



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO**

ANA CAROLINA SANTANA FRANÇA

**PERFIL DOS USUÁRIOS DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSOCIAL ÁLCOOL
E OUTRAS DROGAS (CAPS-AD III) NO MUNICÍPIO DE LIMOEIRO-PE.**

**VITÓRIA DE SANTO ANTÃO
2018**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO
BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA
NÚCLEO DE SAÚDE COLETIVA

ANA CAROLINA SANTANA FRANÇA

**PERFIL DOS USUÁRIOS DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSOCIAL ÁLCOOL
E OUTRAS DROGAS (CAPS-AD III) NO MUNICÍPIO DE LIMOEIRO-PE.**

TCC apresentado ao Curso de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientadora: Fabiana de Oliveira Silva Sousa

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2018

Catalogação na fonte
Sistema de Bibliotecas da UFPE - Biblioteca Setorial do CAV.
Bibliotecária Ana Ligia F. dos Santos, CRB4-2005

F814p França, Ana Carolina Santana.
Perfil dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS-AD III) no município de Limoeiro-PE./ Ana Carolina Santana França. - Vitória de Santo Antão, 2018.
44 folhas.

Orientadora: Fabiana de Oliveira Silva Souza.
TCC (Graduação) - Universidade Federal de Pernambuco, CAV, Bacharelado em Saúde Coletiva, 2018.

1. Perfil de Saúde. 2. Saúde Mental. 3. Atenção à Saúde. I. Souza, Fabiana de Oliveira Silva (Orientadora). II. Título.

362.2 CDD (23.ed.)

BIBCAV/UFPE-125/2018

ANA CAROLINA SANTANA FRANÇA

**PERFIL DOS USUÁRIOS DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL
E OUTRAS DROGAS (CAPS-AD III) NO MUNICÍPIO DE LIMOEIRO-PE.**

TCC apresentado ao Curso de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Aprovado em: 17/07/2018.

BANCA EXAMINADORA

Profº. Dra. Fabiana de Oliveira Silva Sousa (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Profº. Dra Petra Oliveira Duarte (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Profº. Dara Andrade Felipe (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Dedico este trabalho a professora Fabiana de Oliveira Silva Sousa, que foi minha orientadora, tendo muita paciência e incentivando meu crescimento profissional.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente à Deus que me deu forças para concluir este trabalho e me proporcionou conhecer pessoas maravilhosas que me ajudariam nesta caminhada.

Agradeço a minha família que ofereceram todos os recursos necessários para a conclusão deste curso. Particularmente à minha mãe, pelo amor e apoio incondicional.

Aos meus queridos professores, sem vocês, eu realmente não teria chegado até aqui. Estiveram ao meu lado em todos os períodos, acreditando em meu potencial, mesmo quando desacreditei. Em especial ao professor Darlindo Ferreira de Lima, à professora Flávia Cristina Morone Pinto, e a minha orientadora Fabiana de Oliveira Silva Sousa que sempre esteve disponível para me orientar, acolher e incentivar durante a conclusão desse curso.

Aos gestores dos serviços de saúde que me ofertaram espaço para aula técnica, projetos de extensão e estágio como estudante da Graduação em Saúde Coletiva. Principalmente à Talita Maria Pereira de Pádua Silva, que possibilitou a realização dessa pesquisa me fornecendo atenção, conhecimento e todos os recursos necessários que podiam ser disponibilizados pelo serviço.

As minhas estimadas amigas que sempre confiaram em mim e me apoiaram em todos os momentos.

E por fim, agradeço a todos que direta ou indiretamente contribuíram na realização dessa pesquisa e em minha formação.

RESUMO

Com a reorientação do modelo assistencial no âmbito da saúde mental observa-se que o Brasil evoluiu em políticas públicas voltadas para os usuários com transtornos decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas. Estudos recentes mostram que esses transtornos causam impacto e prejuízo sob diversos seguimentos da vida dos indivíduos, de suas famílias e da comunidade. Visando atender as necessidades dos usuários residentes em municípios da II Gerência Regional de Saúde, em 2012, foi implantado o Centro de atenção psicossocial álcool e outras drogas III (CAPS-AD) em Limoeiro-PE. Analisar o perfil dos usuários do Centro de atenção psicossocial álcool e outras drogas III (CAPS-AD) no município de Limoeiro-PE. Este estudo tem caráter descritivo, corte transversal e abordagem quantitativa. Realizou-se no CAPS AD III em Limoeiro-PE, no período de janeiro a junho de 2018. A coleta de dados foi realizada através da análise documental dos prontuários dos usuários do CAPS AD III. Esta análise proporcionou a criação de um banco de dados no programa Microsoft Excel para que a análise descritiva dos dados. A partir da análise foi possível concluir que os usuários do CAPS AD III Capibaribe, eram homens (93,8%), sem raça/cor informada (46,25%), solteiros (42,3%), católicos (43,1%), desempregados (43,2%), e tem filhos (64,8%). A maioria foi admitido quando jovem-adulto (46,4%), por demanda espontânea (64,6%). Apresentam histórico de antecedentes familiares que fazem uso de drogas (89,5%), fazem uso predominante do álcool (32,5%). O município de Limoeiro prevalece com 80% dos usuários ativos.

Palavras chaves: Perfil de Saúde. Saúde Mental. Atenção à Saúde.

ABSTRACT

With the reorientation of the healthcare model in the context of mental health It is observed that Brazil has evolved in public policies focused on users with disorders arising from the use of alcohol, crack and other drugs. Recent studies show that these disorders cause impact and injury under various follow-up of the lives of individuals, their families and the community. Aiming to meet the needs of the users resident in municipalities of the II Regional Health Management, in 2012, the center of Psychosocial Care Alcohol and other drugs III (CAPS-AD) was implanted in Limoeiro-PE. To analyze the profile of the users of the Psychosocial Care center alcohol and Other Drugs III (CAPS-AD) in the municipality of Limoeiro-PE. This study has descriptive character, cross-cutting and quantitative approach. It was held in CAPS AD III in Limoeiro-PE in the period from January to June 2018. The data collection was carried out through the document analysis of the files of the users of CAPS AD III. This analysis provided the creation of a database in the Microsoft Excel program for the descriptive analysis of the data. From the analysis it was possible to conclude that the users of CAPS AD III Capibaribe, were men (93.8%), no race/color informed (46.25%), singles (42.3%), Catholics (43.1%), unemployed (43.2%), and have children (64.8%). Most were admitted when young-adult (46.4%), on spontaneous demand (64.6%). They present a history of family history that make use of drugs (89.5%), make predominant use of alcohol (32.5%). Limoeiro Township prevails with 80% of active users.

Key words: Health profile. Mental Health. Watch your health.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 REVISÃO DE LITERATURA	12
2.1 Cuidado em Saúde Mental.....	12
2.2 Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	13
2.3 Regionalização	15
3 OBJETIVOS.....	17
3.1 Objetivo Geral.....	17
3.2 Objetivos específicos.....	17
4 ARTIGO	18
REFERÊNCIAS.....	22
5 CONCLUSÃO	28
REFERÊNCIAS.....	29
ANEXO A- INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES	34

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi implantado a partir da Constituição Federal Brasileira garantindo o direito à saúde com base nos princípios de equidade, integralidade e universalidade e as diretrizes de descentralização, regionalização, hierarquização e a participação social (BRASIL, 1990). Essa conquista jurídica representa um avanço importante na luta democrática pela garantia do acesso à saúde como um direito de cidadania (BRASIL, 1988).

