocasionais
  - Com usuários habituais
  - Com usuários dependentes
5. Com relação aos serviços disponibilizados aos dependentes de álcool e/ou outras drogas. Como você avalia:
  - a) A resolutividade das ações realizadas com as pessoas usuárias de álcool e outras drogas.
  - b) Quais fatores ligados aos profissionais e aos serviços favorecem a recuperação da dependência química.
  - c) Quais fatores ligados aos profissionais e aos serviços representam barreiras à recuperação da dependência química.

## **ENCERRAMENTO**

A entrevista está terminando. Tem mais alguma informação que você gostaria de compartilhar?

Agradeço pelas informações que compartilhou comigo.

Obrigada!!!

**APÊNDICE E- SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA AO NUMESC**

Estado do Rio Grande do Sul  
PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO GRANDE  
SECRETARIA DE MUNICÍPIO DA SAÚDE  
NÚCLEO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA – NUMESC

**AO NÚCLEO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA – NUMESC**

Venho por meio deste solicitar autorização à Coordenação do NUMESC, para realizar a pesquisa intitulada: “O trabalho da equipe multiprofissional no processo de desenvolvimento da dependência de álcool e outras drogas”, que será realizada pela equipe de pesquisadores envolvidos com o projeto, tendo como coordenadora do mesmo, a Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Mara Regina Santos da Silva, marare@brturbo.com.br, telefone para contato: (53) 32330304. O referido projeto será desenvolvido sob a responsabilidade da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (EENF/ FURG).

Tenho como objetivo geral: Conhecer a atuação da equipe multiprofissional com a pessoa usuária de álcool e outras drogas, ao longo do processo de tornar-se dependente, e objetivos específicos: Identificar a percepção dos profissionais em relação ao processo de tornar-se dependente químico; Identificar as intervenções que os profissionais consideram pertinentes em diferentes etapas do processo de tornar-se dependente químico; Identificar sob o ponto de vista dos profissionais as barreiras e facilitadores das intervenções realizadas no âmbito dos serviços que atendem pessoas dependentes químicas.

Será uma pesquisa qualitativa exploratória e utilizará a análise de conteúdo temática. A coleta dos dados será realizada através da entrevista semi-estruturada com os profissionais da saúde do CAPSad. As entrevistas serão gravadas e transcritas, mediante o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos da pesquisa. Será garantido aos profissionais da saúde, o direito de não participar ou de interromper sua participação nesta pesquisa, a qualquer momento, se assim desejarem, sem que isso represente qualquer prejuízo para estes. Também será mantido o sigilo quanto à identidade dos sujeitos que fizerem parte do estudo, mediante a utilização de pseudônimos. A entrevista terá seu tempo de duração, em torno de 30 minutos à uma hora e será previamente agendada, de acordo com a disponibilidade dos profissionais de saúde, sem prejuízo ao seu trabalho no CAPSad.

Atenciosamente,

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Mara Regina Santos da Silva- Coordenadora do Projeto de Pesquisa.

## ANEXO



**CEPAS / FURG**  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE  
Universidade Federal do Rio Grande - FURG  
[www.cepas.furg.br](http://www.cepas.furg.br)

PARECER N° 98/2017

CEPAS 12/2017

**Processo:** 23116.0002349/2017-31

**CAAE:** 66296617.0.0000.5324

**Título da Pesquisa:** O trabalho da equipe multiprofissional no processo de desenvolvimento da dependência de álcool e outras drogas

**Pesquisador Responsável:** Mara Regina Santos da Silva

**PARECER DO CEPAS:**

O Comitê, considerando tratar-se de um trabalho relevante, o que justifica seu desenvolvimento, bem como o atendimento à pendência informada no parecer 52/2017, emitiu o parecer de **APROVADO** para o projeto "**O trabalho da equipe multiprofissional no processo de desenvolvimento da dependência de álcool e outras drogas**".

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório final de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página <http://www.cepas.furg.br>.

Data de envio do relatório final: 31/08/2017.

**Após aprovação, os modelos de autorizações e ou solicitações apresentados no projeto devem ser re-enviados ao Comitê de Ética em Pesquisa devidamente assinados.**

Rio Grande, RS, 04 de junho de 2017.

Prof.<sup>a</sup> Eli Sinnott Silva

**Coordenadora do CEPAS/FURG**