

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**MARIA DE SALETE VILAGELIM PINTO**

**EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA O ACOLHIMENTO DO PACIENTE COM  
DEPENDÊNCIA QUÍMICA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

**FLORIANÓPOLIS (SC)**

**2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**MARIA DE SALETE VILAGELIM PINTO**

**EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA O ACOLHIMENTO DO PACIENTE COM  
DEPENDÊNCIA QUÍMICA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Atenção Psicossocial do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

**Prof<sup>ª</sup>. Orientadora: Dr<sup>ª</sup>. Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa.**

FLORIANÓPOLIS (SC)

**2014**

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

O trabalho intitulado **EDUCAÇÃO PERMANETE PARA O ACOLHIMENTO DO PACIENTE COM DEPENDÊNCIA QUÍMICA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE** de autoria do aluno **MARIA DE SALETE VILAGELIM PINTO** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Psicossocial.

---

**Profa. Dra. Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa**  
Orientadora da Monografia

---

**Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes**  
Coordenadora do Curso

---

**Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos**  
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)  
2014

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho primeiramente a DEUS, ao meu esposo Edson e aos meus filhos, Ledson e Leonardo, pelo apoio e paciência diante das turbulências da vida.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecimentos especiais a minha amiga e excelente profissional Marcia Barros, que tanto se dedica ao acolhimento ao paciente com transtorno mental. Também a minha orientadora Maria Fernanda estando sempre disponível a me ajudar, as equipes da Saúde da Família da CMS Cesário de Melo, assim como os pacientes que são atendidos nesta Unidade de Saúde.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>3</b>
<b>3 MÉTODO.....</b>	<b>8</b>
<b>4 RESULTADO E ANÁLISE.....</b>	<b>10</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>14</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>15</b>
<b>APÊNDICES E ANEXOS .....</b>	<b>17</b>

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> ....	<b>10</b>
<b>Tabela 2.</b> ....	<b>11</b>

## RESUMO

A redução do número de atendimentos em hospitais psiquiátricos de pacientes com doença mental e dependência química tem aumentado à procura desta clientela nas Unidades Básicas de Saúde. Os profissionais das equipes de Saúde da Família (ESF) necessitam estar preparados para realizar o acolhimento e atender essa demanda específica na UBS. Este estudo teve como objetivo verificar o preparo do profissional de saúde para atender o indivíduo com dependência química. O local do estudo foi a Unidade Básica de Saúde (UBS) Cesário de Melo, no bairro de Santa Cruz, Rio de Janeiro. Participaram da coleta de dados, oito profissionais da Estratégia da Saúde da Família, sendo um enfermeiro, três técnicos de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde. Para a coleta de dados foi aplicado um questionário, no período entre novembro e dezembro de 2013. Os resultados apontaram que, 50% dos profissionais tem conhecimento sobre a Reforma Psiquiátrica e 50% desconhece o assunto. A maioria (60%) dos profissionais relatou ter medo, ao atender o usuário que usa drogas, 20% sente pena do paciente e da família e, 20% se sente impotente para acolher este paciente na UBS. Nos casos atendidos na UBS, metade (50%) dos pacientes aceitam o tratamento segundo a família e conclui-se que, os profissionais de saúde precisam estar preparados para dar suporte à família e melhorar a adesão ao tratamento do indivíduo com dependente química na UBS. Somente através da Educação Permanente compartilhada com a equipe de saúde, obtém-se melhorias no serviço.

**Palavras-chave:** Unidade Básica de Saúde; Educação Permanente; Dependência Química.



## 1 INTRODUÇÃO

A evolução histórica da psiquiatria no Brasil tem demonstrado grande avanço. Por muito tempo, os loucos eram abandonados e esquecidos pelas suas famílias em hospitais psiquiátricos, acarretando um grande número de internações. Após um longo período, percebeu-se que o doente psiquiátrico necessita, para sua recuperação, conviver com a família e na sociedade.