No aspecto normativo, a Constituição Brasileira afirma que é dever do Estado garantir o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988). Dessa forma, o SUS toma como sua atribuição a articulação de diversas dimensões das ações e dos serviços de saúde e ainda que tenha avançado no aporte jurídico, tem sido construído no cotidiano, onde muitas conquistas são evidentes no que diz respeito a universalização do acesso, descentralização e controle social. Mas, em relação à equidade do acesso e integralidade da atenção, ainda há muito em que avançar (MATTOS, 2004).

Ao desafio político e ético da integralidade, soma-se o panorama atual e complexo do crescimento da prevalência das doenças e condições crônicas, dos transtornos mentais, principalmente a ansiedade e depressão, vem tornando imperativa e urgente a tarefa de construir sistemas de saúde integrais (MENDES, 2010).

Nessa perspectiva de garantia à saúde integral da população, a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental, tiveram sua garantia normativa fortalecida a partir da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que é lembrada como Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, e que aborda os direitos das pessoas em sofrimento psíquico e definiu as diretrizes para reorientação do modelo assistencial. Desde então, muitas transformações foram realizadas no desenho assistencial da área de saúde mental no país (BRASIL, 2001).

Em 2002, o ministério da saúde estabeleceu as modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial a partir da complexidade de cuidado e do porte populacional, sendo, em 2017, incluso outra modalidade de CAPS, conforme ilustrado no quadro 1.

Quadro 1 Modalidades de CAPS segundo complexidade de cuidado e porte populacional.

MODALIDADE	ESPECIFICIDADE	FAIXA ETÁRIA	POPULAÇÃO
CAPS I	Transtorno mental grave e persistente <u>e também para necessidades decorrentes do uso de drogas lícitas e ilícitas.</u>	Todas	Acima de 20 mil
CAPS II	Transtorno mental grave e persistente, <u>podendo ofertar retaguarda para CAPS ad.</u>	Adulto	Acima de 70 mil
CAPS III	Transtorno mental grave e persistente, 24 horas, feriados e fins de semana. Ofertando retaguarda para CAPS ad.	Adulto	Acima de 200 mil
CAPS AD	Necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.	Adultos e adolescentes	Acima de 70 mil
CAPS AD III	Necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, 24 horas, feriados e fins de semana.	Adultos e adolescentes	Acima de 200 mil
CAPS AD IV	Quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, 24 horas, feriados e fins de semana. Proporciona serviços de atenção contínua, assistência a urgências e emergências, contando com leitos de observação.	Todas	Acima de 500 mil
CAPS i	Transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas	Crianças e adolescentes	Acima de 150 mil

Fonte: FRANÇAS, A. C. S. com adaptação da Portaria N° 3.088/11 e da Portaria N° 3.588/17, 2018.

Em um estudo epidemiológico realizado pela OMS, no contexto da atenção primária em saúde, em 14 países, os diagnósticos psiquiátricos mais comuns foram depressão (10,4%), ansiedade (7,9%) e transtornos do uso de substâncias psicoativas (2,7%) (OMS, 2000). O uso e abuso de álcool e outras drogas está entre as doenças e condições que demandam a atenção a saúde no âmbito da saúde mental, pois, segundo Chalub e Telles (2006, p.70),

Os transtornos por uso de substâncias psicoativas exercem considerável impacto sobre os indivíduos, suas famílias e a comunidade, determinando prejuízo à saúde física e mental, comprometimento das relações, perdas econômicas e, algumas vezes, chegando a problemas legais. Vários estudos assinalam a associação entre transtorno do uso de substâncias psicoativas e violência doméstica, acidente de trânsito e crime.

De acordo com a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2003), a dependência das drogas é transtorno que predomina a heterogeneidade, já que afeta as pessoas de diferentes maneiras, por diferentes razões, em diferentes contextos e circunstâncias. Muitos consumidores de drogas não compartilham da expectativa e desejo de abstinência de alguns profissionais de saúde, e abandonam os serviços. Outros sequer procuram tais serviços, pois não se sentem acolhidos em suas diferenças. Assim, o nível de adesão ao tratamento ou a práticas preventivas e de promoção é baixo, não contribuindo para a inserção social e familiar do usuário. Temos ainda presenciado o aparecimento de novas substâncias e novas formas de consumo, que adotam características próprias e requerem modalidades de prevenção adaptadas aos consumidores e aos contextos onde são consumidas. (BRASIL, 2003).

Ante esse cenário, foi lançado, em 2010, o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, através do Decreto Nº 7.179, com o objetivo de estruturar, integrar, articular e ampliar as ações voltadas à prevenção do uso, tratamento e reinserção social de usuários de crack e outras drogas, contemplando a participação dos familiares e a atenção aos públicos vulneráveis, entre outros, crianças, adolescentes e população em situação de rua, além de fortalecer as ações de enfrentamento ao tráfico das drogas ilícitas (BRASIL, 2010)

A Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do SUS (BRASIL, 2011). Nessa portaria, ficou definido que os CAPS deveriam atender as necessidades de pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011).

Visando atender as necessidades da população com transtornos decorrentes do uso de drogas ilícitas em municípios da II Gerência Regional de Saúde, em 2012,

foi criado o CAPS AD III Capibaribe. Para ser instituído nesta modalidade o mesmo foi proposto a partir do desenho da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), atendendo assim a demanda de usuários de outros municípios da II GERES. Para isso houve uma pactuação entre os municípios: Passira, Bom Jardim, Feira Nova, João Alfredo, Salgadinho, Machados, Orobó e Limoeiro, para que fosse atingido a quantidade mínima de habitantes para instituir o CAPS AD III. Este serviço é de suma importância para a II Regional de Saúde, pois é único nesta modalidade, que pode suprir a necessidade da alta demanda de pessoas que fazem uso abusivo e são dependentes.

Considerando a recente implantação desse serviço, o crescimento da demanda de usuários com problemas relacionados ao abuso e dependência de drogas e a ausência de estudos sobre essa temática na região da zona da mata norte de Pernambuco, este estudo se propõe a responder a seguinte questão norteadora: **Qual o perfil da demanda do CAPS AD III localizado no município de Limoeiro-PE?**

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Cuidado em Saúde Mental

Para a OPAS/OMS, a “saúde mental é uma parte integrante e essencial da saúde. Reiterando ainda que “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a mera ausência de doença ou enfermidade”. Uma implicação importante dessa definição é que a saúde mental é mais do que a ausência de transtornos mentais ou deficiências” (OMS, 2016, p.2).

O cuidado em saúde mental era essencialmente relacionado aos manicômios, sendo que nos anos 70, inicia-se o processo da reforma psiquiátrica, e depois de vinte anos de ditadura militar surge o movimento de redemocratização dos espaços de decisão política, de ascensão dos movimentos sociais e ao ressurgimento da luta dos profissionais da saúde e usuários, por um Sistema de Saúde Único de Saúde universal, gratuito, igualitário e de qualidade (MELO, 2012).

