

**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E
TECNOLOGIA DE SANTA CATARINA CAMPUS JOINVILLE
COORDENAÇÃO DE SAÚDE E SERVIÇOS
CURSO DE TECNOLOGIA EM GESTÃO HOSPITALAR**

ALVARO MOREIRA

**PERFIL DOS USUÁRIOS DO CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS DE JOINVILLE**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

JOINVILLE, 2012

ALVARO MOREIRA

**PERFIL DOS USUÁRIOS DO CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS DE JOINVILLE**

JOINVILLE, 2012

**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E
TECNOLOGIA DE SANTA CATARINA CAMPUS JOINVILLE
COORDENAÇÃO DE SAÚDE E SERVIÇOS
CURSO DE TECNOLOGIA EM GESTÃO HOSPITALAR**

ALVARO MOREIRA

**PERFIL DOS USUÁRIOS DO CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS DE JOINVILLE**

Trabalho de conclusão de curso submetido à banca examinadora do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina como parte dos requisitos de obtenção do título de Graduação em Tecnologia em Gestão Hospitalar.

Professora Orientadora: Josiane Siewert, Msc.

JOINVILLE, 2012

FICHA CATALOGRÁFICA

Moreira, Alvaro

Perfil dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas de Joinville/ Moreira, Alvaro–Joinville: Instituto Federal de Santa Catarina, 2012. 60 f.

Trabalho de Conclusão de Curso - Instituto Federal de Santa Catarina, 2012. Graduação. Curso Superior de Tecnologia em Gestão Hospitalar. Modalidade: Presencial.

Orientadora: Josiane Siewert, Msc.

1. Autonomia 2. Usuário 3. Dependência química

PERFIL DOS USUÁRIOS DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS DE JOINVILLE

ALVARO MOREIRA

Este trabalho foi julgado adequado para obtenção do Título de Graduação e aprovado na sua forma final pela banca examinadora do Curso de Tecnologia em Gestão Hospitalar do Instituto Federal de Santa Catarina Campus Joinville.

Joinville/SC, 18 de junho de 2012

Banca Examinadora:

Josiane Siewert, Msc. (orientadora)

Márcia Bet Kohls, Msc. (examinador)

Nasser Haidar Barbosa, Esp. (examinador)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha esposa, amiga e conselheira, que me acompanha, incentiva, e fortalece durante 22 anos. Aos meus 4 filhos e ao meu neto, que são a motivação da minha vida, minha força e inspiração.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, que sempre me incentivaram, mostrando os caminhos certos, e proporcionando condições de realizar meus estudos;

À minha orientadora Prof^a Ms. Josiane Siewert pela sua dedicação e orientação para a realização deste trabalho;

Aos amigos e aos professores do Curso de Tecnologia em Gestão Hospitalar que superaram muitos obstáculos juntos;

Ao meu supervisor de estágio que orientou minhas atividades e proporcionou ótimo ambiente de aprendizado;

RESUMO

O estudo do perfil dos dependentes químicos tem se revelado uma importante ferramenta para a melhoria contínua dos processos de tratamento em saúde mental, permitindo a avaliar as ações em saúde, e embasar a tomada de decisão dos gestores. O trabalho aqui apresentado tem como objetivo fazer um levantamento do perfil dos usuários que procuram tratamento para dependência química em uma instituição pública de saúde, que presta atendimento aos usuários de álcool ou outras drogas na cidade de Joinville. . A pesquisa inicialmente foi realizada através da consulta às fichas de acolhimento dos usuários que compareceram à instituição em busca de tratamento, e prosseguiu com criação de uma planilha eletrônica para cadastramento das informações constantes nessas fichas de acolhimento. As informações coletadas compõe-se de dados como gênero, idade, nível de escolaridade, estado civil, profissão, bairro de residência e substância de preferência. Esses dados foram pesquisados durante os meses de janeiro até abril do ano de 2012, e ao final desse prazo foram compilados, e representados através de gráficos, quantidades e percentuais. Através da análise desses gráficos pode-se observar qual é o perfil dos usuários que buscam tratamento para dependência química, identificando as classes profissionais mais vulneráveis, bairros de maior predominância, idades, o estado civil, nível de escolaridade, as substâncias psicoativas mais consumidas e o gênero da população. Como resultado final do estudo, o perfil dos usuários que procuram o CAPS ad para tratamento da dependência química, corresponde aos homens solteiros usuários de crack, que estão na faixa etária dos 18 aos 30 anos. Possuem o ensino fundamental como formação escolar, suas profissões não foram especificadas e predominaram os usuários que estão em situação de rua. A partir daí tem-se um embasamento fiel e preciso sobre as informações da população que busca tratamento para dependência química, permitindo tanto pensar na construção de novas estratégias no processo de tratamento, quanto na criação de políticas públicas voltadas à promoção da saúde e redução do consumo de drogas.

Palavras chave: Autonomia. Usuário. Dependência química

ABSTRACT

The study of the profile of addicts has proved to be an important tool for the continuous improvement of the processes of mental health treatment, allowing to assess the health actions, and support the decision of managers. The work presented here aims to make a survey of users seeking treatment for chemical dependency in a public institution, which provides health care to users of alcohol or other drugs in the city of Joinville. Initially research was conducted through consultation to reception of users who attended the institution seeking treatment, and proceeded with creating a spreadsheet for membership of the information contained in these chips. The information collected consists of data such as gender, age, education level, marital status, profession, residence and preferred substance. These data were searched during the months of January to April of the year of 2012, and at the end of that period were compiled, and represented through graphics, amounts and percentages. By analyzing these graphs we can see what is the profile of users seeking treatment for chemical dependency, identifying the professional classes most vulnerable districts of greater prevalence, age, marital status, education level, the more psychoactive substances consumed and the genre of the population. As a result the end of the study, the profile of users seeking treatment for ad CAPS chemical dependency, corresponds to the single men crack users, who are in the age group of 18 to 30 years. Have the elementary school training, their professions are not specified and predominated users who are street children. From there it has been a faithful and accurate basis on the information of the population seeking treatment for chemical dependency, allowing both thinking in the construction of new strategies in the treatment process, as in the creation of public policies aimed at promoting health and reducing the consumption of drugs.

Keywords: Autonomy. User. Chemical dependency.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01 - Gráfico do Gênero (masculino ou feminino).....	31
Figura 02 - Gráfico das Idades.....	32
Figura 03 - Gráfico das Substâncias de Preferência.....	34
Figura 04 - Gráfico do Estado Civil.....	36
Figura 05 - Gráfico do Nível de Escolaridade.....	38
Figura 06 - Gráfico das Profissões.....	40
Figura 07 - Gráfico dos Setores de Atuação.....	42
Figura 08 - Gráfico dos Bairros de Residência.....	45
Figura 09 - Gráfico dos Bairros da Zona Sul.....	47
Figura 10 - Gráfico dos Bairros da Zona Norte.....	48

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
1.1 Justificativa.....	12
1.2 Objetivo Geral.....	13
2 CONTEXTO HISTÓRICO DA SAÚDE MENTAL.....	14
2.1 Reforma Psiquiátrica.....	14
2.2 CAPS ad Joinville.....	16
2.3 População de Usuários de Substâncias Psicoativas.....	19
2.4 Redução de Danos.....	20
3 FERRAMENTAS DE APOIO À GESTÃO.....	24
3.1 Sistema de Informações.....	24
3.2 Indicadores.....	25
4 METODOLOGIA.....	28
4.1 Desenho Metodológico.....	28
4.2 Coleta de Dados.....	28
4.3 População e Amostra.....	29
4.4 Análise dos Dados.....	29
4.5 Considerações Éticas.....	29
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	30
5.1 Gênero da População.....	30
5.2 Idade da População.....	31
5.3 Drogas ou Substâncias de Preferência.....	33
5.4 Estado Civil.....	35
5.5 Nível de Escolaridade.....	37
5.6 Profissão.....	39
5.7 Bairros de Residência.....	42
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	49
ANEXO A – Ficha de Acolhimento.....	59
APÊNDICE A - Termo de Autorização da Pesquisa.....	60
APÊNDICE B – Modelo da Planilha de Coleta de Dados.....	61

1 INTRODUÇÃO

A dependência química tem se revelado um importante problema de saúde pública que apresenta enorme repercussão social, política e econômica. Rocha (2008, p. 140) comenta que “hoje, as drogas são encontradas em quase todo o mundo e contam como a adesão de todas as camadas socioeconômicas, culturais e intelectuais”. Tornou-se prática necessária falar e discutir sobre dependência química, pois como lembra Silva et al. (2010) “quando a dependência química não é detectada, ela pode acarretar problemas clínicos, psiquiátricos e sociais”. Devido à precocidade com que os jovens vêm experimentando variados tipos de drogas, e a associação desse consumo ao comportamento irresponsável e às práticas antissociais, torna-se urgente a implementação de ações para reduzir os riscos decorrentes dessa realidade.

O uso compulsivo de drogas, também conhecidas como substâncias psicoativas pode estar relacionado com a criminalidade, com atos de delinquência e ao comportamento irresponsável do usuário, levando-o à margem da exclusão social (SILVA et al., 2010). Comumente os usuários de drogas são tomados por uma compulsão tão forte pelo consumo, que não raro ocasiona a perda do emprego, o afastamento de seu contexto familiar, o envolvimento com o tráfico e a criminalidade. Ramsay e Newman (2004, p. 121) afirmam que “eles podem estar perdendo dinheiro, emprego, laços de família e saúde física, mas geralmente não parecem perceber ou se importar”.

O consumo de drogas ou quaisquer tipos de substâncias que causam alterações orgânicas ou de comportamento é prática de séculos, e há muito tempo são realizadas ações para tratamento e controle dos efeitos dessas substâncias. No Brasil, há alguns anos atrás, a palavra dependência química era pouco utilizada, e o seu tratamento era considerado um desafio para os profissionais de saúde. Até a efetivação da Reforma Psiquiátrica que começou seu movimento na década de 70, os dependentes químicos eram considerados uma ameaça à sociedade. Na grande maioria das vezes tratados como “loucos”, eram encaminhados para internações em hospitais psiquiátricos, onde os ambientes apresentavam-se superlotados as equipes eram

pouco preparadas, e as terapias para tratamento excluíam o dependente de seu convívio social, deixando-o durante muito tempo isolado do mundo exterior. Delgado (2005, p. 16) esclarece que essa institucionalização “produzia a redução da autonomia, que via nos institucionalizados apenas aquilo que eles tinham perdido de produtividade e de potência criativa”. Por ser um projeto amplo de inclusão social e promoção da cidadania, a Reforma Psiquiátrica deve enfrentar de maneira objetiva os desafios encontrados no caminho da reintegração social dos usuários dos serviços de saúde (COSTA, 2005).

Com o passar dos anos percebeu-se a ineficácia e a falência gradativa desse tipo de tratamento, pois aumentava descontroladamente o número de internos, e essa população não apresentava uma evolução significativa com a utilização desse tipo de abordagem terapêutica. Todo esse contexto motivou as classes de profissionais em saúde mental, a se mobilizarem no sentido de mudança do modelo tradicional de tratamento, que culminou, após anos de luta na efetivação da Reforma Psiquiátrica. Além de outras questões a Reforma propunha a extinção gradual dos manicômios através da redução do número de leitos, e a estruturação de novos modelos de tratamento chamados CAPS (Centros de Atenção Psicossocial). Para atender a demanda de usuários de álcool e outras drogas surgiu o CAPS ad, que oferecia novas estratégias de abordagem para os dependentes químicos, estabelecendo uma nova ética, a partir de novas maneiras de pensar e de se relacionar com os pacientes e com as instituições (OGATA; FUREGATO; SAEKI, 2000). Constituíram-se assim, equipes multidisciplinares qualificadas para prestar atendimento aos usuários de drogas, e espaços de convivência que estimulavam o resgate da autoestima e da autonomia, reaproximando o dependente químico de seu contexto familiar. Soares e Tonazio (2005, p. 76) percebem nesse novo modelo de tratamento que o “principal ponto é o resgate da cidadania de tais indivíduos e da consequente melhoria em qualidade de vida”.