A partir da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), muitos municípios do país buscaram viabilizar, em todos os setores da assistência à saúde, os direitos constitucionais dos usuários. Felizmente, tem sido possível observar a existência de práticas inovadoras que fortalecem o SUS. Tais práticas vêm trazendo a configuração de um novo desenho da política de saúde e de saúde mental, por intermédio de vários mecanismos institucionais, principalmente o da descentralização na atenção psiquiátrica (LUZIO, L'ABBATE, 2006).

A Política Nacional de Saúde Mental, apoiada na Lei 10.216/02, busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária. Isto é, que garante a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidade e cidades. Este modelo conta com uma rede de serviços e equipamentos variados tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência e Cultura e os leitos de atenção integral em Hospitais Gerais. O Programa de Volta para Casa que oferece bolsas para egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos, também faz parte desta política. Na atenção integral em álcool e drogas, além de todos os recursos da rede, conta-se ainda com leitos de retaguarda e a Escola de Redutores de Danos (BRASIL, 2001).

No contexto da Atenção Básica, os profissionais das equipes de saúde tem como atribuição participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo à primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo (BRASIL, 2001).

A responsabilização compartilhada entre a equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e as equipes de Saúde da Família (ESF) para populações específicas prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contrarreferência, ampliando-a

para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes da Atenção Básica, atuando no fortalecimento de seus princípios e no papel de coordenação do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2001).

O reflexo da diminuição dos atendimentos em hospitais e CAPS têm como consequência a grande demanda de pacientes psiquiátricos nas UBS, como também o aumento de pacientes moradores de rua e usuários de drogas, que disputam os espaços públicos em praças e esquinas. E as famílias procuram por tratamento na Unidade Básica para familiares que apresentam dependência química.

A partir da minha experiência como enfermeira da Atenção Básica, tenho percebido que poucos profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF) estão preparados para realizar o acolhimento a essa demanda específica na Unidade. Diante desta realidade, a minha questão de estudo é: Como acolher o paciente de dependência química na UBS?

A equipe multidisciplinar da UBS Cesário de Melo, em que atuo enquanto enfermeira, no momento do acolhimento, busca sensibilizar o usuário e seus familiares na participação e acompanhamento do tratamento, mas nem sempre isto acontece pela falta de preparo para atender esta demanda.

## **2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **2.1 Reforma Psiquiátrica**

O processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil teve início em 1978, fundado na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico; da eclosão dos esforços de movimentos sociais pelos direitos de pacientes psiquiátricos; movimento dos trabalhadores em saúde mental (MTSM) que denunciam a violência nos manicômios; mercantilização da loucura e, crítica ao saber psiquiátrico em modelo hospitalocêntrico (PULCHERIO, BICCA, SILVA, 2002).

Após 12 anos de tramitação no Congresso, a Lei Federal 10.216 - Paulo Delgado é sancionada em 2001. A aprovação, no entanto, é de um substitutivo do Projeto de Lei original, que traz modificações importantes no texto normativo. Assim, a Lei Federal 10.216 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios (BRASIL, 2001).

A Reforma Psiquiátrica é um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por conflitos e desafios.

Entende-se por rede de saúde mental o conjunto de ações concebidas a partir da Reforma Psiquiátrica, ou seja, a formação de serviços substitutivos organizados em nível de complexidade capaz de atender a demanda da população. Neste contexto destaca-se a hierarquização da rede de atenção em saúde mental constituída pela Atenção Básica, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Simplificado, Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos, Hospital Dia, leitos psiquiátricos em Hospital Geral, Serviço de Urgência Psiquiátrica em Hospital Geral e Psiquiátrico (BRASIL, 2005).

O Programa de Saúde Mental da Família foi criado na década de 1990, o campo de intervenção de cada equipe de Atenção Básica é sempre composto pelas pessoas, famílias e suas relações com a comunidade e com o meio ambiente. A realidade destas equipes de Atenção Básica vem demonstrando que, cotidianamente, elas se deparam com problemas de Saúde Mental (BRASIL, 1990).

## 2. 2 Atenção Básica de Saúde

O Ministério da Saúde (MS) tem por diretriz a implementação da rede de cuidados em Saúde Mental a partir da Atenção Básica. As equipes de Saúde Mental, que podem estar lotadas em ambulatórios ou CAPS passam a dar apoio matricial às equipes de Atenção Básica. Este apoio matricial é um suporte técnico em áreas específicas, para as equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas em saúde. A Equipe de Saúde Mental compartilha alguns casos com as equipes da Atenção Básica (BRASIL, 2005).