A reforma psiquiátrica brasileira é engajada num contexto de superação da violência asilar. Sendo a mesma um processo político e social complexo, pois é composto por diferentes atores, instituições e forças diferentes agindo sob territórios diversos (BRASIL, 2005). Essa reforma “tem como uma das vertentes principais a desinstitucionalização e consequentemente a desconstrução do manicômio e dos paradigmas que o sustentam” (GONÇALVES; SENA, 2001, p.50)

É sobretudo este Movimento, através de variados campos de luta, que passa a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005, p.07).

Para que haja a desinstitucionalização é necessário investimento de recursos na atenção à saúde mental e assim diminuir as demandas de internação psiquiátrica, possibilitando o tratamento ambulatorial e setorizado, objetivando a não reincidência da internação e/ou isolamento (BRASIL, 2005).

Para Dimenstein e colaboradores (2012), a substituição do modo asilar faz com que seja estruturada uma rede de serviços que devem ser articulados, sendo capazes de suprir as diferentes necessidades das pessoas que estão em sofrimento psíquico, sobretudo no momento de crise. “A Reforma Psiquiátrica corrobora a ideia de integralidade no cuidado, ao propor a superação do tratamento significado como esbatimento de sintomas e ao enfrentar posturas medicalizantes e individualizantes” (BEDIN; SCARPARO, 2011, p.200).

Com a criação do SUS em 1988, fica instituído seus princípios essenciais e dentre eles está a integralidade.

A noção de integralidade diz respeito ao leque de ações possíveis para a promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos e assistência a doentes, implicando a sistematização do conjunto de práticas que vem sendo desenvolvidas para o enfrentamento dos problemas e o atendimento das necessidades de saúde (TEIXEIRA, 2011, p.06).

Pensando na integralidade da atenção à saúde mental é que surge a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

2.2 Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

Segundo Macedo e colaboradores (2017),

As Redes de Atenção são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas e níveis de complexidade do sistema SUS que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. (MACEDO et al., 2017, p.158)

Diferentemente dos sistemas fragmentados (pontos de atenção que agem isoladamente), as Redes de Atenção fazem parte dos sistemas integrados, que são um conjunto de pontos de atenção coordenador e capazes de prestar uma atenção contínua e integral (MENDES, 2011).

Com isso, Arruda et al. (2015, p.170-171), afirmam:

As características principais propostas pelas RAS são: formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, centro de comunicação na atenção primária à saúde; centralidade nas necessidades em saúde de uma população; responsabilização na atenção contínua e integral; cuidado multiprofissional; compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos.

A RAPS tem como objetivo apoiar o modelo de atendimento em saúde mental, através da priorização da desinstitucionalização de usuários que tem transtornos mentais ou que abusam de substâncias psicoativas, fortalecendo o atendimento territorial e colaborando para diminuir as internações (SILVÉRIO, 2016).

A Portaria 3.088/11 diz que a RAPS deverá prover cuidados para grupos vulneráveis, prevenindo o consumo e a dependência do álcool e outras drogas, e reabilitando e reinserindo pessoas com transtornos decorrentes do uso ao meio social. Além de regular as demandas, avaliar e monitorar a qualidade dos serviços (BRASIL, 2011).

Quadro 2 - Os pontos de atenção que compõem a rede de atenção psicossocial.

COMPOSIÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	
ATENÇÃO BÁSICA	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade de Saúde da Família • Equipes de Apoio para Populações Específicas • Centros de Convivência
ATENÇÃO ESPECIALIZADA	<ul style="list-style-type: none"> • Centros de Atenção Psicossocial • Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental/ Unidades Ambulatoriais Especializadas
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	<ul style="list-style-type: none"> • SAMU 192 • Sala de Estabilização • UPA 24 horas • Hospitais (pronto socorro) • Unidades de Saúde da Família
ATENÇÃO RESIDENCIAL DE CARÁTER TRANSITÓRIO	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade de Recolhimento e Serviços de Atenção em Regime Residencial
ATENÇÃO HOSPITALAR	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral • Hospital Psiquiátrico Especializado • Hospital DIA

Fonte: FRANÇAS, A. C. S. com adaptação da Portaria 3.588/17.

A RAPS agrupa distintos serviços em uma rede territorializada, abrangendo desde os cuidados na atenção básica até a atenção hospitalar, reforçando sua integração como forma de “garantir a efetividade do cuidado” (ZANARDO, 2017). A

integração de todos os níveis e pontos de atenção saúde no SUS visa garantir ações que atendam às necessidades do usuário como um sujeito complexo.

Vale salientar que a integralidade no cuidado à saúde da população não é algo factível, na maioria das vezes, para um município de modo isolado (FERNANDES, 2017). Para Santos e Campos (2015), a integração de serviços que antes eram fragmentados pode ocorrer por meio das regiões de saúde, que unindo os municípios de forma sistêmica pode garantir a integralidade da assistência da atenção básica à alta complexidade.

2.3 Regionalização

A regionalização é incluída na saúde com a Lei nº 8.080/90 que em seu artigo 7º, dispõe da regionalização e hierarquização da rede de serviços e a resolubilidade dos serviços em todos os níveis de assistência à saúde (BRASIL, 1990). Mas apenas passa a ser uma das preocupações dos gestores do SUS nos fins dos anos 90 e início dos anos 2000, tendo como proposta nas NOAS 2001 e 2002 a formação de regiões de saúde funcionais (DUARTE et al., 2015).

Como sendo diretriz do SUS, a regionalização é concebida como o compartilhamento de responsabilidades dos gestores públicos, no intuito de reduzir as desigualdades, garantir e promover a equidade (FERNANDES, 2017).

A regionalização dos serviços implica a delimitação de uma base territorial para o sistema de saúde, que leva em conta a divisão político-administrativa do país, mas também contempla a delimitação de espaços territoriais específicos para a organização das ações de saúde, subdivisões ou agregações do espaço político-administrativo (TEIXEIRA, 2011, p.06-07).

Com o surgimento de novos modelos assistenciais no SUS, os gestores tem que assumir algumas novas responsabilidades incluindo as do âmbito da regionalização. Conduzindo assim a construção das regiões de saúde, com a aquisição de recursos humanos, tecnológicos e financeiros, adequados e suficientes proporcionando a garantia do direito à saúde (SAUTER et al., 2012).

As regiões de saúde devem organizar-se com base nos princípios e diretrizes do SUS, criando também espaços de pactuação, cogestão, solidariedade e

cooperação entre gestores, através de um colegiado de gestão regional. Resultando assim na qualificação do processo de regionalização (MENDES, 2011).

Na efetivação das redes de atenção à saúde, a regionalização é uma estratégia de grande relevância para garantir um cuidado contínuo, integral e resolutivo, onde a região de saúde deve funcionar como “o centro integrador das referências entre os serviços dos mais diversos entes federativos, é fato indiscutível” (SANTOS; CAMPOS, 2015, p. 441).