Tendo como principal objetivo a promoção da saúde, com o resgate da autonomia e a reinserção social dos dependentes químicos, é de fundamental importância para o CAPS ad conhecer em detalhes o perfil dos usuários que frequentam o serviço. Com a criação de métodos de levantamento do perfil da

população de usuários, torna-se possível identificar de maneira precisa quais são as faixas etárias com maior prevalência de consumo, quais as drogas de preferência, quais os níveis de escolaridade da população, a que classe profissional pertencem, entre outras características importantes. Assim, é possível promover ações em saúde específicas para determinada parcela dessa população que possua necessidades sociais ou econômicas mais evidentes. Identificando as características sociais, culturais e econômicas do usuário, permite-se construir um espaço terapêutico adequado para resgatar as condições de saúde e a integridade psicossocial. Ribeiro (2004) acrescenta que “um serviço de atendimento deve conhecer a fundo sua estrutura organizacional, determinar o perfil da população-alvo atual e potencial e o contexto sócio-cultural que a circunda”. O conhecimento da realidade social dos usuários possibilita o planejamento organizado de ações de saúde voltadas ao tratamento da dependência química, como também estruturar políticas públicas efetivas em saúde mental com alicerces nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS)

1.1 Justificativa

A dependência química é um fenômeno presente em larga escala nos dias atuais, mas que ainda necessita de soluções efetivas. O crescente aumento do consumo de álcool ou outras drogas, bem como o início do consumo em idades cada vez mais precoces, é algo que causa grande preocupação na sociedade e nas esferas político administrativas. É viável fazer uma reflexão acerca dos motivos pelos quais essa situação vem acontecendo. Talvez o crescimento demográfico desordenado, o aumento da violência social ou a carência de políticas públicas voltadas à promoção da saúde e segurança pública, possam ser considerados fatores desencadeantes desse processo. Assim, o estudo do perfil dos usuários que frequentam o Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPS ad) de Joinville para tratar da dependência química, possibilita conhecer melhor essa população e realizar o levantamento criterioso tanto em quantidade, como por prevalência, de fatores como idade, sexo,

profissão, substância de preferência, entre outros. Para (SILVA, et al., 2010) “fica evidente a importância de estudos no campo da drogadição, bem como conhecer o perfil dos dependentes químicos que buscam auxílio em unidades de reabilitação”. O conhecimento do perfil dos usuários é fundamental para estabelecer bases sólidas de estudo e posteriormente efetivar medidas de intervenção. A partir daí, pode-se gerar indicadores sociais que irão orientar estratégias de intervenção e a construção de políticas de saúde voltadas para a segurança, promoção da saúde, e bem estar do usuário e da sociedade. As implicações associadas ao uso de drogas consistem em importante problema à saúde pública, e tornam necessário o desenvolvimento de programas de intervenção e políticas públicas ao seu controle. (OLIVEIRA E NAPPO, 2008).

1.2 Objetivo Geral

Conhecer o perfil dos usuários que procuram tratamento para dependência química no CAPS ad de Joinville.

2 CONTEXTO HISTÓRICO DA SAÚDE MENTAL

Este capítulo refere-se à trajetória da saúde mental no Brasil nas últimas décadas, permitindo identificar as diferentes fases de construção do modelo de tratamento que é utilizado nos dias atuais.

2.1 Reforma Psiquiátrica

Até a década de 70 os tratamentos para transtornos psiquiátricos eram realizados de forma totalmente diferente das práticas atuais. Grande parte dos hospitais que se destinavam ao tratamento apresentavam precárias condições de atendimento, com equipes mínimas e sem a devida qualificação, incluindo terapias aos doentes mentais praticadas através da violência física, tratamentos de choque, maus tratos e isolamento social. Por várias décadas esses ambientes predominaram, pois eram os únicos locais disponíveis para receber a população de doentes mentais e usuários de drogas. Durante muito tempo essa estrutura e as práticas em saúde vinham sendo questionadas por classes de profissionais, que viam esse tratamento como ineficaz e causador de irreversíveis prejuízos à saúde dessa população. Há vários anos as propostas de uma reforma psiquiátrica que prevê a desconstrução do modelo manicomial e a criação de outros meios de intervenção que irão progressivamente substituir a estrutura hospitalocêntrica, vêm ganhando espaço e provocando mudanças socioculturais em várias partes do mundo (QUEIROZ, 2001).

Surgiu então, a importância de estruturar um novo modelo de tratamento onde o paciente pudesse participar de terapias que estimulassem a sua recuperação e reinserção social, implicando também os seus familiares a fazerem parte de todo esse processo de reconstrução psicológica, física e moral, abalado pelas terapias até aí utilizadas. O avançar desse movimento e o desejo de mudança na estrutura manicomial encontrou espaço com a efetivação da Reforma Psiquiátrica. Tal Reforma, teve seu início na década de 70, motivada por

profissionais de saúde, que há muito tempo observavam a superlotação dos hospitais psiquiátricos, e as precárias condições de cuidado aos doentes mentais. A Reforma propunha a extinção gradual dos manicômios, criação de novos espaços para abrigar os doentes mentais e a constituição de equipes multiprofissionais qualificadas, garantindo respeito à dignidade dos pacientes. Delgado (2005, p. 17) afirma que “a reforma psiquiátrica não é apenas o desafio de acabar com manicômios e criar outros serviços. É, também, extrair a positividade naquilo que é visto apenas como negativo”. Regulamentada mediante a aprovação da Lei 10.216 a Reforma Psiquiátrica promoveu a reestruturação de todo o sistema de saúde mental, e seu Art. 3º esclarece que:

É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família (BRASIL, 2001).

Para Nicácio (2005, p. 75) “No Brasil, convencionou-se denominar de reforma psiquiátrica o processo iniciado no final dos anos 70 produzido, sobretudo, a partir da articulação do movimento de Trabalhadores de Saúde Mental”. O movimento de reforma psiquiátrica é um grande movimento de inclusão social. Ele não é apenas um esforço coletivo de mudança do modelo assistencial, de substituição de manicômios e dos hospitais tradicionais por uma rede comunitária de atenção em saúde mental. Ele diz respeito também à mudança de conceitos, à mudança até do imaginário social sobre a questão da loucura, à construção e, de um novo lugar social para os loucos, para os dependentes de drogas, para esses indivíduos para os quais a sociedade só construiu espaços de segregação (DELGADO, 2005).

Essas mudanças motivaram ações governamentais que culminaram na criação dos CAPS, que surgiram com propostas de novas estratégias para prevenção e promoção de saúde, adotando modelos inovadores de tratamento aos pacientes com sofrimento mental e usuários de substâncias psicoativas. Sousa e Oliveira (2010) complementam:

O CAPS-AD foi implantado em setembro de 2002 com o objetivo de atender à demanda específica da dependência química, não só em nível especializado de tratamento, mas também em nível primário de saúde, prevenção, estudo e pesquisa.

Surgem assim novos espaços, novos tratamentos, novas equipes de trabalho, que promovem a autonomia e inclusão social dos doentes mentais e usuários de substâncias psicoativas.

2.2 CAPS ad Joinville

Atualmente o modelo de tratamento, intervenção e controle para a dependência química adotado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) é o sistema ambulatorial (baixa complexidade) e de atenção psicossocial (média e alta complexidade). Assim sendo, destacam-se as equipes de saúde mental em Unidades Básicas de Saúde, na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e demais dispositivos de atenção primária, além dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), CAPS infantil (CAPS i, atendendo demanda de saúde mental até 18 anos incompletos) e CAPS Álcool e Drogas (CAPS AD, trabalhando de forma mais direcionada à demanda de álcool e outras drogas). Rocha (2008, p. 139) afirma: “O uso abusivo de substâncias psicoativas, ou drogas, é tratado na atualidade um dos maiores problemas na área da saúde pública”.

Os CAPS que representam atualmente a estratégia política e social em saúde mental são regidos pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. É função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte e atenção à saúde mental na rede básica (BRASIL, 2005).

Rocha (2008, p. 36) descreve que: “O CAPS é um espaço de criatividade, de construção de vida, de novos saberes e novas

práticas. Em vez de excluir, medicalizar e disciplinar, acolhe, cuida e estabelece pontes com a sociedade”. Brasil (2003, p. 85) complementa: “O CAPS [...] é uma forma de assistência do SUS para problemas de saúde mental [...], um exercício de democracia, pois atua com uma sensível redução da hierarquia assistente/assistido”.

A equipe terapêutica é composta por profissionais com formações em diversas áreas de conhecimento, que desenvolvem ações em saúde mental de acordo com cada projeto terapêutico que o tratamento englobe, ou seja, de acordo com o perfil e a necessidade individual do usuário, a equipe profissional planeja o tratamento para esse sujeito. Guimarães *et al.* (2008) afirma que:

A dependência química se tornou um importante problema de saúde pública e tem desafiado os profissionais da saúde a compreenderem o perfil do usuário de substâncias psicoativas, em vista das dificuldades de manejo e abordagem do problema.

A construção de um ambiente terapêutico favorável é fundamental para o estabelecimento de uma relação de confiança entre a equipe e o usuário. Para atender com qualidade seus usuários o CAPS ad conta com ampla estrutura física com salas para terapias em grupo, consultórios médicos, sala de acolhimento, sala de reuniões e espaços de convivência, proporcionando excelente ambiente para o tratamento e recuperação dos dependentes químicos. O quadro funcional é formado por equipe profissional multidisciplinar composta por 1 coordenador, 3 psicólogos, 3 terapeutas ocupacionais, 1 assistente social, 4 técnicos em enfermagem, 1 enfermeiro, 1 médico psiquiatra, 1 médico clínico geral, 3 assistentes administrativos, 2 agentes de saúde e 2 funcionários da zeladoria.

Tendo como um dos principais objetivos a promoção da saúde, o CAPS ad proporciona diariamente aos seus usuários atividades que incluem terapias em grupo, oficinas terapêuticas, atendimento psicológico individualizado, e outras dinâmicas que abordam temas relativos à dependência química, uso ou abuso

de substâncias psicoativas, sexualidade, projeto de vida, entre outros. Faria e Schneider (2009) se posicionam:

[...] a consolidação desse novo modelo não é tão simples assim, pois passa pela produção de mudanças na racionalidade sobre os fenômenos de saúde por parte das equipes técnicas, na constituição de uma nova clínica, chamada de ampliada, pela consolidação de uma articulada rede de atenção à saúde, pelas iniciativas efetivas de promoção à saúde, entre outros aspectos.

Mensalmente cerca de 250 usuários frequentam o tratamento no CAPS ad, número que oscila motivado por vários fatores como recaídas, perda do emprego, quebra de laços afetivos, desistência do tratamento, apoio familiar, e outros. O público de usuários compõe-se de pessoas de classes muito privilegiadas social e economicamente, como também de pessoas com necessidades financeiras extremas, que vivem em situação de rua, muitas delas desempregadas, outras convivendo em ambientes familiares violentos e expostas à vulnerabilidade social. Cada qual com suas necessidades pessoais vêm à procura de tratamento no CAPS ad, onde é acolhido por um profissional ou técnico do serviço que identifica as necessidades desse usuário, compreende seus desejos e aspirações, motiva e orienta para iniciar o tratamento. Rocha (2008, p. 92) relata que “algumas pessoas procuram atendimento em saúde mental porque percebem que lhe estão acontecendo coisas que elas não conseguem controlar”. Queiroz (2001, p. 3) explica um importante objetivo do tratamento:

[...] busca de se construir um modelo de tratamento que reconheça os usuários de drogas como sujeitos particulares e como cidadãos, que têm direito à saúde e a um tratamento que seja realmente efetivo e produtor de sentido.

A partir do acolhimento procura-se estabelecer uma relação de integração e confiança entre usuário e profissional

acolhedor, que permite a formação de vínculo entre esses atores, considerado essencial à efetividade do tratamento.

2.3 População de Usuários de Substâncias Psicoativas

A crescente população de usuários de drogas chama a atenção da sociedade e das autoridades governamentais, tornando urgente a necessidade de implementação de ações e políticas efetivas para modificar esse quadro social. Em grande número e de muitas maneiras os usuários de drogas estão escondidos na sociedade. Além dos locais públicos de consumo, eles podem ser encontrados em serviços especializados no tratamento de dependência química, em delegacias de polícia, cadeias, nos presídios onde se encontram devido aos crimes relacionados às drogas, em hospitais, quando são agredidos em consequência da violência, ou quando necessitam de cuidados médicos devido aos agravos à saúde relacionados ao uso de drogas (FERREIRA FILHO et al., 2003). Nesse contexto Silva (2012) explica que:

Vários indicadores apontam que o consumo de drogas vem alcançando proporções preocupantes nas últimas décadas. As consequências sociais diretas ou indiretas são percebidas na família, no trabalho, no trânsito, na disseminação de doenças associadas ao uso de drogas, no aumento dos índices de criminalidade ligado ao tráfico de drogas. São os custos sociais decorrentes do consumo de drogas que exigem a adoção de ações enérgicas e eficazes no âmbito da saúde pública.