As equipes da Atenção Básica são compostas por profissionais da Estratégia Saúde da Família e uma equipe multidisciplinar que compõe o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2005).

Os NASF devem buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários. São exemplos de ações de apoio desenvolvidas pelos profissionais dos NASF: 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 (BRASIL, 2011).

Quando presente no NASF, o profissional sanitário pode reforçar as ações de apoio institucional e/ou matricial, ainda que não sejam exclusivas dele, tais como: análise e intervenção conjunta sobre riscos coletivos e vulnerabilidades, apoio à discussão de informações e indicadores e saúde (bem como de eventos-sentinela e casos traçadores e analisadores), suporte à organização do processo de trabalho (acolhimento, cuidado continuado/programado, ações coletivas, gestão das agendas, articulação com outros pontos de atenção da rede, identificação de necessidades de educação permanente, utilização de dispositivos de gestão do cuidado) (BRASIL, 2011).

### 2.3 Dependência Química

O uso abusivo de Álcool e Drogas, Drogadição, Toxicomanias, são terminologias usadas para se referir ao consumo nocivo de substâncias psicoativas. Segue abaixo as definições de alguns termos relevantes para a compreensão desta problemática, com base na atual Classificação Internacional de Doenças (CID-10):

- Substância Psicoativa é toda e qualquer substância que o indivíduo utiliza, independentemente da via de administração que, por ação no sistema nervoso central (SNC), altera o humor, a consciência, a senso-percepção, a cognição, e a função cerebral. As drogas aqui incluídas vão desde as lícitas (álcool, cigarros, medicações) até as ilícitas (maconha, cocaína e outras).
- Compulsão trata-se do desejo de satisfação imediata, que pode ser atingido com o uso de uma substância psicoativa. O termo “fissura”, traduz o sentido da palavra inglesa *craving*, que em português, quer dizer desejo ardente.
- Adição é um termo que se refere mais ao aspecto comportamental do que ao fisiológico, pois aborda a importância que uma substância (álcool) ou comportamento (uso do computador) tem na vida do indivíduo, desde a simples exposição até o uso compulsivo. As características da adição incluem: preocupação com a aquisição da droga, uso compulsivo da droga, maior propensão à recaída, perda do controle e negação.
- Tolerância é expressa pela necessidade de doses cada vez maiores de uma substância para atingir o efeito desejado.
- Dependência é a necessidade física ou psicológica da substância psicoativa, que, pelo uso continuado, leva ao hábito. A compulsão é também uma das características da dependência.
- Síndrome de abstinência começa a apresentar sintomas fisiológicos (ex., tremores) com a interrupção ou a redução abrupta da SPA.

Conhecimento básico das drogas psicoativas amplia ao profissional de saúde de o leque de como atuar em cada caso. Também de que forma acolher estes pacientes (PULCHERIO, BICCA, SILVA, 2002).

## 2.4 Acolhimento e Humanização

A Política Nacional de Humanização (PNH) têm como diretrizes: ampliar o diálogo entre os profissionais, entre os profissionais e a população, entre os profissionais e a administração, promovendo a gestão participativa; implantar, estimular e fortalecer Grupos de Trabalho de Humanização com plano de trabalho definido; estimular práticas resolutivas, racionalizar e adequar o uso de medicamentos, eliminando ações intervencionistas desnecessárias; reforçar o conceito de clínica ampliada: compromisso com o sujeito e seu coletivo, estímulo a diferentes práticas terapêuticas e corresponsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde (BRASIL, 2004).

Tal proposta vem de encontro às questões constatadas na pesquisa envolvendo o acolhimento, a escuta e a assistência ao paciente adicto na Unidade Básica de Saúde, que é o objeto deste estudo. A PNH também estabelece diretrizes específicas para cada nível de atenção, no que diz respeito à Atenção Básica, as diretrizes são:

1. Elaborar projetos de saúde individuais e coletivos para usuários e sua rede social, considerando as políticas intersetoriais e as necessidades de saúde.
2. Incentivar práticas promocionais de saúde.
3. Estabelecer formas de acolhimento e inclusão de usuário que promovam a otimização dos serviços, o fim das filas, a hierarquização de riscos e o acesso aos demais níveis do sistema.