Para Lenir Santos (2014), a região de saúde deve ser formada sob a ótica sanitária e não meramente como divisão administrativa, sendo o lugar ideal para integrar as ações e serviços dos entes federativos, qualificando a gestão e garantindo o acesso à integralidade para a população, dessa maneira será capaz de suprir grande parte das necessidades de saúde da população.

A Regionalização da Política de Saúde no Brasil é uma estratégia para garantir a organização e oferta dos serviços, acesso, eficiência, redução de custos, aumentar satisfação do usuário, diminuir desigualdades, produzir impactos positivos nas condições sanitárias e na vida das populações (DIMENSTEIN et al., 2018, p.72).

Ainda segundo Dimenstein e colaboradores (2018), os casos de saúde mental exigem diretrizes terapêuticas relacionadas com a continuidade e coordenação dos cuidados em rede e intersetorial. Mas observa que esta não é uma realidade na maioria do país, principalmente em locais com vazios assistenciais, gerando assim obstáculos em relação à interiorização e regionalização da assistência.

O processo de regionalização da RAPS apresenta-se muito primário, pois há uma distribuição desigual de equipes e serviços, apresenta adversidades no processo de pactuação em os municípios, barreiras de acesso e uma precária relação com a Atenção Primária (DIMENSTEIN et al., 2018). Se a regionalização for inserida na discussão dos gestores e trabalhadores da saúde mental haverá o fortalecimento de cada região de saúde de modo a fortalecer a mudança tecnoassistencial na área e principalmente na atenção em álcool e outras drogas (MACEDO; ABREU; DIMENSTEIN, 2018).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar o perfil dos usuários do Centro de atenção psicossocial álcool e outras drogas (CAPS-AD) no município de Limoeiro-PE.

3.2 Objetivos específicos

- a. Descrever o perfil sócio demográfico dos usuários em atendimento no CAPS AD;
- b. Identificar o perfil clínico-assistencial dos usuários em atendimento no CAPS AD.

4 ARTIGO

O presente trabalho está apresentado no formato de artigo requerido pela revista Ciência & Saúde Coletiva, cujas normas para submissão de artigos encontram-se em anexo.

PERFIL DA DEMANDA DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (CAPS-AD III) NO MUNICÍPIO DE LIMOEIRO-PE.

Ana Carolina Santana França ¹

Resumo *Com a reorientação do modelo assistencial no âmbito da saúde mental observa-se que o Brasil evoluiu em políticas públicas voltadas para os usuários com transtornos decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas. Estudos recentes mostram que esses transtornos causam impacto e prejuízo em diversos seguimentos da vida dos indivíduos, de suas famílias e da comunidade. Nesta pesquisa buscou-se analisar o perfil dos usuários do CAPS-AD III no município de Limoeiro-PE. Trata-se de um estudo com caráter descritivo, corte transversal e abordagem quantitativa, realizado no período de janeiro a julho de 2018. A coleta de dados foi realizada através da análise documental dos prontuários dos usuários do CAPS AD III. A partir da análise foi possível concluir que os usuários do CAPS AD III Capibaribe, eram homens (93,8%), sem raça/cor informada (46,25%), solteiros (42,3%), católicos (43,1%), desempregados (43,2%), e tem filhos (64,8%). A maioria foi admitido quando jovem-adulto (46,4%), por demanda espontânea (64,6%). Apresentam histórico de antecedentes familiares que fazem uso de drogas (89,5%), fazem uso predominante do álcool (32,5%). O município de Limoeiro prevalece com 80% dos usuários ativos.*

Palavras chaves: Demanda em saúde. Saúde Mental. Rede de Atenção à Saúde.

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi implantado a partir da Constituição Federal Brasileira garantindo o direito à saúde com base nos princípios de equidade, integralidade e universalidade e as diretrizes de descentralização, regionalização, hierarquização e a participação social¹. Essa conquista jurídica representa um avanço importante na luta democrática pela garantia do acesso à saúde como um direito de cidadania².

No aspecto normativo, a Constituição Brasileira afirma que é dever do Estado garantir o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde para sua promoção, proteção e recuperação². Dessa forma, o SUS toma como sua atribuição a articulação de diversas dimensões das ações e dos serviços de saúde: promoção, proteção e recuperação³.

O SUS, ainda que tenha avançado no aporte jurídico, tem sido construído no cotidiano. Muitas conquistas são evidentes no que diz respeito a universalização do acesso, descentralização e controle social. Mas, em relação à equidade do acesso e integralidade da atenção, ainda há muito em que avançar³. Ao desafio político e ético da integralidade, soma-se o panorama atual e complexo do crescimento da prevalência das doenças e condições crônicas, dos transtornos mentais, principalmente a ansiedade e depressão, vem tornando imperativa e urgente a tarefa de construir sistemas de saúde integrais⁴.

Nessa perspectiva de garantia à saúde integral da população, a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental, tiveram sua garantia normativa fortalecida a partir da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que é lembrada como Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, e que aborda os direitos das pessoas em sofrimento psíquico e definiu as diretrizes para reorientação do modelo assistencial. Desde então, muitas transformações foram realizadas no desenho assistencial da área de saúde mental no país⁵.

Em 2002, o ministério da saúde estabeleceu as modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial a partir da complexidade de cuidado e do porte populacional.

Dentre os tipos de CAPS compreendemos o CAPS AD III, serviço que acolhe adolescentes e adultos com transtornos decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas.

Em um estudo epidemiológico realizado pela OMS, no contexto da atenção primária em saúde, em 14 países, os diagnósticos psiquiátricos mais comuns foram depressão (10,4%), ansiedade (7,9%) e transtornos do uso de substâncias psicoativas (2,7%)⁶. O uso e abuso de álcool e outras drogas está entre as doenças e condições que demandam a atenção a saúde no âmbito da saúde mental.

A Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS⁷. Nessa portaria, ficou definido que os CAPS deveriam atender as necessidades de pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas⁷.

Visando atender as necessidades da população com transtornos decorrentes do uso de drogas ilícitas em municípios da II Gerência Regional de Saúde, em 2012, foi criado o CAPS AD III Capibaribe. Para ser instituído nesta modalidade o mesmo foi proposto a partir do desenho da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), atendendo assim a demanda de usuários de outros municípios da II GERES. Para isso houve uma pactuação entre os municípios: Passira, Bom Jardim, Feira Nova, João Alfredo, Salgadinho, Machados, Orobó e Limoeiro, para que fosse atingido a quantidade mínima de habitantes para instituir o CAPS AD III. Este serviço é de suma importância para a II Regional de Saúde, pois é único nesta modalidade, que pode suprir a necessidade da alta demanda de pessoas que fazem uso abusivo e são dependentes.

Considerando a recente implantação desse serviço, o crescimento da demanda de usuários com problemas relacionados ao abuso e dependência de drogas e a ausência de estudos sobre essa temática na região da zona da mata norte de Pernambuco, este estudo teve como objetivo analisar o perfil da demanda do CAPS AD III localizado no município de Limoeiro-PE.