Para Brasil (2009, p.25) os “transtornos graves associados ao consumo de álcool e outras drogas afetam pelo menos 12% da população acima de 12 anos”. Quando se avaliam as populações de usuários de substâncias psicoativas é possível observar os crescentes índices de consumo de drogas, como também perceber as características socioculturais desses sujeitos. Assim, autoridades políticas e governamentais

compreendem a urgente necessidade de promover ações de saúde para controlar ou reverter esse quadro social, e lançam mão de novas estratégias de enfrentamento dessa realidade. Estruturam-se os programas de Redução de Danos, como modelo inovador de atenção à saúde que pretende abranger maior número de usuários, e aqueles sujeitos que não desejam ou não conseguem largar as drogas. As estratégias de redução de danos são ações de saúde desenvolvidas e vinculadas diretamente à equipe de saúde do CAPS ad. Pode-se dizer que não existe um serviço mais efetivo que o outro, mas sim pacientes mais indicados para cada tipo serviço. Portanto, entender as necessidades e as limitações do público em questão possibilita adequar o serviço às necessidades da comunidade a qual presta assistência (RIBEIRO, 2004).

2.4 Redução de Danos

A redução de danos é uma estratégia de saúde que há alguns anos vem sendo construída e implementada como forma de reduzir os agravos à saúde relacionados ao consumo de substâncias psicoativas. O crescente consumo de drogas, motivado pelo fato de os consumidores efetuarem o primeiro contato com as drogas em idade cada vez mais precoce, torna urgente a necessidade de as autoridades desenvolverem estratégias que motivem o acesso desses usuários aos serviços de tratamento. Brasil (2005, p. 41) esclarece:

O enfrentamento desta problemática constitui uma demanda mundial: de acordo com a Organização Mundial de Saúde, pelo menos 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo consomem de modo prejudicial substâncias psicoativas, independentemente de idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo.

Como a dependência química muitas vezes relaciona-se com a marginalização ou a criminalidade é evidente que muitos usuários de drogas acabam excluídos do sistema de serviços que a administração pública propicia (SILVEIRA, 2008). Assim, o poder público desenvolveu a Política de Redução de Danos (PRD), algo ainda pouco conhecido e difundido em nossa sociedade, diferenciando-se dos modelos tradicionais de tratamento por não considerar como fator principal a interrupção do uso de drogas, prevalecendo nesse caso, as práticas para redução dos agravos à saúde decorrentes desse uso.

De acordo com Queiroz (2001, p. 11): “A redução de danos é um movimento internacional que surgiu em resposta à crescente propagação da Aids na década de 80 [...]”. No Brasil ações de redução de danos já eram praticadas desde a década de 80, mas passaram a ser estruturadas estrategicamente em meados da década de 90, quando foram promovidas ações de redução de danos para prevenir a transmissão do HIV entre os usuários de drogas injetáveis. Figueiredo (2005, p. 211) comenta que: “A redução de danos foi implementada no Brasil desde 1994, pelo Ministério da Saúde em parceria com o Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas”.

Tal política em sua essência busca fazer com que os usuários de drogas que não desejam ou não conseguem interromper o consumo, tenham menores prejuízos à sua saúde decorrente do uso ou abuso de substâncias. Assim, são oferecidos meios de prevenir doenças comumente disseminadas entre os usuários de drogas, como a distribuição de seringas descartáveis para evitar o compartilhamento durante o uso de substâncias injetáveis, distribuição de preservativos, e orientação com a finalidade de oportunizar melhores condições de acesso aos programas e serviços de saúde. A política de redução de danos para Figueiredo (2005, p. 210) “[...] é um conjunto de estratégias que procuram minimizar as consequências adversas do consumo de drogas psicoativas sobre a saúde, a sociedade e a economia”. Equipes de profissionais de saúde vão às ruas ao encontro da população de usuários de drogas, divulgando ações de prevenção à saúde e estabelecendo os primeiros contatos e vínculos com essa população. Silveira (2008, p. 9) reforça que:

Educadores passaram a trabalhar nas ruas, procurando fazer contato com essa população e estabelecer vínculos de confiança, visando à disseminação de estratégias preventivas e oferecendo acesso a serviços de saúde. Surge então a redução de danos como estratégia inteligente e eficiente para minimizar as consequências adversas do uso indevido de drogas.

Essas ações vão ao encontro das necessidades das pessoas que se encontram muitas vezes em situação de vulnerabilidade social, vítimas da exploração de traficantes e da violência urbana, promovendo o acesso à saúde como direito fundamental de qualquer cidadão, independente da condição social em que se encontre. Queiroz (2001, p. 13) complementa:

O princípio fundamental [...] é o respeito à liberdade de escolha, à medida que os estudos e a experiência dos serviços demonstram que muitos usuários, por vezes, não conseguem ou não querem deixar de usar drogas e, mesmo assim, precisam ter os riscos decorrentes do seu uso minimizados.

Entender que o usuário não deseja parar de usar drogas é essencial para a equipe de redução de danos estabelecer os primeiros vínculos com os usuários. Geralmente a população que vive nas ruas tem pouco ou nenhum acesso aos serviços de saúde, e o estabelecimento de uma relação de confiança entre a equipe de redução de danos e o usuário, permite inseri-lo em outros programas ou serviços de saúde com a finalidade de prevenir e minimizar consequências danosas à sua integridade física, mental e social (RIBEIRO, 2004). No CAPS ad Joinville estruturou-se uma equipe de redução de danos no ano de 2010 para atender às pessoas em situação de rua. Tal equipe conta com profissionais da área de enfermagem, psicologia, terapia ocupacional e agentes de saúde pública, que constantemente vão à campo para prestar atendimento à população de usuários de drogas. Esses profissionais já realizaram várias abordagens aos usuários de drogas em situação de rua, tendo como foco principal divulgar métodos de prevenção de doenças, cuidados

com a saúde, e a inclusão desses sujeitos em programas públicos de promoção da saúde e cidadania. Vale destacar que a equipe deve tentar construir um modelo de abordagem que reconheça os usuários de drogas como cidadãos, levando em consideração suas limitações e suas expectativas.

3 FERRAMENTAS DE APOIO À GESTÃO

Atualmente é imprescindível o uso de ferramentas de apoio à gestão para auxiliar os processos administrativos nos ambientes de saúde. É praticamente impossível efetuar uma gestão eficiente sem contar com o auxílio de sistemas informatizados que juntamente aos indicadores, colaboram com o planejamento e organização das ações, a segurança das informações, a apuração dos resultados, e a melhoria contínua dos processos de trabalho. Devido à importância da qualidade das informações geradas em ambientes de saúde, este capítulo fará referência às ferramentas que podem auxiliar nos processos de gestão da saúde.

3.1 Sistema de Informações

Nos serviços de saúde o acompanhamento contínuo dos processos de trabalho, bem com a mensuração da qualidade e da produtividade são tarefas essenciais para atingir níveis satisfatórios de eficiência. Assim, é preciso encontrar métodos eficazes e precisos de efetuar esse acompanhamento. A adoção de um sistema de informações pode ser considerada uma importante ferramenta de auxílio na apuração de dados e informações em serviços de saúde. Shore (apud VALLE *et al.*, 2010, p. 47) define sistema de informações como “um sistema utilizado para coletar, armazenar, processar e apresentar informações para apoiar as necessidades de informações da empresa”. Alves (2009, p. 91) continua:

Medir qualidade e quantidade em programas de saúde é imprescindível para o planejamento, organização, coordenação, direção e avaliação, controle das atividades desenvolvidas, sendo alvo dessa medição, os resultados, processo e a estrutura necessária ou utilizada, bem como as influências e repercussões promovidas no meio ambiente.

A utilização de um sistema de informações eficiente cria subsídios para a elaboração de estudos de forma mais dinâmica e confiável. É possível produzir ferramentas de apoio à tomada de decisões, como por exemplo, os gráficos, que facilitam a visualização do contexto geral em estudo, e a partir daí avaliar a efetividade das ações implementadas ou estabelecer novas metas a alcançar. Podemos elencar como vantagens do uso de um sistema de informações, o alcance de maior eficiência, redução dos custos, menor quantidade de erros, melhor planejamento e organização das atividades operacionais e de distribuição (VALLE *et al.*, 2010). Segundo Kuazaqui e Tanaka (2008, p. 48) o sistema de informações pode ser considerado “um instrumento indispensável para a boa gestão administrativa e para dentro do processo decisório das diferentes unidades da instituição”. Os resultados apurados a partir da massa de dados gerada pelos sistemas de informação permite organizar e estruturar as diversas operações e eventos ocorridos em uma instituição de saúde durante um determinado intervalo de tempo (SIMÃO *et al.*, 2008).

Um fator muito importante a ser considerado na operação de um sistema de informações é a proteção e segurança dessas informações. O sistema deve conter meios seguros de proteger as informações de maneira que não sejam reveladas às pessoas não autorizadas, nem seja permitida sua publicação sem a devida autorização. Muitas das decisões gerenciais são tomadas com base em séries históricas, e levantamentos de dados periódicos, portanto um sistema de informações deve ser estruturado de forma a dar suporte e segurança na tomada das decisões. Na opinião de Kuazaqui e Tanaka (2008, p. 48) o sistema de informações age como “[...] subsídio à boa administração e o gerenciamento dos recursos humanos, intelectuais, mercadológicos e similares”.

3.2 Indicadores

A prática administrativa moderna das instituições de saúde torna necessário o uso de ferramentas confiáveis de apoio à gestão. Spiller *et al.* (2009, p. 141) comenta que “a dinâmica da

competição exige um trabalho mais intenso, ágil e produtivo”. Não é possível nos dias atuais, privar-se do uso de tecnologias modernas e de fontes de informações seguras e diversas, para efetuar uma gestão competente e eficaz. Nota-se assim, o crescente interesse na adoção de ferramentas de gestão que permitam a padronização de processos de forma mais eficiente, tornando viável lançar um olhar gerencial sobre os resultados da atividade produtiva (SIMÃO *et al.*, 2008). Segundo Spiller *et al.*, (2009, p. 142): “Ao analisarem indicadores, os gestores podem identificar tendências, fazer projeções e estabelecer relações de causa e efeito”. Assim é possível visualizar o panorama geral da instituição, direcionando efetivamente as ações que orientam a realização dos processos de trabalho. Simão *et al.* (2008, p. 42) compartilha que “por meio de indicadores que o gestor avalia o resultado das suas decisões, no nível estratégico, ou das ações da sua equipe nos níveis tático e operacional”. Silva e Nora (2008, p. 1) continuam:

[...] o trabalho, pautado em medidas de avaliação ou indicadores que monitoram a qualidade em saúde tem sido cada vez mais exigido, tanto por fontes pagadoras como pelos órgãos acreditadores nacionais e internacionais, impondo-se como real necessidade para os profissionais em saúde que se inquietam diante dos novos desafios.

D’Innocenzo, *et al.* (2010 p.92) comenta que: “A criação de indicadores [...] possibilita a identificação de oportunidades de melhoria de serviços e de mudanças positivas em relação ao alcance da qualidade”. Os indicadores de saúde, sendo importantes ferramentas de auxílio no monitoramento das ações, e servindo como base para a tomada de decisões, são conceituados por Alves (2009, p. 91) como:

[...] formas de representação quantificáveis das características de produtos e processos. São utilizados pela organização para controlar e melhorar a qualidade e o desempenho dos seus produtos e processos ao longo do tempo.

Em virtude da economia altamente competitiva que vivenciamos, a busca pela qualidade e excelência torna-se cada vez mais necessária para cativar e fidelizar clientes. Mesmo com a existência de várias ferramentas para avaliar qualidade na área da saúde, é unânime entre os gestores a necessidade da escolha de um sistema de indicadores de desempenho institucional, que promova a tomada de decisões com o menor grau de incerteza possível (MARQUES; SILVA; ALBOLEDA, 2008). Alves (2009, p. 92) afirma que: “Indicadores [...] são aqueles relacionados às condições de saúde de uma determinada população, a fatores demográficos, geográficos, educacionais, socioculturais, econômicos, políticos, legais e tecnológicos [...]”.