Comprometer-se com o trabalho em equipe, de modo a aumentar o grau de corresponsabilidade, e com a rede de apoio profissional, visando a maior eficácia na atenção em saúde (BRASIL, 2004).

A Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão da Saúde – HumanizaSUS, propõe tematizar a humanização da assistência sem banalizar a questão da humanização, tendo em vista que somos todos humanos, mas discutindo questões fundamentais que podem orientar a construção das políticas de saúde. “Humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais” (BRASIL, 2004).

A implementação da PNH pressupõe a atuação em vários eixos que objetivam a institucionalização, a difusão dessa estratégia e, principalmente, a apropriação de seus resultados pela sociedade. Dentre os eixos, a educação permanente é indicada na PNH, às instituições formadoras e nos serviços de saúde (BRASIL, 2004).

## **2.5 Educação Permanente**

Deve embasar-se num processo pedagógico que contemple desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho, envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho, etc.) e que considerem elementos que façam sentido para os atores envolvidos na aprendizagem significativa (GIGLIOOTTI, CARNEIRO, 2008).

Segundo a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) o processo de capacitação deve iniciar-se concomitantemente ao início do trabalho das equipes de Saúde da Família (eSF) por meio do Curso Introdutório para toda a equipe. Recomenda-se que:

- I - O curso introdutório seja realizado em até 3 meses após a implantação da ESF;
- II - A responsabilidade da realização do curso introdutório e/ou dos cursos para educação permanente das equipes, em municípios com população inferior a 100 mil habitantes, seja da Secretaria de Estado da Saúde em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde; e
- III - A responsabilidade da realização do curso introdutório e/ou dos cursos para educação permanente das equipes, em municípios com população superior a 100 mil habitantes, é da Secretaria Municipal de Saúde, que poderá realizar parceria com a Secretaria de Estado da Saúde.

No Distrito Federal, a sua Secretaria de Saúde é responsável pela realização do curso introdutório e/ou dos cursos para educação permanente das equipes. Os conteúdos mínimos do Curso Introdutório e da Educação Permanente para as eSF serão objeto de regulamentação específica editada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006).



### 3 MÉTODO

Este estudo teve como objetivo capacitar os profissionais da Atenção Básica para atender os indivíduos com dependência química. O local do estudo foi a Unidade Básica de Saúde (UBS) Cesário de Melo, no bairro de Santa Cruz, Rio de Janeiro. Essa UBS abriga seis equipes na Estratégia Saúde da Família, e cada equipe é composta por um médico generalista, um enfermeiro, técnico de enfermagem, seis agentes comunitário de saúde, uma equipe de saúde dental, e com suporte técnico do Núcleo de Apoio Saúde da Família (NASF), tendo como matriciador o psiquiatra, psicóloga, pediatra, dermatologista, assistente social, fonoaudióloga e farmacêutico e mais os apoiadores técnicos. A população da área de abrangência das 6 equipes da Estratégia da Família é de aproximadamente 16.000 habitantes.

Os sujeitos que participaram da coleta de dados foram oito profissionais da Estratégia da Saúde da Família, sendo uma enfermeiro, três técnicos de enfermagem e quatro agentes comunitário de saúde. As principais preocupações éticas, foram na comunicação e orientação prévia, sobre o objetivo do questionário, sendo garantido aos participantes o sigilo da identificação.