Do cuidado em saúde mental à regionalização

O cuidado em saúde mental era essencialmente relacionado aos manicômios, sendo que nos anos 70, inicia-se o processo da reforma psiquiátrica, e depois de

vinte anos de ditadura militar surge o movimento de redemocratização dos espaços de decisão política, de ascensão dos movimentos sociais e ao ressurgimento da luta dos profissionais da saúde e usuários, por um Sistema de Saúde Único de Saúde universal, gratuito, igualitário e de qualidade⁸.

Para que haja a desinstitucionalização é necessário investimento de recursos na atenção à saúde mental e assim diminuir as demandas de internação psiquiátrica, possibilitando o tratamento ambulatorial e setorizado objetivando a não reincidência da internação e/ou isolamento⁹.

Para Bedin e Scarparo, “a Reforma Psiquiátrica corrobora a ideia de integralidade no cuidado, ao propor a superação do tratamento significado como esbatimento de sintomas e ao enfrentar posturas medicalizantes e individualizantes”¹⁰. Nesse sentido, a RAPS tem como objetivo apoiar o modelo de atendimento em saúde mental, através da priorização da desinstitucionalização de usuários que tem transtornos mentais ou que abusam de substâncias psicoativas, fortalecendo o atendimento territorial e colaborando para diminuir as internações⁷.

A RAPS deve prover cuidados para grupos vulneráveis, prevenindo o consumo e a dependência do álcool e outras drogas, e reabilitando e reinserindo pessoas com transtornos decorrentes do uso ao meio social. Além de regular as demandas, avaliar e monitorar a qualidade dos serviços¹².

Vale salientar que a integralidade no cuidado à saúde da população não é algo factível, na maioria das vezes, para um município de modo isolado¹³. Para Santos e Campos¹⁴, a integração de serviços que antes eram fragmentados pode ocorrer por meio das regiões de saúde, que unindo os municípios de forma sistêmica pode garantir a integralidade da assistência da atenção básica à alta complexidade. Sendo diretriz do SUS, a regionalização é concebida como o compartilhamento de responsabilidades dos gestores públicos, no intuito de reduzir as desigualdades, garantir e promover a equidade¹³.

Ainda segundo Dimenstein et al¹⁵, os casos de saúde mental exigem diretrizes terapêuticas relacionadas com a continuidade e coordenação dos cuidados em rede e intersetorial. Mas observa que esta não é uma realidade na maioria do país, principalmente em locais com vazios assistenciais, gerando assim obstáculos em relação à interiorização e regionalização da assistência.

Estudo de Dimenstein et al¹⁵ afirma que o processo de regionalização da RAPS apresenta-se muito primário, pois há uma distribuição desigual de equipes e

serviços, apresenta adversidades no processo de pactuação em os municípios, barreiras de acesso e uma precária relação com a Atenção Primária. “Vivemos um cenário onde os agravos decorrentes de transtornos mentais severos estão cada vez mais evidentes, associados às doenças crônicas em geral, uso excessivo de álcool e outras drogas e condições precárias de vida”¹⁵.

Para Macedo, Abreu e Dimenstein¹⁶, se a regionalização for inserida na discussão dos gestores e trabalhadores da saúde mental haverá o fortalecimento de cada região de saúde de modo a fortalecer a mudança tecnoassistencial na área e principalmente na atenção em álcool e outras drogas.

Método

Este estudo é classificado como descritivo, de corte transversal e abordagem quantitativa. Foi realizado através da análise documental dos prontuários (em sua totalidade) dos usuários do CAPS AD III Capibaribe, localizado em Limoeiro-PE.

Em Limoeiro também fica localizada a II Gerência Regional de Saúde (GERES), responsável por apoiar e supervisionar 20 municípios da Zona da Mata Norte. Sendo eles: Bom Jardim, Buenos Aires, Carpina, Casinhas, Cumaru, Feira Nova, João Alfredo, Lagoa de Itaenga, Lagoa do Carro, Limoeiro, Machados, Nazaré da Mata, Orobó, Passira, Paudalho, Salgadinho, Surubim, Tracunhaém, Vertente do Lério, Vicência. Tendo uma população de 589.573 habitantes. Na capacidade instalada dispõe de (2) Unidades hospitalares: Hospital Ermírio Coutinho (Nazaré da Mata), Hospital Regional José Fernandes Salsa (Limoeiro); Unidade Pernambucana de Atenção Especializada (UPAE): UPAE José Nivaldo Barbosa de Souza (Limoeiro); Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco (Lafepe): Carpina, Limoeiro, Nazaré da Mata.¹⁷

Dos municípios pertencentes a II GERES, apenas Passira, Bom Jardim, Feira Nova, João Alfredo, Salgadinho, Machados, Orobó e Limoeiro, fizeram parte da pactuação para implantação do CAPS AD III.

Este estudo foi realizado com o objetivo de analisar o perfil dos usuários do CAPS AD III Regional, descrevendo seu perfil sócio demográfico e clínico assistencial.

A coleta de dados foi realizada através da análise dos prontuários dos usuários em tratamento no CAPS AD III, no período de março a maio de 2018. Foi construído um banco de dados no programa Microsoft Excel com as seguintes

variáveis: (i) sexo, (ii) Município de residência, (iii) data de nascimento, (iv) ocupação, (v) demanda, (vi) filhos, (vii) estado civil, (viii) data de admissão, (ix) tipo de drogas.

Os dados foram processados no Microsoft Excel e analisados de acordo com a frequência simples e proporcionalidade das variáveis construídas.

Esse estudo foi autorizado pela secretaria de saúde do município de Limoeiro e foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFPE, com o CAAE Nº 79653817.0.0000.5208 e foi aprovada no dia 07 de fevereiro de 2018. Cumpriu os requisitos preestabelecidos na resolução 466 de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, referente ao desenvolvimento de pesquisa científica envolvendo seres humanos, resguardando os princípios éticos da autonomia, justiça, beneficência e da não maleficência

Resultados e discussão

Foram identificados 80 usuários ativos no CAPS AD III, no período de realização do estudo. Na tabela 1 é possível identificar que a maioria dos usuários desse CAPS são do sexo masculino (93,75%). Esses dados são semelhantes aos encontrados nos estudos realizados por Faria e Schneider¹⁸, Jorge e Carvalho¹⁹, Gonçalves e Nunes²⁰, Rodrigues LSA et al²¹ que também identificaram predominância de homens nos CAPS AD analisados.

Tabela 1 – Sexo e faixa etária dos usuários acompanhados no CAPS AD III Capibaribe em maio de 2018.

Faixa etária	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino			
	N	%	N	%	N	%
15-26 anos	17	22,7	0	0	17	21,2
27-37 anos	19	25,3	2	40	21	26,2
38-48 anos	22	29,3	0	0	22	27,5
49-59 anos	12	16	3	60	15	18,8
60-70 anos	5	6,7	0	0	5	6,3
Total	75	100	5	100	80	100

Fonte: Elaborado pela autora a partir da coleta de dados.

Em relação a faixa etária, 47,4% dos usuários são adolescentes e adultos jovens com idade entre 15 a 37 anos. Estudo de Jorge & Carvalho¹⁹ percebe a predominância de jovens – adultos, com idade de 18 até 29 anos. Nas faixas etárias de 38 a 48 anos e de 49 a 59 anos, estão 27,5% e 18,8% dos usuários, respectivamente.