A necessidade de incorporar indicadores à gestão fica evidente quando Spiller *et al.*, (2009, p. 142) explica que: “[...] é necessário entender que tudo que é medido é melhorado ou, de outro modo, não é possível melhorar o que não se consegue medir”. O estabelecimento de indicadores e a sua avaliação periódica constitui uma importante ferramenta de apoio para avaliação de desempenho institucional, como também para a implementação de políticas públicas (MARQUES; SILVA; ALBOLEDA, 2008).

4 METODOLOGIA

Os métodos de realização da pesquisa foram subdivididos em classes reproduzindo a ordem cronológica da pesquisa.

4.1 Desenho Metodológico

Esta é uma pesquisa documental – exploratória, pois visa conhecer o perfil dos usuários do CAPS ad de Joinville. Apesar de o serviço estar funcionando há 11 anos ainda não se conhece o perfil dos seus usuários.

4.2 Coleta de Dados

O local escolhido para a elaboração do estudo foi um serviço de saúde mental denominado CAPS ad (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas) na cidade de Joinville, que é um serviço público para tratamento da dependência química, ou seja, das pessoas que fazem uso, abuso ou são dependentes de álcool ou outras drogas. A pesquisa foi realizada mediante a consulta às fichas de acolhimento (Anexo A), que são instrumentos para cadastrar os dados de cada usuário do serviço. As fichas de acolhimento são formulários impressos em uma formatação gráfica padrão, e que são preenchidas manualmente pelo profissional que recebe o usuário que comparece ao CAPS ad na busca tratamento para dependência química. Os dados coletados desse usuário consistem em nome, número do acolhimento, data, gênero (masculino ou feminino), idade, substância ou droga de preferência, estado civil, escolaridade, profissão e bairro de residência.

4.3 População e Amostra

O levantamento dos dados realizou-se durante os meses de janeiro a abril de 2012, e nesse período totalizou 367 fichas de acolhimento. Desse total foram excluídos os acolhimentos realizados com os familiares de dependentes químicos, os acolhimentos de usuários que negavam uso de substâncias e compareceram por sugestão ou imposição de familiares, ou por orientação de um órgão disciplinador como por exemplo, o Conselho Tutelar. Subtraindo-se o número de acolhimentos que foram desconsiderados, chegamos ao total de 295 usuários, dos quais os dados relativos ao perfil individual foram cadastrados no sistema de informações adotado.

4.4 Análise dos Dados

A análise dos dados foi feita através da construção de uma planilha eletrônica (Ap elaborada com o programa Microsoft Excel 2010®). Após o cadastramento total, os dados foram analisados e os resultados da amostra estão adiante descritos em forma de gráficos, quantidades e percentuais. O sistema proporcionou organizar entre os diversos dados considerados aqueles com maior e menor predominância, permitindo também representar graficamente os resultados do perfil dos usuários do serviço de dependência química.

4.5 Considerações Éticas

A identidade de todos os participantes foi preservada, mantendo o compromisso ético com a pesquisa e o respeito aos princípios da beneficência, não maleficência, justiça e autonomia.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os dados que refletem o perfil da população de dependentes químicos foram detalhadamente cadastrados no sistema de informações adotado. As classificações utilizadas para conhecer o perfil dos usuários do CAPS ad permitiram o detalhamento minucioso dessa população conhecendo as classes sociais mais vulneráveis, identificando bairros que concentram maior número de usuários, as substâncias mais consumidas, entre outros aspectos. Ribeiro (2004, p. 59) complementa: [...] “o contexto econômico e sociocultural de uma comunidade reveste o paciente de particularidades que precisam ser consideradas pelo serviço de tratamento em uma dada região”. A seguir, estão detalhadas as classificações utilizadas para conhecer o perfil dos usuários do CAPS ad de Joinville com as devidas quantidades e percentuais encontrados.

5.1 Gênero da População

Analisando os dados da população quanto ao gênero (masculino ou feminino), notou-se predominância dos usuários do sexo masculino totalizando 248 (84,06 %), enquanto que o sexo feminino fez um total bem menor com 47 usuárias de substâncias psicoativas representando percentual de (15,94 %). Com estes números conclui-se que a grande maioria dos usuários pesquisados são homens. Souza e Oliveira (2010) em sua pesquisa concluíram que 95,1% dos dependentes químicos eram do sexo masculino. Peixoto *et al.* (2010) no estudo de 316 registros de pacientes do CAPS ad de Campo Grande (MS), obteve com resultado a maioria (86,4%) composta por homens.

O alto índice de homens nos serviços de tratamento para dependência química denota a importância de informar de maneira mais eficiente esse público, dando maior ênfase aos assuntos e métodos de prevenção ao consumo de drogas. Estudando amostra de população do CAPS ad de Teresina (PI) Monteiro *et al.* (2011) obteve a predominância de dependentes do sexo masculino (88,9%). O gráfico 1 permite a visualização do

comparativo entre os usuários do gênero masculino e feminino no CAPS ad de Joinville.

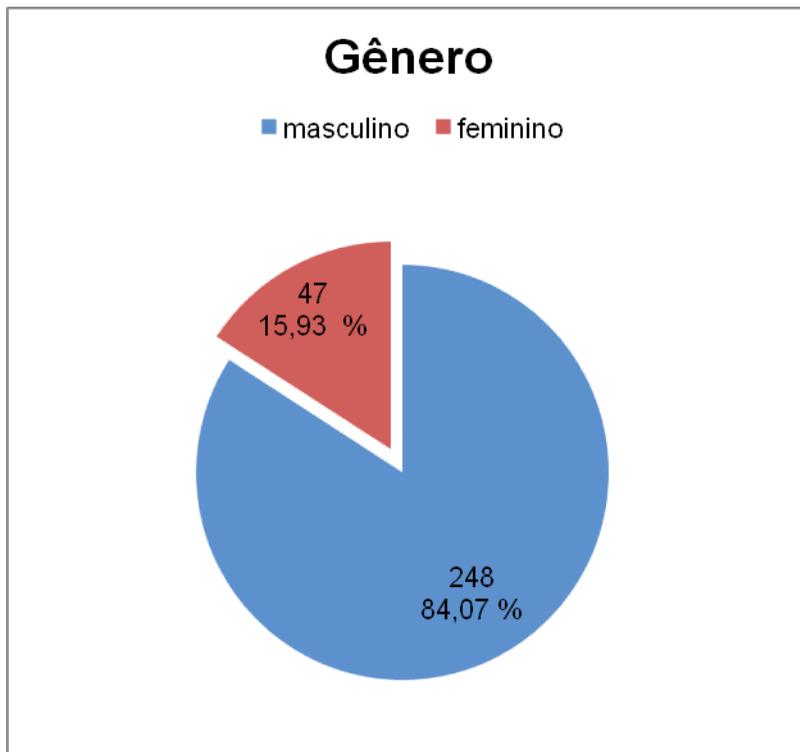


Figura 01 - Gráfico do Gênero (masculino ou feminino)

5.2 Idade da População

Com relação à faixa etária dos usuários, sabe-se que a instituição estudada atende o público com idade igual ou maior de 18 anos. Dentre a população analisada o usuário mais jovem possuía 18 anos, o mais idoso apresentava 75 anos à época da pesquisa, e a média aritmética de todas as idades foi 34,6 anos, que caracterizou a maioria jovem. Peixoto *et al.* (2010) pesquisando usuários do CAPS ad na cidade de Campo Grande

(MS), encontrou como média a idade de 35,2 anos. Devido à grande quantidade de usuários e à diversidade das idades, estas foram agrupadas em intervalos para melhor classificação e de maneira que permita maior precisão na apuração final, como demonstra o gráfico 2. Assim, dividiu-se as idades dos usuários em 5 intervalos que ficaram assim distribuídas: de 18 a 30 anos, 31 a 40 anos, 41 a 50 anos, 51 a 60 anos, acima de 60 anos.

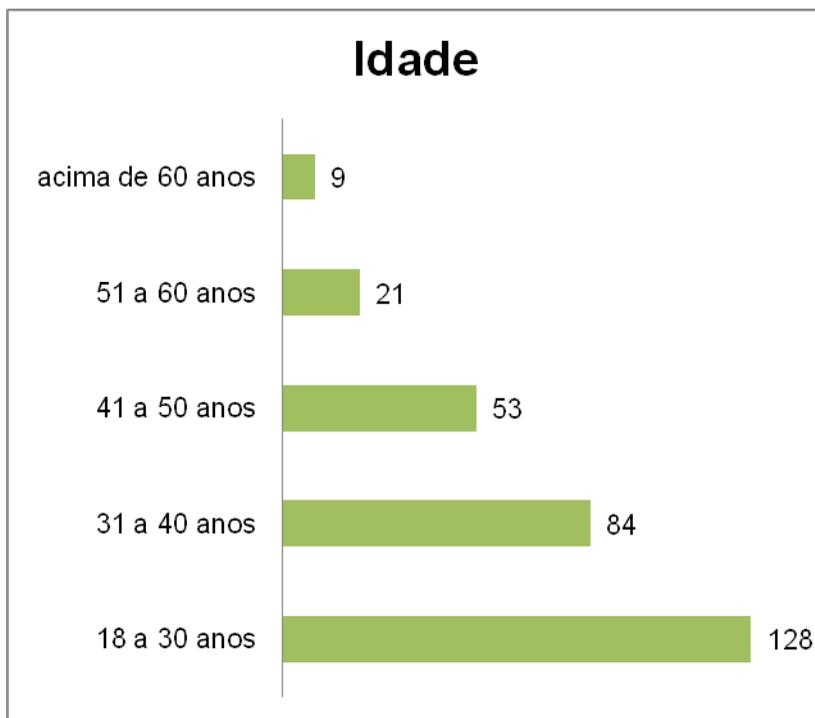


Figura 02 - Gráfico das Idades

Nos resultados apurados, o maior número de usuários 128 (43,39 %) está na classe (18 a 30 anos). (QUIMELLI, KRAINSKI e CORDEIRO, 2005) em seus estudos encontraram que “a faixa etária em que as pessoas mais se envolvem com o uso de drogas, está compreendida entre 18 a 30 anos”. (BORBA, SILVA e PAES, 2010) ressaltam que “o abuso de substâncias

psicoativas atinge indivíduos de diferentes idades, e que há um acréscimo no número de usuários com idade entre 26 e 33 anos – 37%”. A faixa etária dos pacientes estudados por Ferreira Filho et al. (2003) na Grande São Paulo era bastante jovem, sendo que 85,0% dos dependentes químicos tinham menos de 35 anos de idade. Com 84 usuários a classe dos (31 a 40 anos) representou (28,48 %) do total. De (41 a 50 anos) o total apurado foi 53 (17,96 %). Souza e Oliveira (2010) na cidade de Sobral (CE) encontraram na faixa etária entre 30 e 49 anos (62,5%) dos usuários.

O decréscimo do número de usuários é fato notável na classe seguinte de (51 a 60 anos) que totalizaram 21 usuários de substâncias psicoativas (7,12 %). Podem ser elencados alguns motivos para explicar a diminuição da quantidade de usuários com o avanço da idade. O aumento da idade sugere que esses indivíduos adquiram a maturidade necessária e tomem consciência de seus atos, deixando de consumir drogas. Outro fator pode ser o abandono do tratamento por julgarem-se impotentes diante da dependência química. Os óbitos também devem ser considerados, haja vista os agravos à saúde decorrentes do uso de drogas. A quantidade de usuários continua decaindo na classe (acima de 60 anos) que perfizeram um total de 9 (3,05 %) do total pesquisado.

5.3 Drogas ou Substâncias de Preferência

No levantamento dos dados relativos às substâncias de preferência, 7 substâncias psicoativas diferentes estavam anotadas nas fichas de acolhimento. Estas substâncias são: álcool, crack, maconha, cocaína, mesclado (maconha + crack), benzodiazepínicos (medicações utilizadas como sedativos e redutores da ansiedade) e LSD (substância que causa alucinações e sua sigla traduzida para o português significa dietilamida ácido lisérgico).