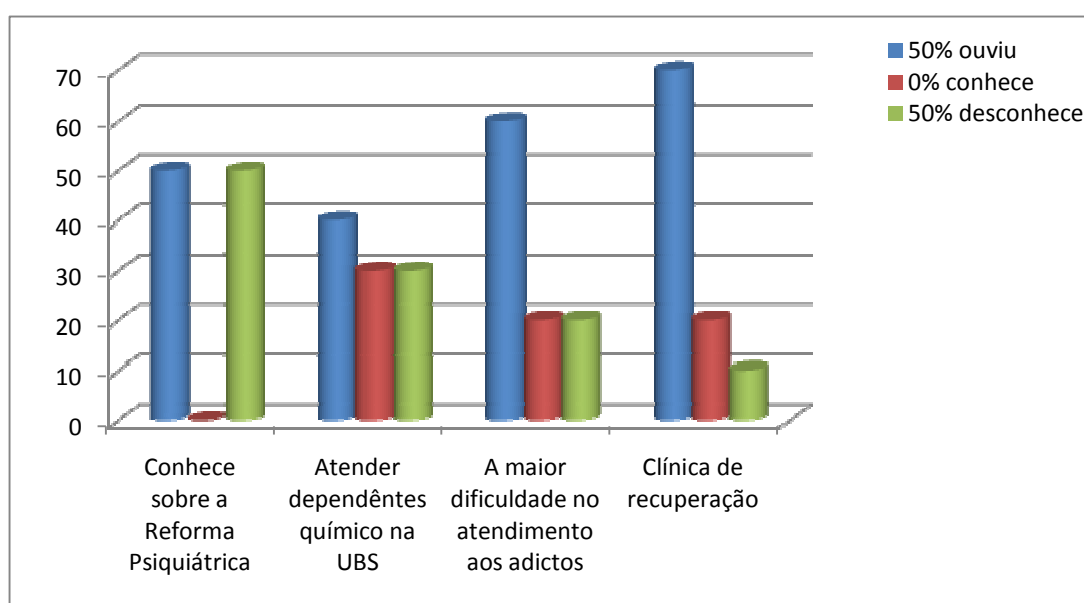
Para a coleta de dados foi aplicado um questionário fechado, com os profissionais da equipe de Saúde da Família, com o objetivo de identificar dificuldades ou facilidades para realizar o acolhimento (APÊNDICE 1), no período entre novembro e dezembro de 2013.

Os resultados serão apresentados por meio de gráficos colunares, com o objetivo de caracterizar as equipes da Estratégia Saúde da Família que participaram do estudo.

## 4 RESULTADO E DISCUSSÃO

A seguir serão apresentados os resultados da pesquisa:

**Tabela 1** – Levantamento sobre o conhecimento dos profissionais da Equipe de Saúde da Família sobre a Reforma Psiquiátrica e o atendimento na Unidade Básica de Saúde, 2013.



Em relação ao conhecimento sobre a Reforma Psiquiátrica, 50% respondeu que ouviu falar superficialmente e 50% desconhece o assunto, sugerindo que este conteúdo foi aprendido durante a formação acadêmica.

Em relação ao atendimento aos indivíduos com transtornos mentais e usuários de drogas que procura a UBS, 40% dos profissionais consideram bom, 30% acham ruim e 30% são indiferentes.