Na tabela 2, foi possível observar que 46,5% dos prontuários não informavam a cor/raça. Dentre os demais houve predominância da cor parda entre os usuários do CAPS AD III, com 46,5%. Em estudo de Almeida et al²² foi verificada uma maior porcentagem de usuários pardos, o que correspondeu a mais da metade da amostra (66,15%).

Na variável religião, predomina o catolicismo (43,1%). Mas 39,2% dos usuários referem não ter religião. A prevalência da religião católica entre usuários do CAPS AD III também foi comprovada em estudos de Silva²³ com um percentual de 38% e Rodrigues LSA et al²¹ com 55,3%.

Quanto à ocupação, 43,2% apresentavam-se desempregados e 20,3% estavam em um trabalho informal evidenciando duas situações, a fragilização em vínculos empregatícios em decorrência da dependência ou as condições de trabalho ou desemprego que estimulam a dependência. Além disto, neste item, foi possível observar que existem usuários aposentados, pedintes, estudantes e outros. Em estudo, Jorge e Carvalho¹⁹ afirma que grande parte dos usuários que tem ocupação não possuem vínculos empregatícios.

Tabela 2 – Perfil dos usuários acompanhados no CAPS AD III segundo cor/raça, religião, ocupação estado civil e número de filho em maio de 2018.

Cor/raça	N	%
Branco	6	7,5
Negro	17	21,25
Pardo	20	25
Não informado	37	46,25

Religião	N	%
Católico	22	43,1
Evangélico	4	7,9
Não tem	20	39,2
Outros	5	9,8

Ocupação	N	%
Aposentado/Pensionista	4	5,4
Estudante	2	2,7
Trabalho informal	15	20,3
Pedinte	1	1,4
Prostituição/Pedinte	1	1,4
Desempregado	32	43,2
Outros	19	25,6
Estado Civil	N	%
Solteiro (a)	33	42,3
Casado(a)	20	25,7
Separado(a)	21	26,9
Viúvo(a)	4	5,1
Filhos	N	%
Sim	35	64,8
Não	19	35,2

Fonte: Elaborado pela autora a partir da coleta de dados.

Referente ao estado civil, observou-se que 42,3% eram solteiros e 64,8% referiram ter filhos. Achado semelhante ao do estudo de Silva²³, no qual 44,3% dos usuários de um CAPS AD da Bahia eram solteiros. Consideramos que, possivelmente, há um subregistro quanto ao estado civil, pois alguns usuários separados/divorciados poderiam ter se declarado como solteiros. Ainda assim, na maioria dos prontuários estava registrada a fragilização dos vínculos afetivos, decorrente da dependência química.

Em relação aos aspectos clínicos, observou-se que 89,5% dos usuários tinham em seus prontuários registros de antecedentes familiares quanto ao uso/abuso de drogas (Tabela 3). Achado semelhante aos encontrados em estudo realizado por Jorge e Carvalho¹⁹. Ainda neste item, em alguns prontuários pôde-se observar quais são os parentes que também fazem/faziam uso de drogas, sendo referido, na sua maioria, os pais com 56,9%. Em estudo de Álvarez²⁴ foi possível observar que 83,8% tem antecedentes familiares de alcoolismo.

A demanda de usuários desse CAPS AD III era essencialmente espontânea em 51 usuários (64,6%), sendo 24 (30,4%) referenciados e 4 (5%) por demanda de busca ativa realizada pelo serviço junto com a Unidade de Saúde da Família. A prevalência do índice de demanda espontânea também foi destacada em estudo de Faria e Schneider¹⁸, no qual constataram a predominância de 51,49% e em estudo

de Almeida²² em que a maior parte (54,81%) dos usuários do CAPS AD foram admitidos por demanda espontânea. Esse dado é de extrema importância pois avalia o quanto a população conhece e tem acesso ao serviço. Estudo de Silva²⁵ constatou a prevalência da demanda espontânea entre os adultos jovens, que neste estudo são a maior parte dos usuários.

Em Sobral, segundo estudo de Quinderé e Tófoli²⁶, a maior parte da demanda do CAPS AD municipal se concentra no referenciamento sendo 54,1%. Esse resultado é explicado como consequente do relevante trabalho realizado pela equipe do CAPS AD nos territórios junto a rede de atenção básica: busca ativa, visitas domiciliares, discussão dos casos junto as ESF's e outras.

Tabela 3 – Perfil clínico-assistencial dos usuários acompanhados no CAPS AD III segundo antecedentes familiares, tipo de demanda e de drogas utilizadas, 2018.

Antecedentes Familiares	N	%
Sim	51	89,5
Não	6	10,5
Parente	N	%
Irmãos	9	15,5
Pais	33	56,9
Parentes 2º grau	10	17,3
Não	6	10,3
Demand	N	%
Espontânea	51	64,6
Espontânea (busca ativa)	4	5
Referenciado	24	30,4
Tipo de drogas	N	%
Álcool	26	32,5
Álcool e nicotina	19	23,8
Álcool e outras	9	11,2
Crack e outras	17	21,2
Outras	8	10
Nenhuma	1	1,3

Fonte: Elaborado pela autora a partir da coleta de dados.

Sobre o tipo de droga utilizada pelos usuários ativos, a mais frequente era o álcool (exclusivo) com 32,5%, assim como em Silva²³, Gonçalves e Nunes²⁰. E em segundo lugar a associação: álcool e nicotina com 23,8%. Também foi possível observar que havia uma relevante prevalência no uso do crack, mas sempre

associado a outras drogas em 21,2%. Dado também constatado em estudo de Quinderé e Tófoli²⁶ onde 90,2% dos usuários atendidos no CAPS-AD fazem uso do álcool. No CAPS AD de João Pessoa, estudo de Almeida²² verificou que 561 usuários, equivalente a 79,46% consumiam álcool, mas desses apenas 25,13% consumiam somente o álcool, e a principal combinação era de álcool e tabaco.

Considerando o município de residência dos usuários do CAPS AD, a maioria (80%) residem em Limoeiro. Esse fato pode ser explicado pela dificuldade que os usuários de outros municípios terem recurso para custear o transporte e frequentar o serviço especializado algumas vezes por semana. Outro aspecto que deve influenciar é o fato da equipe do CAPS conseguir realizar algumas atividades junto às equipes de atenção básica de Limoeiro, tais como: busca ativa, matriciamento, intervenções no território, visitas e atendimentos domiciliares.

Essa integração com a rede básica de saúde tem sido trabalhada no município onde o CAPS está situado. Mas, a equipe do CAPS AD ainda enfrenta muitos desafios no processo de atuação integrada com a atenção básica dos municípios da mesma região de saúde. Esse cenário nos remete à discussão de como foi o planejamento para esta pactuação da regionalização do CAPS AD e de quais as estratégias poderiam ser utilizadas para garantir a organização desse serviço para que fosse acessível a todos os usuários do SUS que residem nos municípios pactuados.

Tabela 4 – Frequência e porcentagem do município de residência dos usuários ativos no CAPS AD III Capibaribe em março de 2018.