No momento do acolhimento o técnico que entrevista o usuário e anota os dados, pergunta ao usuário quais são as substâncias psicoativas que esse usuário utiliza. Na sequência, questionando acerca do seu histórico de consumo, busca

identificar qual é a substância de preferência desse usuário. Para fins de estudo foi considerado somente a substância de preferência, e não todas aquelas que o usuário utiliza, evitando a possibilidade de duplicidade de informações. A seguir, o gráfico 3 demonstra a distribuição correspondente às drogas ou substâncias psicoativas de preferência.

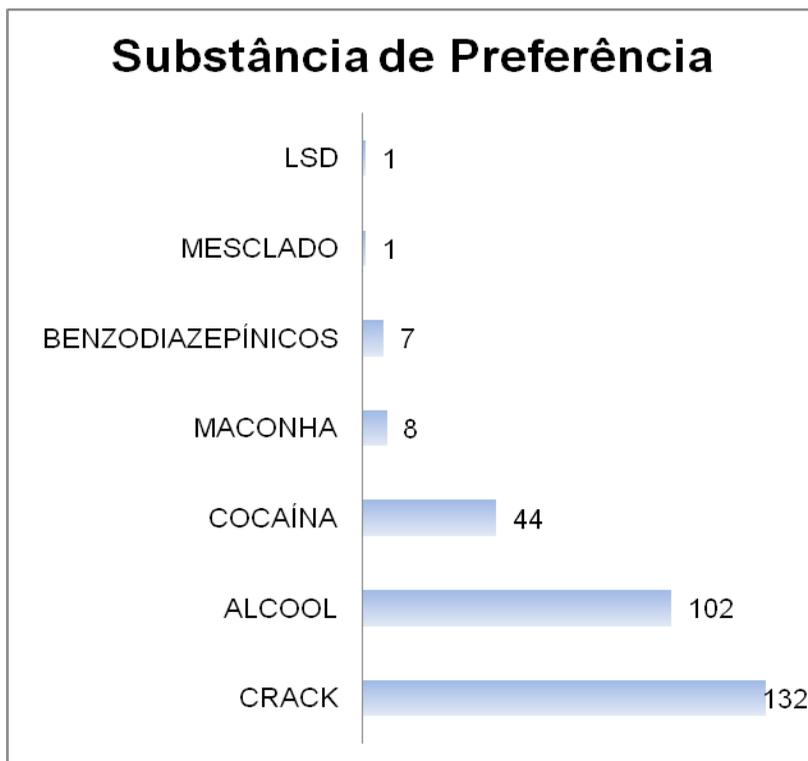


Figura 03 - Gráfico das Substâncias de Preferência

Como resultado dessa classificação o crack foi a substância mais consumida por 132 usuários (44,75%). Notamos que essa grande representação percentual é motivo de especial atenção, pois compreende quase a metade dos usuários pesquisados. Ferreira Filho *et al.* (2003) estudou população na Grande São Paulo e encontrou que (38,4%) dos usuários eram

dependentes de crack. Rocha (2008, p. 152) reforça que: “O crack é um dos maiores problemas, atualmente, no mundo, na questão da drogadição”. Oliveira e Nappo (2008) pesquisando na cidade de São Paulo encontraram que “Em função de seu alto poder indutor de dependência [...], o crack foi eleito como a droga de preferência”.

O consumo do álcool também apresentou uma quantidade bastante representativa com 102 usuários (34,58%) do total pesquisado. Ramsay e Newman (2004, p. 114) lembram que: “Tratar clientes que abusam de drogas ou álcool é particularmente desafiador”. Souza e Oliveira (2010) em estudo com população de dependentes químicos na cidade de Sobral (CE) concluíram que o álcool é a droga mais consumida pelos clientes.

Outra substância que apresentou número relevante foi a cocaína que foi citada por 44 usuários (14,91%). A maconha como substância de preferência foi referida por 8 usuários (2,71%). Os benzodiazepínicos foram substância de preferência de 7 usuários (2,37%). A substância mesclado (maconha + crack) foi citada por 1 indivíduo (0,34%), e o LSD também obteve o mesmo valor percentual.

5.4 Estado Civil

Entre as fichas de acolhimento pesquisadas, foram encontradas diversas denominações para a situação de estado civil ou relacionamento conjugal. Os relacionamentos considerados para o estudo são: solteiro, casado, separado, viúvo e não especificado (quando do preenchimento da ficha de acolhimento não foi preenchido o campo destinado para estado civil). Outras denominações encontradas tais como amasiado e convivente, foram consideradas para objeto deste estudo como estado civil casado. Para os que referiram o estado civil divorciado ou desquitado, consideramos nesta pesquisa como estado civil separado.

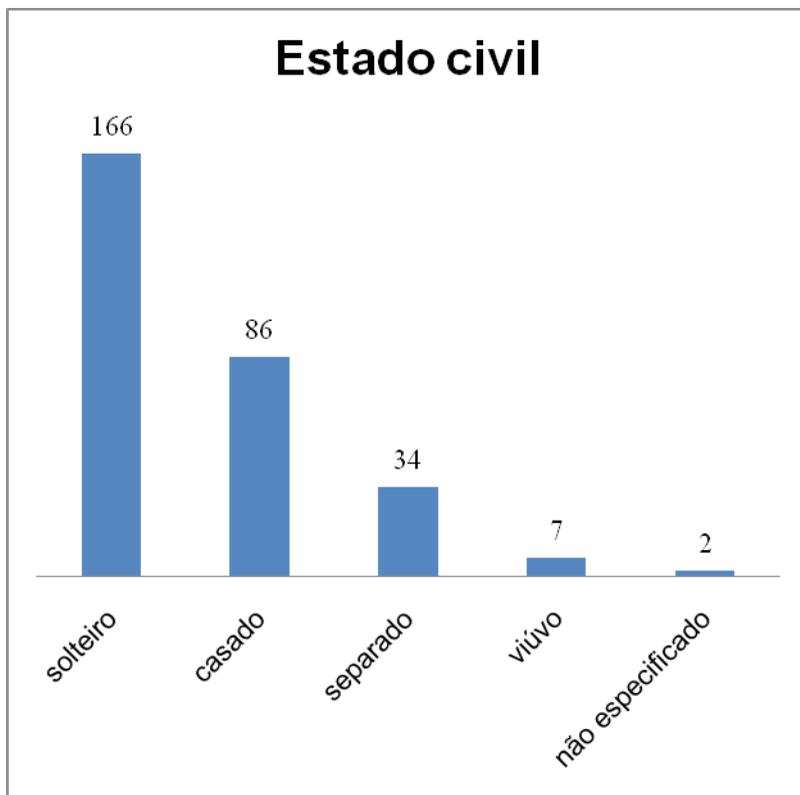


Figura 04 - Gráfico do Estado Civil

Os solteiros representaram o maior número entre os usuários estudados num total de 166 (56,27 %). Já os casados, com número bastante expressivo totalizaram 86 (29,15 %). Mediante análise desses resultados nota-se a predominância dos solteiros em número quase duas vezes maior que o número de casados. (QUIMELLI, KRAINSKI E CORDEIRO, 2005) obtiveram resultados parecidos em sua pesquisa na cidade de Ponta Grossa (PR), levantando que “a maioria das pessoas atendidas é solteira (63,4%), seguida dos casados (20,6%)”. Monteiro *et al.* (2011) obteve (50,2 %) de solteiros em sua pesquisa de perfil sociodemográfico na cidade de Teresina (PI).

Os usuários de estado civil separados, em número de 34, representaram (11,53 %). Em menor número estavam os viúvos com um total de 7 (2,37 %), e como estado civil não especificado foram contados 2 usuários (0,68 %). Ramsay e Newman (2004) entendem que os conflitos conjugais, separações e perdas em relacionamentos significativos são fontes comuns de crises e recaídas para os clientes que abusam de substâncias. Fatores como força de ego, força de vontade, apoio social, emprego e saúde física tem relação direta e são fortemente abalados por questões de relacionamento afetivo.

5.5 Nível de Escolaridade

A pesquisa permitiu o levantamento do nível de escolaridade entre a população usuária, demonstrando que grande parte dessa população possui poucos anos de estudo. É importante salientar que a baixa escolaridade refletirá no futuro profissional dos usuários, pois faltarão subsídios para uma qualificação profissional satisfatória. Para obter resultados mais detalhados com relação ao nível de escolaridade, dividiu-se a formação escolar nos níveis: superior, superior incompleto, médio, médio incompleto, fundamental, fundamental incompleto, primário, primário incompleto, não alfabetizado, e não especificado (quando do preenchimento da ficha de acolhimento não foi preenchido o campo disponível para escolaridade). O gráfico 5 permite a visualização das quantidades de usuários em cada um dos níveis de escolaridade encontrados na pesquisa.

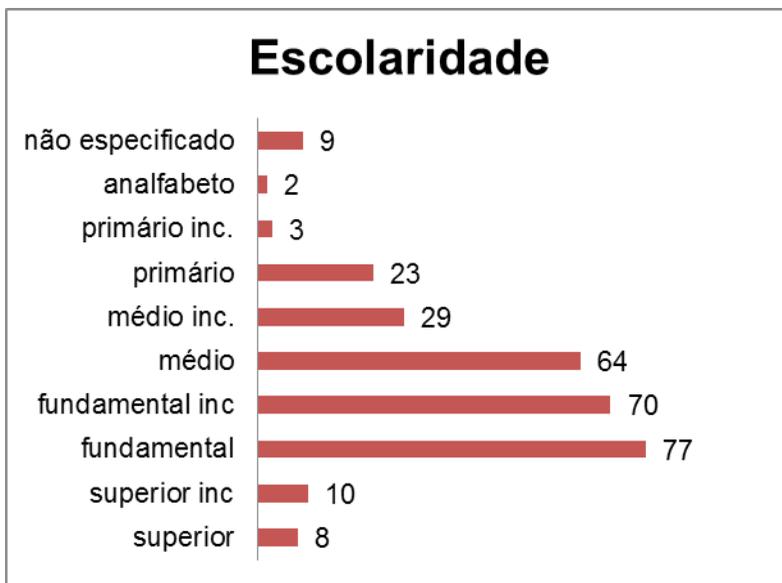


Figura 05 - Gráfico do Nível de Escolaridade

A maior parte dos usuários tem como formação escolar o nível fundamental num total de 77 usuários (26,11%), e também em grande número estão os usuários com formação no ensino fundamental incompleto 70 (23,73%). Ferreira Filho *et al.* (2003) encontrou baixa escolaridade entre usuários pesquisados na Grande São Paulo onde 50% dos pacientes não completaram a oitava série. Com ensino fundamental incompleto (QUIMELLI; KRANSKI; CORDEIRO, 2005) encontraram na cidade de Ponta Grossa (PR) 38% da população de usuários.

Entre as 295 fichas de acolhimento pesquisadas havia 2 analfabetos (0,68%) e 9 fichas de acolhimento (3,06%) não estavam preenchidas no campo escolaridade, sendo consideradas nesta pesquisa como dados não especificados. Com nível médio completo o total foi de 64 (21,7%), e com nível médio incompleto 29 (9,8%). O nível primário foi citado 23 usuários (7,8%), e o primário incompleto por 3 usuários (1,02%). (BORBA; SILVA; PAES, 2010, p. 587) reforçam que: “com o uso abusivo das substâncias psicoativas, eles comumente deixam de estudar e compõem o grupo de risco para o desemprego”. Usuários com nível superior totalizaram 8 (2,71%) e com nível

superior incompleto 10 (3,39%). Filho *et al.* (2003) apontou em seu estudo que apenas seis indivíduos (1,4%) tinham completado o curso superior. Quimelli, Krainski e Cordeiro (2005) apuraram que 7,8% da população de dependentes químicos estudada em Ponta Grossa (PR) têm ensino superior completo ou incompleto.

5.6 Profissão

O levantamento das profissões proporcionou conhecer quais são os profissionais que mais se envolvem com o consumo de drogas. As diversas denominações de profissões encontradas nas fichas de acolhimento foram fielmente reproduzidas para o sistema de informações. Não foi realizado qualquer tipo de adaptação quanto ao nome da profissão, e resultou num total de 106 profissões diferentes. Algumas profissões apresentaram número bastante expressivo, e as de maior quantidade estão representadas no gráfico 6. Nota-se também grande número de dados não especificados que altera a precisão dos resultados da pesquisa. Os dados foram considerados como não especificados quando esse campo não estava preenchido na ficha de acolhimento, ou quando o usuário relatava não possuir profissão. Assim, percebe-se que essa grande quantidade não especificada 26 (8,81 %) teve a maior representatividade no total das 295 fichas de acolhimento pesquisadas.