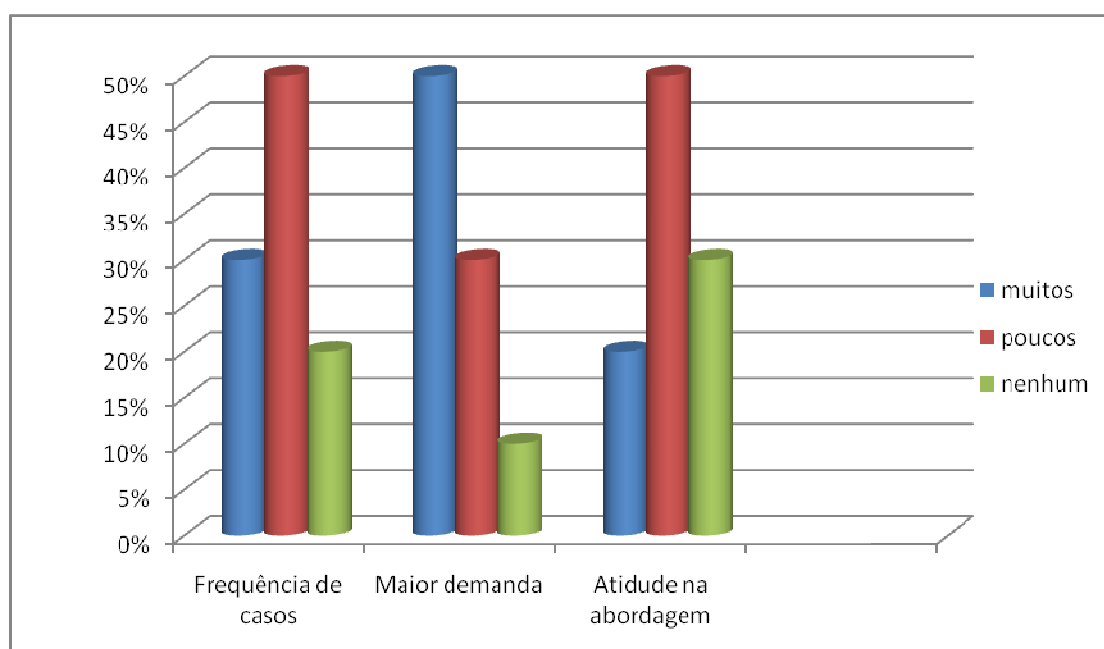
A maioria (60%) dos profissionais relatou ter medo, ao atender o paciente que usa drogas, 20% sente pena do paciente e da família e, 20% se sentem impotentes diante da situação.

Podendo observar o despreparo dos profissionais no atendimento ao portador de transtorno mental e dependente químico na UBS.

A maioria dos profissionais de saúde (70%) considera as clínicas de recuperação e reabilitação, o melhor local para o atendimento destes pacientes, 20% acreditam que os hospitais psiquiátricos são mais indicados e, somente 10% acreditam que as UBS e a rede de serviços substitutivos (CAPS) são os mais apropriados.

Parece ser elevado o número de profissionais que acreditam na segregação do dependente químico para a realização do tratamento.

**Tabela 2** – Frequência dos casos de dependência química atendidos na Visita Domiciliária ou na Unidade Básica de Saúde, 2013.



A frequência dos indivíduos atendidos na Visita Domiciliária (VD) ou na Unidade Básica de Saúde (UBS), com transtorno mental e dependência química, é de 30%. A maioria dos profissionais de saúde relatou poucos casos (50%).

A família relata que 50% dos casos de pacientes adictos que buscam a UBS aceitam o tratamento. A dificuldade relatada pela família é encontrar profissionais capazes de dar o suporte necessário para a adesão ao tratamento do dependente químico.

Ao acolher o paciente com dependência química na UBS, 50% dos profissionais buscam atender os anseios e necessidades destes indivíduos e apenas 20% fazem uma escuta qualificada.

Os profissionais revelaram que encontram alguns casos de indivíduos com doença mental e usuário de drogas na VD, mas que, se sentem despreparados para atender esta clientela.

A capacitação dos profissionais de saúde contribuirá para orientar as famílias em que possuem o indivíduo com doença mental, esclarecendo que o tratamento pode ser realizado na UBS. Será proposto a realização de encontros com os profissionais das equipes Saúde da Família, com objetivo de discutir o atendimento e o acolhimento ao usuário de drogas.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Podemos concluir que, os profissionais de saúde devem estar preparados para realizar o acolhimento aos indivíduos com doença mental e dependente químico, assim como, para a família. A capacitação dos profissionais de saúde fará com que eles se sintam mais aptos e seguros para acolher e direcionar os casos que recebem.

O acesso a informação e a sensibilização dos profissionais de saúde podem gerar mudanças no agir do Enfermeiro, fazendo com que este profissional reflita sobre a condição do indivíduo dependente químico e sua família.

A proposta de Educação Permanente será para todos os profissionais da equipe de Saúde da Família e dos profissionais do Núcleo de Apoio Psicossocial- NASF.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. “O Planejamento na Desconstrução do Aparato Manicomial”. In: **Planejamento Criativo: Novos Desafios em Políticas de Saúde**. Relume-Dumará, Rio de Janeiro, 1ª edição, 1992.