Município	N	%
Bom Jardim	2	2,5
Feira Nova	3	3,8
João Alfredo	2	2,5
Limoeiro	64	80
Orobó	3	3,8
Passira	3	3,8
Surubim	1	1,3
Vicência	1	1,3
NI	1	1,3
Total	80	100

Fonte: Elaborado pela autora a partir da coleta de dados.

Quando verificada a forma de acesso ao serviço, observou-se que dos usuários que não residem em Limoeiro (sede do CAPS AD), apenas 2 procuraram o serviço por demanda espontânea. Todas as outras admissões se deram por referenciamento. Apenas com a articulação da rede será efetivada a referência regional.

Considerações finais

Os dados socio demográficos seguem a tendência dos estudos realizados nos últimos anos em saúde mental sobre os transtornos decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Foi possível identificar o predomínio de usuários do sexo masculino de cor Pardo, sendo jovens – adultos solteiros que são admitidos por demanda espontânea e são residentes em Limoeiro. São da religião católica ou não tem religião, em sua maioria. Os usuários têm antecedentes familiares, que são os pais; e tem mais de três filhos. A droga mais utilizada é o álcool e em segundo lugar a associação álcool e nicotina.

Este estudo é relevante pelo potencial de proporcionar informações para subsidiar o planejamento de ações, atividades e políticas públicas voltadas aos usuários com transtornos decorrentes do uso do álcool, crack e outras drogas. Ainda expõe diversas questões sobre a gestão das redes, aspectos assistenciais, regionalização e processo de pactuação entre os gestores, sendo fundamental um outro estudo para aprofundar a discussão sobre a regionalização da atenção em saúde mental.

Torna-se necessário que os gestores desses serviços e gestores de políticas públicas construam e fortaleçam as redes regionalizadas. Gerando políticas públicas eficazes que proporcionem oportunidades equânimes para que os usuários possam seguir com seus tratamentos com proteção e suporte no processo de reabilitação.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. **Lei Nº. 8080/90, de 19 de setembro de 1990.** Brasília: DF. 1990.
Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm>. Acesso em: 09 out. 2017.
2. BRASIL. **Constituição Federal de 1988.** Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituição.htm>. Acesso em: 07 set. 2017.
3. MATTOS, R. A. A Integralidade Na Prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1411-16, 2004.
4. MENDES, E. V. As Redes De Atenção À Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297–2305, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>>. Acesso em 03 dez 2017.
5. BRASIL. **Lei Nº 10.216/01, de 6 de abril de 2001.** Brasília: DF. 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em:13 set.2017.
6. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders.** Bulletin WHO. 2000;78(4):413-26.
7. BRASIL. **PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011.** Brasília: DF.2011. Disponível em:<bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 09 out. 2017.

8. MELO, A. M. da C. **Apontamentos Sobre A Reforma Psiquiátrica No Brasil.** Cadernos Brasileiros de Saúde Mental ISSN 1984-2147, Florianópolis, v. 8, n. 9, p. 84-95, 2012. Disponível em:<<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/viewFile/2127/292>>. Acesso em: 03 dez 2017.
9. 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.
10. BEDIN, D. M.; SCARPARO, H. B. K. Integralidade e saúde mental no SUS à luz da teoria da complexidade de Edgar Morin. **Psicologia: Teoria e Prática** – 2011, 13(2):195-208. Porto Alegre, 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872011000200015>. Acesso: 03 dez 2017.
11. SILVÉRIO, M. T. **A Atuação Da Rede De Atenção Psicossocial (Raps) No Município De Araranguá/Sc.** Santa Catarina, 2016. Disponível em:<www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2017/02/Artigo-Marta-Silvério.pdf>. Acesso em: 02 dez 2017.
12. BRASIL. **PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011.** Brasília: DF.2011. Disponível em:<bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 09 out. 2017.
13. FERNANDES, F.M.B. Regionalização no SUS: uma revisão crítica. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(4):1311-1320. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em:<

- http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401311&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 dez 2017.
14. SANTOS, Lenir; CAMPOS, G. W. de S. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. **Revista Saúde Soc.** São Paulo, v.24, n.2, p.438-446, 2015. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n2/0104-1290-sausoc-24-02-00438.pdf>. Acesso em 02 dez 2017.
15. DIMENSTEIN, MAGDA; MACEDO, J. P.; GOMES, MAYARA; SILVA, T. M. DA; ABREU, M. MARINHO DE. A Saúde Mental E Atenção Psicossocial: Regionalização E Gestão Do Cuidado Integral No Sus. **Salud & Sociedad | V.** 9 |No. 1|Janeiro- Abril| 2018. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Joao_Macedo8/publication/324936824_A_saude_mental_e_atencao_psicossocial_Regionalizacao_e_gestao_do_cuidado_integral_no_SUS/links/5aeda86b0f7e9b01d3e17bb6/A-saude-mental-e-atencao-psicossocial-Regionalizacao-e-gestao-do-cuidado-integral-no-SUS.pdf. Acesso em: 10 mai 2018.
16. MACEDO, J. P; ABREU, M. M. DE; DIMENSTEIN, MAGDA. A regionalização da atenção psicossocial em álcool e outras drogas no Brasil. **Tempus, actas de saúde colet**, Brasília, 11(3), 144-162, 2017 - Epub mar, 2018. Disponível em:< <http://tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2432/1847>>. Acesso em: 01 jul 2018.
17. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. Unidades de Saúde e Serviços. II GERES. Recife, 2018. Disponível em: < <http://portal.saude.pe.gov.br/unidades-de-saude-e-servicos/secretaria-executiva-de-coordenacao-geral/ii-geres>>. Acesso em 18 jul 2018.

- 18.FARIA, J. G. E SCHNEIDER, D. R. O perfil dos usuários do Capsad-Blumenau e as políticas públicas em saúde mental. **Psicologia & Sociedade**; 21 (3): 324-333, 2009. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v21n3/a05v21n3.pdf>>. Acesso em: 15 jun 2018.
- 19.JORGE, A. C. R. E CARVALHO, M. C. **Analizando o perfil dos usuários de um CAPS AD.** 2010.23fls. Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/32973/000779410.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 15 jun 2018.
- 20.GONÇALVES, T. S. E NUNES, M. R. **Perfil dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS AD.** Perquirere, 11(2): 169-178, dez. 2014. Disponível em: <http://perquirere.unipam.edu.br/documents/23456/612187/Perfil+dos++usu%C3%A1rios+do+centro+de+aten%C3%A7%C3%A3o+psicossocial+%C3%A1lc+ool+e++drogas+_+CAPS+AD.pdf>. Acesso em: 16 jun 2018.
- 21.RODRIGUES L.S.A, SENA ELS, SILVA D.M. DA et al. Perfil Dos Usuários Atendidos Em Um Centro De Atenção Psicossocial – Álcool E Drogas. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 7(8):5191-7, ago., 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11792/14163>>. Acesso em: 16 jun 2018.
- 22.ALMEIDA, R. A. DE; ANJOS, U. U. DOS; VIANNA, R. P. DE T.; PEQUENO, G. A. Perfil dos usuários de substâncias psicoativas de João Pessoa. **Saúde em debate.** João Pessoa, 2014. Disponível em: <