Com maior número foram apuradas as profissões de pedreiro com 20 usuários, servente (19), do lar (16), pintor (15), motorista (13), desempregado (12) e aposentado (11). Dentre as profissões citadas anteriormente, com exceção dos desempregados e dos aposentados dos quais não se tem subsídios para tecer qualquer comentário, nota-se que as demais são profissões que não exigem grande formação escolar, coincidindo com os dados encontrados nesta pesquisa quanto ao nível de escolaridade da população.

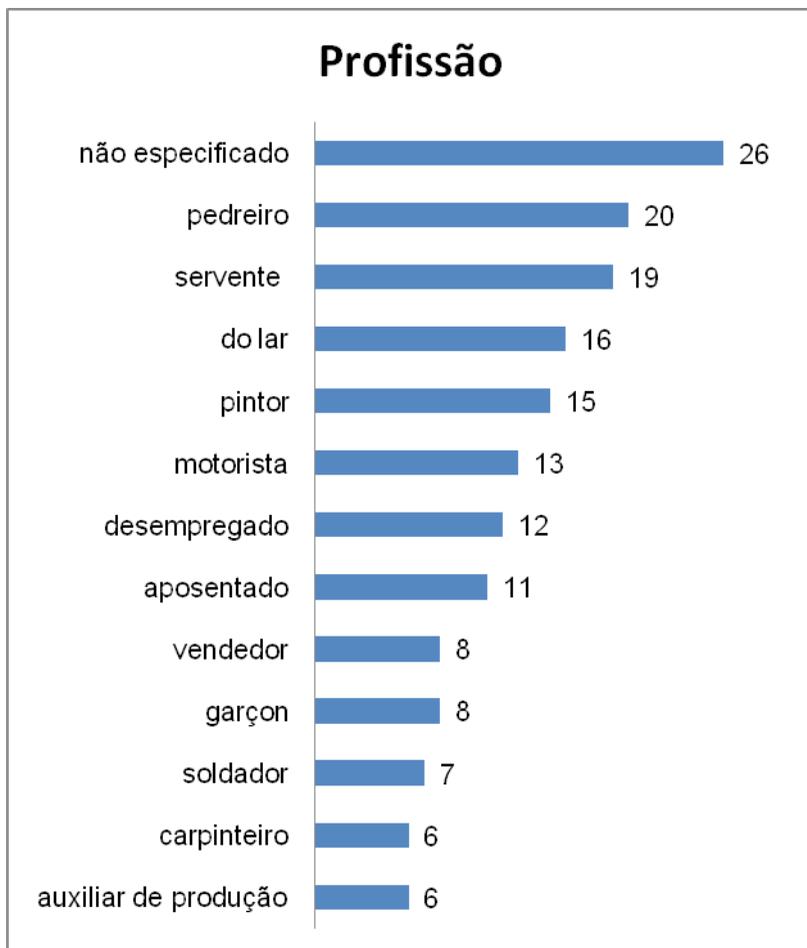


Figura 06 - Gráfico das Profissões

No gráfico 7 as profissões foram classificadas conforme o setor específico ao qual correspondem. Assim realizou-se a distribuição das profissões dentro dos diversos setores profissionais como o setor de serviços, setor da indústria, do comércio, da construção civil, educação e autônomos. As demais profissões denominadas do lar (dona de casa), desempregado, não especificado e aposentado não se classificaram em nenhum

setor específico e mantiveram a mesma denominação estabelecida no gráfico 6.

No setor de serviços apontamos 80 (27,11%) dos usuários, no setor da construção civil 65 (22,03%), na indústria 55 (18,64%), e não especificados somaram 26 (8,81%). O setor da educação somou 10 usuários, e a partir da classificação do lar (dona de casa), repetem-se as mesmas quantidades expostas no gráfico 6. O estudo referente aos usuários de crack realizado por Guimarães *et al.* (2008) concluiu dentre as profissões mais referidas que “30% trabalhavam com serviços gerais; 16,7%, na construção civil; e 13,3%, no comércio. O restante da amostra (40%) declarou ser vigilante, motorista ou ter outra profissão”.

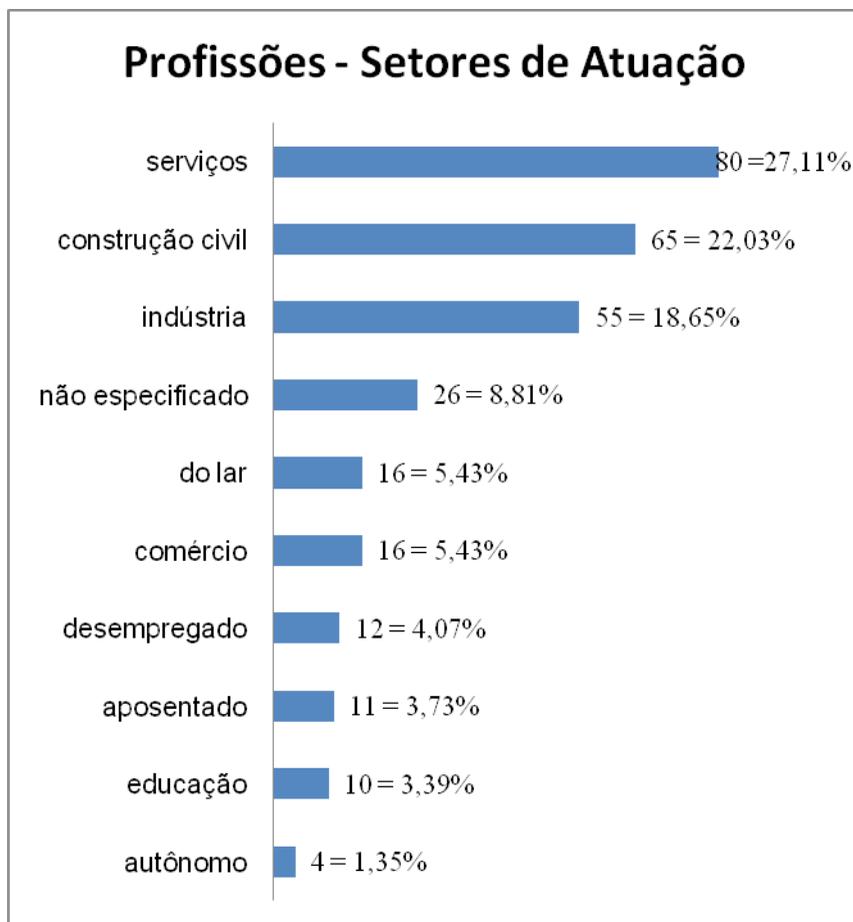


Figura 07 - Gráfico dos Setores de Atuação

5.7 Bairros de Residência

Encontrou-se uma grande variedade de bairros de residência durante a elaboração da pesquisa, perfazendo um total de 43. Pode-se considerar o estudo dos bairros como uma das variáveis mais importantes para a implementação de ações de promoção de saúde e prevenção ao uso de substâncias psicoativas. Conhecendo os bairros onde há maior concentração

de usuários, torna-se possível planejar ações direcionadas para uma região específica, e que estejam em consonância com as expectativas e necessidades da população deste local.

Mesmo residindo em bairros distantes do local de tratamento, muitos usuários buscam ajuda para tratar a dependência química no CAPS ad. A maior parte dos usuários 41 (13,9 %) está em Situação de Rua, que para medida de contagem e comparação neste estudo, foi considerado como bairro. O termo Situação de Rua refere-se àqueles usuários que não possuem endereço fixo de residência, aos que vieram de outras cidades e por algum motivo não encontraram moradia, aos que devido à situação econômica não conseguiram melhor local para residir, e também aos que romperam seus vínculos familiares e foram expulsos de casa, desconsiderando seu antigo endereço como referência. Ramsay e Newman (2004, p. 121) complementam: “Quando esses clientes não conseguem achar outro amigo ou parente com quem morar, talvez não tenham alternativa a não ser ficar nas ruas”.

A situação de rua pode ser causada pela expulsão do cliente abusador de drogas de sua casa, por um familiar, uma pessoa com quem divide um imóvel ou pelo proprietário do imóvel, cujos limites de tolerância já foram ultrapassados (RAMSAY; NEWMAN, 2004). Os mesmos autores ainda reforçam que “pode ser quase impossível localizar o cliente que sai de casa para se envolver em uma prolongada orgia de drogas”. Mesmo assim, essa situação pode ser interrompida a qualquer momento, quando o usuário consegue “deixar a rua”, motivado pelo fato de ter resgatado a confiança de familiares que o acolhem novamente, ou quando estabelece um vínculo empregatício que proporciona melhor situação financeira e decide encontrar outro local para morar. Rocha (2008, p. 156) lembra que “a família [...] têm aí papel fundamental, na criação de uma rede de proteção, no resgate dos valores, na aceitação das diferenças, no estímulo à solidariedade”. Ferreira Filho *et al.* (2003) levantou em amostra populacional de 440 usuários de drogas na Grande São Paulo que “cento e dezesseis (26,4%) admitiam já ter morado nas ruas”. É importante ressaltar aqui o trabalho das equipes de redução de danos que vão às ruas com a missão de minimizar os efeitos adversos à saúde dos usuários, provocados pelo uso abusivo de drogas. Através do contato com

essa população, os redutores de danos informam e orientam os usuários quanto aos riscos e vulnerabilidade a que ficam expostos quando em situação de rua.

Na compilação dos dados o bairro Floresta apresentou um total de 19 usuários (6,45%), sendo o segundo bairro com maior prevalência. O bairro Itaum totalizou 14 usuários (4,75%), o bairro Aventureiro, Jardim Paraíso e Paranaguamirim registraram as mesmas quantidades com 12 usuários (4,07 %) em cada um deles. Observando o gráfico 8 percebe-se que há uma grande variação quanto às quantidades de usuários em cada bairro, sendo que existem bairros muito próximos geograficamente, com grandes diferenças em quantidades de usuários, como é o caso do Nova Brasília, com 10 usuários enquanto que ao seu lado o bairro Morro do Meio possui a metade, 5 usuários de substâncias psicoativas. Situação contrária é encontrada no bairro Aventureiro com 12 usuários, e no seu vizinho Jardim Iririú 11 usuários. Pode-se concluir que não existe um padrão uniforme de quantidade de usuários por localidade geográfica, estando essa quantidade totalmente dispersa de maneira desigual nos diversos bairros da cidade de Joinville. No gráfico 8 está a disposição completa de todos os bairros da cidade com as respectivas quantidades de usuários em cada um destes.