BRASIL. Lei nº 8080/90. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: MS, 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080pdf>>

BRASIL. Lei 8142/90. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e outras providências. Brasília: MS, 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001**, em legislação em Saúde Mental. 1990-2004 5ª ed. ver. Atual. Brasília, Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <[http://planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/LEIS\\_2001/L10216](http://planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216)>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento e Ações Programáticas Estratégicas. **A Política do ministério da Saúde, para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001 2ª Ed.. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica\\_de\\_ad.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_de_ad.pdf)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. **Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**, 2005. Brasília: MS, 2005. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf)>

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Política de Atenção Básica**: Aprova a Política de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de saúde (PACS). Brasília: MS, 2011. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_2011.html)>

GIGLIOOTTI, A., CARNEIRO, E., ALELUIA, G. **Drogas. SEM – Aprenda a ajudar pessoas a se livrar de dificuldades com álcool e drogas**. Rio de Janeiro: Best Seller, 2008.

LUIS, MARGARITA ANTONIA VILLAR. **Os Novos Velhos Desafios da Saúde Mental.** Pesquisadores em Saúde Mental: Especialista em Enfermagem Psiquiátrica. IX Encontro. Disponível em: <<http://www2.eerp.usp.br/sad/eventoapres.asp>> .

MARTINS,G.A.**Guia para elaboração de Monografias e Trabalhos de Conclusão de Curso.2ª ed.**São Paulo: Atlas, 2010.

MARTINS,M.C.F.N. **Humanização das relações assistenciais: a formação do profissional de saúde.** São Paulo: Casa do psicólogo,2001.

MOURÃO, C. **Adolescência, Drogas e Prevenção:** a “experiência cultural” na prevenção do abuso de drogas na adolescência. São Paulo: Editora Schoba, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10:** Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

PULCHERIO, G., BICCA, C., SILVA S.A (org). **Álcool, outras drogas, informações: o que cada profissional precisa saber:** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

SCOZ, T.M.X., FENILI, R.M. **Como desenvolver projetos de atenção À saúde mental no programa de saúde da família.** Revista Eletrônica de Enfermagem, v 5 n.2 p.71 – 77, 2003. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista> >.

VASCONCELOS, EDUARDO MOURÃO. **Do Hospício À Comunidade:** Mudança sim; Negligência não. Ed. SEGRAC, Belo Horizonte , 1992.

## APÊNDICE I

Anexo A – Questionário dirigido aos profissionais de saúde da UBS - CMS – Cesário de Mello.

- 1- Você sabe o que é a Reforma Psiquiátrica?
  - a) Ouvi falar superficialmente.
  - b) Conheço profundamente.
  - c) Desconheço o assunto.
  
- 2- O que você acha de atender doentes mentais e usuários de drogas na UBS?
  - a) Bom
  - b) Ruim
  - c) Indiferente.
  
- 3- Qual a sua maior dificuldade no atendimento aos usuários de drogas?
  - a) Medo de ser agredido.
  - b) Pena do paciente e seus familiares.
  - c) Impotência diante da situação.
  
- 4- Na sua opinião, qual o melhor local para atendimento dos pacientes usuários de drogas?
  - a) Clínicas de Recuperação e/ou reabilitação.
  - b) Hospitais psiquiátricos.
  - c) UBS e Rede de Serviços substitutivos (CAPS ad).
  
- 5- Com que frequência você se depara com casos de dependência química nas famílias que você atende em VD ou na UBS?
  - a) Encontro muitos casos.
  - b) Encontro poucos casos.
  - c) Nunca encontrei um caso.
  
- 6- Nos casos encontrados, qual a maior demanda das famílias?
  - a) Que o paciente adicto aceite o tratamento.
  - b) Que a unidade receba o paciente adicto.
  - c) Que a família encontre internação.
  
- 7- Qual a sua primeira atitude ao ser abordado por um paciente adicto ou seu familiar na UBS?
  - a) Ouvir com atenção até entender o que a trouxe à unidade.
  - b) Ao perceber que se trata de um usuário de drogas, encaminhá-lo à sala da SM antes de saber qual é o problema.
  - c) Peço que volte no dia do atendimento da Equipe de SM.