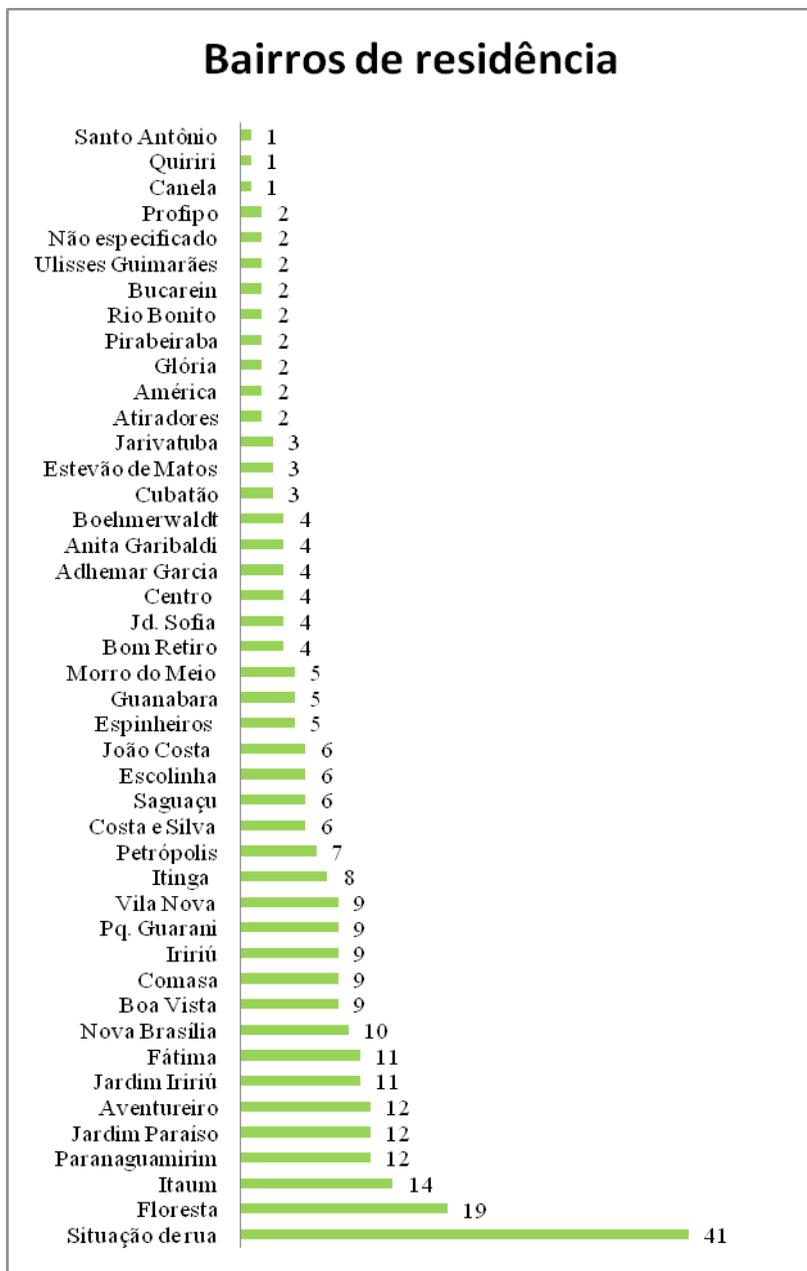


Figura 08 - Gráfico dos Bairros de Residência

Identificar a procedência dos usuários do serviço é fator de grande relevância, pois essa informação auxilia na elaboração de estratégias políticas para promoção de saúde. Pela importância de conhecer os bairros de residência dos usuários do CAPS ad e mapear a sua distribuição geográfica, optou-se por aprofundar um pouco mais o estudo, fazendo uma análise mais detalhada desta classificação. Assim os bairros de Joinville foram subdivididos conforme a sua localização geográfica em bairros da zona norte e bairros da zona sul, e dispostos cada qual com as respectivas quantidades de usuários.

Nessa classificação o grupo pertencente aos usuários em Situação de Rua não foi considerado para efeitos de contagem, pois não é conhecida a sua localização geográfica dentro do município, impedindo de considerá-los como pertencentes à zona norte ou à zona sul da cidade. Da mesma forma procedeu-se com os usuários que pertencem ao grupo “Não Especificado”, sendo que ao final foram contabilizados 252 usuários para esta contagem. Na contagem dos usuários pertencentes ao “Centro” no total de (4), metade foi considerada na zona norte e a outra metade na zona sul, pois o Centro se refere à divisão geográfica exata da cidade.

No gráfico 9 pode-se notar a distribuição dos 23 bairros da zona sul da cidade de Joinville, e nesta região está localizada a maior parte dos usuários num total de 149 (59,12%). No gráfico 10 estão distribuídos os 20 bairros da zona norte da cidade, onde registramos o total de 103 usuários (40,88%). Com essas informações nota-se que a zona sul possui maior número de usuários de substâncias psicoativas, quando comparada com a zona norte da cidade, e que os bairros com maior número de usuários também estão localizados na zona sul.

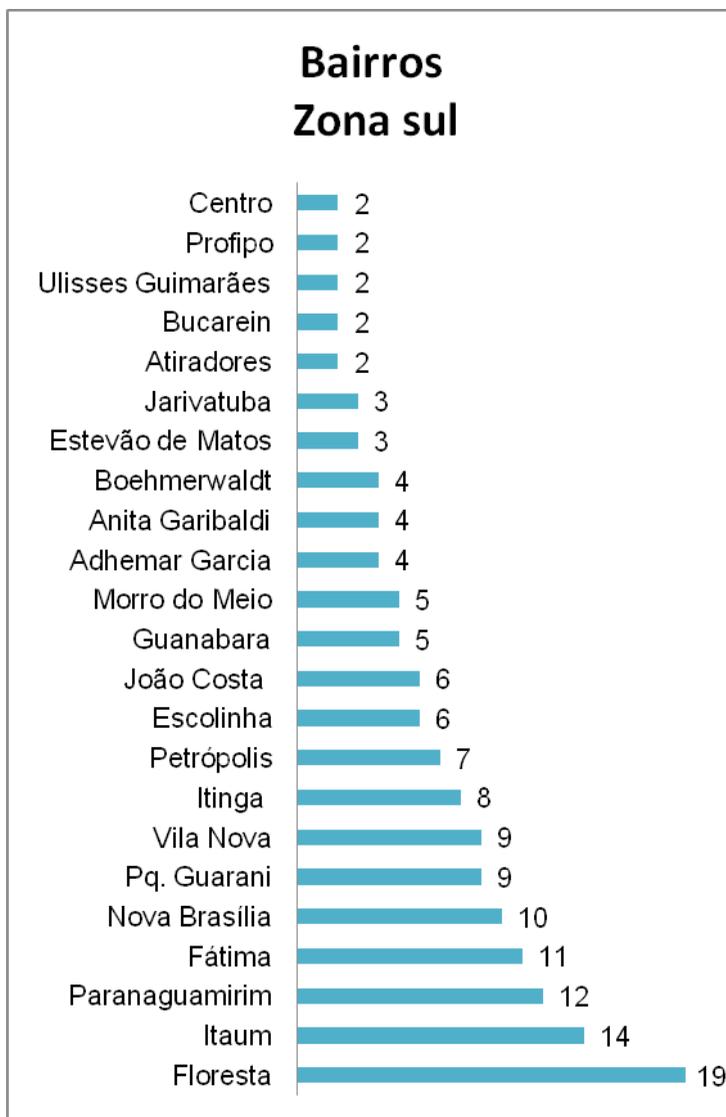


Figura 09 - Gráfico dos Bairros da Zona Sul

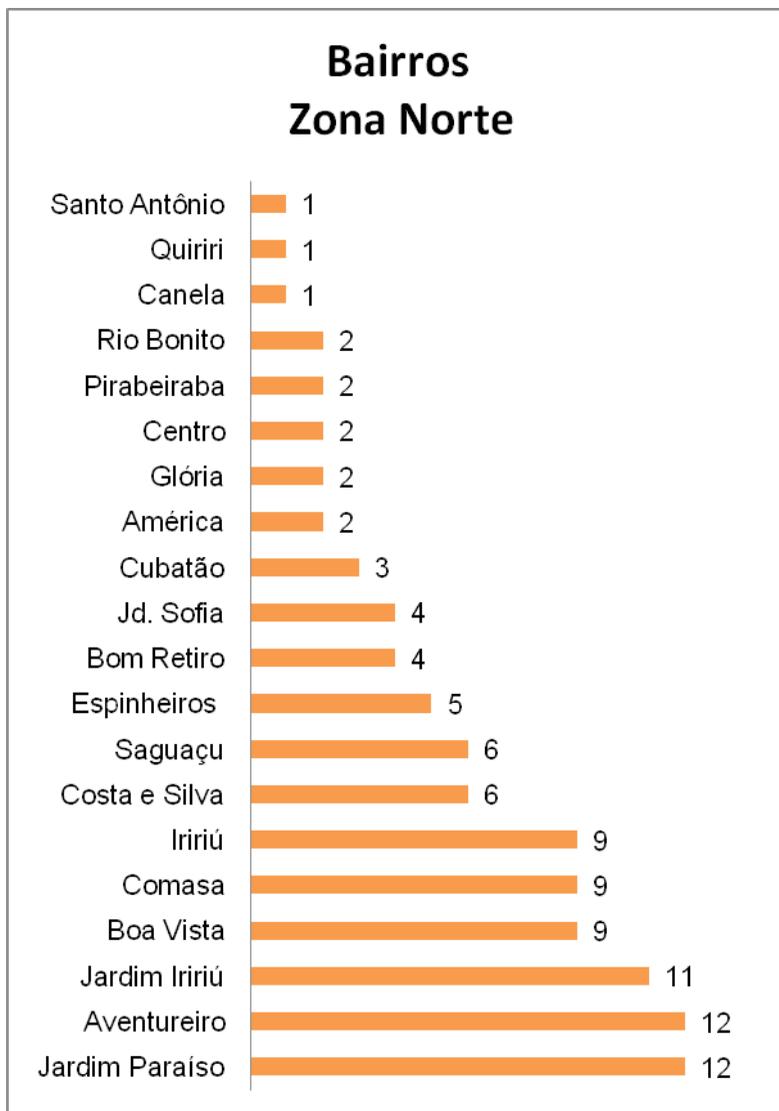


Figura 10 - Gráfico dos Bairros da Zona Norte

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa proporcionou o aprofundamento dos conhecimentos no campo da saúde mental e permitiu avaliar todo o contexto histórico que influenciou os ambientes de saúde ao longo dos anos. Estabelecendo um comparativo entre as práticas atuais em saúde mental com aquelas utilizadas há pouco mais de três décadas, podem ser identificadas notáveis diferenças. Não era possível proporcionar tratamento de saúde com qualidade, em um ambiente que se destinava quase que exclusivamente à exclusão social do doente mental. Assim, com o advento da Reforma Psiquiátrica, os hospitais que se destinavam ao tratamento das doenças mentais aos poucos reduziram seus números de leitos, e muitos deles extinguíram as alas psiquiátricas. Caracterizava-se dessa forma o nascimento de uma nova era no tratamento da saúde mental, com a criação de ambientes alternativos à internação. A construção dos Centros de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPS ad) significou o surgimento de novos espaços para acolher os sujeitos que apresentavam danos causados pelo uso de substâncias psicoativas. Novas formas de tratamento foram instituídas buscando a autonomia e a reinserção social do usuário, implicando também sua família no contexto do tratamento.

Já se passaram cerca de dez anos da aprovação da Lei 10.216 que redirecionou o modelo assistencial em saúde mental, e nota-se que as práticas assistenciais vêm sendo constantemente discutidas e reestruturadas. A partir destes questionamentos e pela necessidade de constantes aprimoramentos, surge a importância de saber o perfil da população atendida. Baseado nessas informações tem-se subsídios suficientes que permitem mapear determinada população ou localidade, identificando as classes sociais mais vulneráveis, e construir programas de tratamento eficientes.

O estudo do perfil dos usuários do CAPS ad proporcionou aumentar o conhecimento a respeito da população atendida neste serviço. Os resultados da pesquisa revelaram que a população masculina jovem e solteira é a que está mais envolvida com o uso de substâncias psicoativas, sendo o crack a substância de preferência. Guimarães et al. (2008, p.102) lembra

que “estudos futuros devem analisar dados sociodemográficos de usuários de crack”, identificando as influências culturais, sociais e econômicas, construindo assim novas estratégias de abordagem desse grave problema social. Com os diversos tipos de mídia divulgando diariamente os índices alarmantes de consumo de drogas entre as populações jovens no país, é importante ressaltar que a transformação dessa situação impõe a criação de políticas públicas específicas.

O maior número de usuários encontra-se em Situação de Rua (13,9%), e os bairros que concentraram as maiores quantidades são o Floresta com (6,45%) de usuários, seguido do Itaum (4,75%), ambos localizados na zona sul da cidade. Identificando os bairros que possuem maior número de usuários, pode-se estabelecer ações em saúde específicas para determinada localidade, contemplando assim as regiões mais vulneráveis. Dentre a população estudada, (26,11%) possuem como escolaridade o nível fundamental e (23,73%) nível fundamental incompleto. Conclui-se assim que o público em questão possui poucos anos de estudo, caracterizando menores chances de obter boa colocação profissional. Este fato se verifica quando são analisados os setores de atuação desses sujeitos, revelando que um grande percentual de usuários está inserido no setor da construção civil.

Baseado no levantamento do perfil dos usuários foi possível fazer um estudo detalhado das características das populações atendidas. Foi notável que a geração de gráficos, de valores percentuais, e a diversidade dos dados encontrados produziram indicadores e informações significativas que até o momento não haviam sido estudadas ou diagnosticadas. Essas informações podem auxiliar no planejamento de ações, na construção de novas estratégias de tratamento em saúde mental, e na elaboração de políticas públicas que estejam voltadas à promoção da saúde e reinserção social dos dependentes químicos.

A sistematização das informações geradas diariamente no serviço proporcionou o desenvolvimento de uma ferramenta para a coleta de dados. O desenvolvimento desta ferramenta foi crucial para a realização do projeto, e o mesmo foi possível devido à combinação do conhecimento adquirido no trabalho realizado no CAPS ad com o conhecimento teórico

proporcionado pela academia. A ferramenta continuará a ser utilizada no serviço, e através dela, juntamente com a secretaria de saúde, serão programadas ações visando minimizar o consumo e os agravos à saúde relacionados ao abuso de substâncias psicoativas.

REFERÊNCIAS

ALVES, Vera Lúcia de Souza. **Gestão da Qualidade: ferramentas utilizadas no contexto contemporâneo da saúde.** São Paulo: Martinari, 2009.

BORBA, Letícia de Oliveira; SILVA, Luiz Henrique Prado da; PAES, Marcio Roberto. **Perfil dos Dependentes Químicos Atendidos em uma Unidade de Reabilitação de um Hospital Psiquiátrico.** Rio de Janeiro, p. 585 – 590, 2010. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdRed.jsp?iCve=127715324021>. Acesso em: 28 fev. 2012.

BRASIL. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm. Acesso em 07 mai. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Profissionalização dos Auxiliares de Enfermagem – Saúde Mental.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial.** Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília DF. 2004. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica 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. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em 07 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

COSTA, Humberto. Apresentação. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Saúde Mental e Economia Solidária: inclusão social pelo trabalho**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p.7-8. (Série D. Reuniões e Conferências).

DELGADO, Pedro Gabriel. Reforma psiquiátrica e inclusão social pelo trabalho. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Saúde Mental e Economia Solidária: inclusão social pelo trabalho**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p. 15-19.. (Série D. Reuniões e Conferências).

D'INNOCENZO, Maria; FELDMAN, Liliane Bauer; FAZENDA, Naira Regina dos Reis; HELITO, Renata Almeida Barros; RUTHES, Rosa Maria. **Indicadores, Auditorias, Certificações: ferramentas de qualidade para gestão em saúde**. 2 ed. São Paulo: Martinari, 2010.

FARIA, Jeovane Gomes; SCHNEIDER, Daniela Ribeiro. O Perfil dos Usuários do CAPS AD Blumenau e as Políticas Públicas em

Saúde Mental. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v21n3/a05v21n3.pdf>. Acesso em: 09 abr. 2012.

FIGUEIREDO, Nêbia Maria Almeida de. **Práticas de Enfermagem – Ensinando a Cuidar em Saúde Pública**. São Paulo: Yendis, 2005.

FERREIRA FILHO, Olavo Franco; TURCHI, Marília Dalva; LARANJEIRA, Ronaldo; CASTELO, Adauto. **Perfil sociodemográfico e de padrões de uso entre dependentes de cocaína hospitalizados**. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2003, vol.37, n.6, pp. 751-759. ISSN 0034-8910. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n6/18018.pdf>. Acesso em 02 maio 2012.

GUIMARÃES, Cristian Fabiano; SANTOS, Daniela Vender Vieira dos; FREITAS, Rodrigo Cavalari de; ARAUJO, Renata Brasil. Perfil do usuário de crack e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre (RS). **Revista Psiquiátrica do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 30, n. 2, p. 101-108, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v30n2/v30n2a05.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2012.

KUAZAQUI, Edmir; TANAKA, Luiz Carlos Takeshi. **Marketing e Gestão Estratégica de Serviços em Saúde**. São Paulo: Thomson Learning, 2008.

MARQUES, Ifigênia Augusta Braga; SILVA, Cristiane Pavanello Rodrigues; ALBOLEDA, Priscilla. Indicadores Administrativos de Gestão em Enfermagem. In: LEÃO, Eliseth Ribeiro et al. **Qualidade em saúde e indicadores como ferramenta de gestão**. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2008.

MONTEIRO, Claudete Ferreira de Souza; FÉ, Leandro Carvalho Moura; MOREIRA, Maycon Alex Cavalcante; ALBUQUERQUE, Isadora Elisa de Moura; SILVA, Michelly Gomes da; PASSAMANI, Mauro Cezar. **Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPS-ad do Piauí.** *Esc. Anna Nery* [online]. 2011, vol.15, n.1, pp. 90-95. ISSN 1414-8145. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n1/13.pdf>. Acesso em: 02 maio 2012.

NICÁCIO, Fernanda. Reforma psiquiátrica, direito ao trabalho e emancipação. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Saúde Mental e Economia Solidária: inclusão social pelo trabalho.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p.75-78.

OGATA, Márcia Niituma; FUREGATO, Antonia Regina F.; SAEKI, Toyoko. Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica no Brasil: Convergências e Divergências. **Nursing:** revista técnica de enfermagem. São Paulo, ano 3, nº 25, p. 24-29, 2000.

OLIVEIRA, Lúcio Garcia de; NAPPO, Solange Aparecida. **Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado.** *Rev. Saúde Pública* [online]. 2008, vol.42, n.4, pp. 664-671. ISSN 0034-8910. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n4/6645.pdf>. Acesso em 02 maio 2012.

PEIXOTO, Clayton; PRADO, Carlos Henrique de Oliveira; RODRIGUES, Cristiele Pedroso; CHEDA, Julio Nelson Devicari; MOTA, Letícia Brito Tavares da; VERAS, André Barciela. **Impacto do perfil clínico e sociodemográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a Usuários de Álcool e Drogas (CAPS ad).** *J. bras. psiquiatr.* [online]. 2010, vol.59, n.4, pp. 317-321. ISSN

0047-2085. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v59n4/08.pdf>. Acesso em: 02 maio 2012.

QUEIROZ, Isabela Saraiva de. Os programas de redução de danos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas. **Psicologia: ciência e profissão**. Brasília, ano 21, n.4, p. 2-15, 2001.

QUIMELLI, Gisele Alves de Sá; KRAINSKI, Luiza Bittencourt; CORDEIRO, Marilice Soelem. **Perfil dos Usuários Dependentes de Drogas do Programa Pró-Egresso (PPE) de Ponta Grossa**. Disponível em:
<http://www.uepg.br/revistaconexao/revista/edicao03/artigo12.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2012

RAMSAY, J. Russell; NEWMAN, Cory F. Abuso de Substâncias. In: DATTILIO, Frank M; FREEMAN, Arthur...[et al.]. **Estratégias cognitivo-comportamentais de intervenção em situações de crise**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RIBEIRO, Marcelo. **Organização de serviços para o tratamento da dependência do álcool**. Revista Brasileira de Psiquiatria. São Paulo, vol. 26 mai. 2004. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462004000500015&script=sci_arttext. Acesso em: 25 abr. 2012.

ROCHA, Ruth Mylius. **Enfermagem em saúde mental**. 2. ed. Rio de Janeiro: Senac Nacional, 2008.

SILVEIRA, Dartiu Xavier da. Reflexões sobre a prevenção do uso indevido de drogas. In: NIEL, Marcelo; SILVEIRA, Dartiu Xavier

da. (Orgs.). **Drogas e Redução de Danos: uma cartilha para os profissionais de saúde**. São Paulo, p. 7-10, 2008.

SILVA, Cristiane Pavanello; NORA, Andréa Mazzela. Indicadores de Qualidade. In: LEÃO, Eliseth Ribeiro; SILVA, Cristiane Pavanello Rodrigues; ALVARENGA, Denise Cavalline; MENDONÇA, Sílvia Helena Frota. **Qualidade em saúde e indicadores como ferramenta de gestão**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2008.

SILVA, Jorge Luiz Barbosa da. Curso: **Prevenção na Área da Dependência Química (2012). Visão Histórica e Contextualizada do Uso de Drogas**. Disponível em: <http://www.direcionaleducador.com.br/drogas/modulo-i-%E2%80%93-visao-historica-e-contextualizada-do-uso-de-drogas>. Acesso em 28 fev. 2012.

SILVA, Luiz Henrique Prado da; BORBA, Letícia de Oliveira; PAES, Marcio Roberto; GUIMARÃES, Andrea Noeremberg; MANTOVANI, Maria de Fátima; ALVES, MariluciMaftum. **Perfil dos Dependentes Químicos Atendidos em uma Unidade de Reabilitação de um Hospital Psiquiátrico**. *Esc. Anna Nery* [online]. 2010, vol. 14, n. 3, pp. 585-590. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=127715324021>. Acesso em: 28 fev. 2012.

SIMÃO, Klaiton Luís Ferretti; SANTOS, Joselito Cordeiro dos; NAGAI, André Akira; NORA, Andréa Mazzela; LEÃO, Eliseth Ribeiro. Sistemas de Informação: Uso de Indicadores na Área Hospitalar. In: LEÃO, Eliseth Ribeiro; SILVA, Cristiane Pavanello Rodrigues; ALVARENGA, Denise Cavalline; MENDONÇA, Sílvia Helena Frota. **Qualidade em saúde e indicadores como ferramenta de gestão**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2008.

SOARES, Tereza Cristina; TONAZIO, Carlos Henrique Silva. Todo Mundo tem um Pouco: parâmetros para a atuação do enfermeiro no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. **Nursing**: revista técnico científica de enfermagem. São Paulo, ano 8, nº 81, p. 76-79, 2005.

SOUSA, Fernando Sérgio Pereira de e OLIVEIRA, Eliany Nazaré. **Caracterização das internações de dependentes químicos em Unidade de Internação Psiquiátrica do Hospital Geral**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. Sobral, CE, v.15, n.3, p. 671-677, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n3/v15n3a09.pdf>. Acesso em 02 maio 2012.

SPILLER, Eduardo Santiago; SENNA, Ana Maria; SANTOS, José Ferreira dos; VILAR, Josier Marques. **Gestão dos serviços em saúde**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2009.

VALLE, André Bittencourt do; MONAT, André Soares; AMARAL, Alexandre Furtado; MARQUES, Eduardo Pereira. **Sistemas de informações gerenciais em organizações de saúde**. Rio de Janeiro: FGV, 2010.

APÊNDICE A - Termo de Autorização da Pesquisa

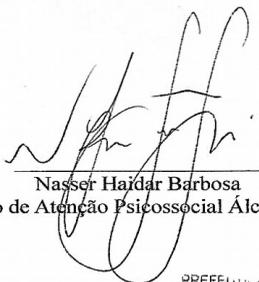
DOCUMENTO PARA AUTORIZAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO
DE PESQUISA

AO COORDENADOR DO CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS (CAPS ad) DE
JOINVILLE

Joinville, 02 de janeiro de 2012.

Declaro que tenho conhecimento do teor do Projeto de Pesquisa intitulado Perfil dos Usuários do Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas de Joinville e autorizo seu desenvolvimento, proposto pelo acadêmico Alvaro Moreira, sob a orientação da Prof. Josiane Siewert. O projeto é parte integrante dos requisitos para conclusão do Curso de Tecnologia em Gestão Hospitalar do Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia de Santa Catarina - Campus Joinville, e será desenvolvido mediante o levantamento de dados junto aos prontuários dos usuários do CAPS ad de Joinville no período de 01/01/2012 à 30/04/2012.

Atenciosamente,



Nasser Haidar Barbosa
Coordenador do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas de Joinville

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOINVILLE
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
NASSER HAIDAR BARBOSA
Coordenador do CAPS AD Matrículo. 37247

APENDICE B – Modelo da Planilha de Coleta de Dados

A CODIN BENEZ	ALCOBILMACO	DECLARACIONES	ESTADO	ESQUEMA	ESQUEMA
239066/02/15/1857	X			solteir	solteir
239066/02/15/1859	X			viuva	viuva
239066/02/15/1855	X			casado	casado
239067/02/15/1851	X			solteir	solteir
239067/02/15/1857	X			casado	casado
239067/02/15/1851		X	X	separado	separado
239067/02/15/1855			X	solteir	solteir
239067/02/15/1852			X	solteir	solteir
239068/02/15/1853		X		separado	separado
239068/02/15/1816				solteir	solteir
239068/02/15/1813		X		solteir	solteir