- https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0103-11042014000300526&script=sci_arttext#>. Acesso em: 15 jun 2018.
23. SILVA, C. R. **Caracterização do perfil dos usuários que interromperam o acompanhamento em um Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas (CAPS – ad)**. 2014. 83fls. Monografia (Conclusão de Curso). Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Medicina da Bahia, Salvador, 2013. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/15127/1/Carolina%20Rocha%20Silva.pdf>>. Acesso em: 15 jun 2018.
24. Álvarez A.M.A. Fatores de risco que favorecem a recaída no alcoolismo. **J Bras Psiquiatr**, 56(3): 188-193, 2007. Disponível em: <[https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/31692819/Fatores_de_risco_que_favorecem_a_recaida.pdf](https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/31692819/Fatores_de_risco_que_favorecem_a_recaida.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1531097194&Signature=ErwYoh5rZtS%2FxR0XJoqcVJOICEQ%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DFatores_de_risco_que_favorecem_a_recaida.pdf)>. Acesso em: 18 jun 2018.
25. SILVA, C. C; COSTA, M. C. O; CARVALHO, R. C. DE; AMARAL, M. T. R; CRUZ, N. L. DE A; SILVA, M. R. DA. Iniciação e consumo de substâncias psicoativas entre adolescentes e adultos jovens de Centro de Atenção Psicossocial Antidrogas/CAPS-AD. **Ciênc. saúde coletiva** 19 (03) Mar 2014. Disponível em: <https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000300737>. Acesso em: 15 jun 2018.

26. QUINDERÉ, P. H. D.; TÓFOLI, L. F. Análise do perfil epidemiológico dos clientes do centro de atenção psicossocial para álcool e outras drogas (caps-ad) de Sobral-CE. SANARE, Sobral, v.6, n.2, p.62-66, jul./dez. 2005/200.

Disponível em:

<<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/viewFile/155/147>>. Acesso em: 10 jun 2018.

5 CONCLUSÃO

O CAPS AD III Capibaribe segue o horário preconizado pela portaria que o regulamenta, sendo 24 horas do dia. As atividades em grupo têm horários e profissionais definidos anteriormente por meio da reunião técnica. Os profissionais médicos além de realizar os atendimentos individuais, ficam em plantão 24 horas ao menos uma vez semanal. A equipe técnica mínima para um CAPS AD III de referência regional é seguida, com exceção do profissional Pedagogo e do Educador Físico.

Foi possível observar que não há um padrão no preenchimento correto da ficha de acolhimento e da ficha de admissão, fato que não afetou o estudo, pois o prontuário foi analisado em seu total.

As atividades que cada usuário participava, em sua maioria, só poderiam ser coletadas confrontando os dias que estava presente no serviço com o cronograma de atividades, não sendo capaz de agrupar, pois cada usuário tem um PTS diferente. Cada usuário possui um PTS construído pela sua Técnica de Referência e discutido em reunião técnica, reunião que acontece semanalmente com a presença de todos os profissionais que trabalham no serviço. Verificou-se o comprometimento da equipe com o PTS do usuário e o empenho em consolidar os registros do serviço.

Melhorias na gestão dos serviços e na criação de políticas públicas são possíveis quando os gestores têm conhecimento sobre o perfil dos usuários, proporcionando assim ações e políticas públicas eficazes.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, R. A. DE; ANJOS, U. U. DOS; VIANNA, R. P. DE T.; PEQUENO, G. A. Perfil dos usuários de substâncias psicoativas de João Pessoa. **Saúde em debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 526-538, set 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n102/0103-1104-sdeb-38-102-0526.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2018.
- ÁLVAREZ A.M.A. Fatores de risco que favorecem a recaída no alcoolismo. **J Bras Psiquiatr**, Rio de Janeiro, v. 56, n.3, p.188-193, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852007000300006&lng=en&nrm=iso&tlang=pt>. Acesso em: 18 jun. 2018.
- ARRUDA, C. et al. Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p.169-173, jan-mar 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/1414-8145-ean-19-01-0169.pdf>>. Acesso em: 07 dez. 2017.
- BEDIN, D. M.; SCARPARO, H. B. K. Integralidade e saúde mental no SUS à luz da teoria da complexidade de Edgar Morin. **Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v.13, n.2, p.195-208, ago 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872011000200015>. Acesso: 03 dez. 2017.
- BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Ministério da Saúde, 1988. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 07 set. 2017.
- BRASIL. **Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7179.htm> Acesso em: 09 out.2017.
- BRASIL. **Lei Nº 10.216/01, de 6 de abril de 2001**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em:13 set. 2017.
- BRASIL. **Lei Nº. 8080/90, de 19 de setembro de 1990**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm>. Acesso em: 09 out. 2017.
- BRASIL. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 09 out. 2017.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A Política Do Ministério Da Saúde Para A Atenção Integral A Usuários De Álcool E Outras Drogas**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf. Acesso em: 13 out. 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 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: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 13 out. 2017.

BRASIL. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>. Acesso em: 21 set. 2017.

CHALUB, M.; TELLES, L. E. B. Álcool, drogas e crime. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo, v.28, n.2, p.69-73, out. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462006000600004>>. Acesso em: 14 out. 2017.

DIMENSTEIN, M. O atendimento da crise nos diversos componentes da rede de atenção psicossocial em Natal/RN. Rio Grande do Norte. **P o l i s e P s i q u e**, v. 2, n.3, p. 95-127, 2012. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/40323/25630>>. Acesso em: 03 dez 2017.

DIMENSTEIN, M. et al. A saúde mental e atenção psicossocial: regionalização e gestão do cuidado integral no SUS. **Salud & Sociedad**, v.9, n. 1, p. 70-85, jan-abr 2018. Acesso em: 10 mai 2018. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Joao_Macedo8/publication/324936824_A_saude_mental_e_atencao_psicossocial_Regionalizacao_e_gestao_do_cuidado_integral_no_SUS/links/5aeda86b0f7e9b01d3e17bb6/A-saude-mental-e-atencao-psicossocial-Regionalizacao-e-gestao-do-cuidado-integral-no-SUS.pdf>. Acesso em: 03 dez 2017.

DUARTE, L. S. et al. Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.24, n.2, p.472-485, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ausoc/v24n2/0104-1290-sausoc-24-02-00472.pdf>>. Acesso: 03 mar. 2018.

FARIA, J. G. E.; SCHNEIDER, D. R. O perfil dos usuários do Capsad-Blumenau e as políticas públicas em saúde mental. **Psicologia & Sociedade**, v.21, n. 3, p.324-333, 2009. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v21n3/a05v21n3.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2018.

FERNANDES, F.M.B. Regionalização no SUS: uma revisão crítica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n.4, p. 1311-1320, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401311&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 dez 2017.

GONÇALVES A.M, SENA R.R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Rev Latino-am**

Enfermagem. São Paulo. v. 9, n. 2, p. 48-55, mar. 2001. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/1551/1596>>. Acesso em: 03 dez 2017.

GONÇALVES, T. S. NUNES, M. R. **Perfil dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS AD.** Perquirere, v.11, n.2, p. 169-178, dez. 2014. Disponível em: <http://perquirere.unipam.edu.br/documents/23456/612187/Perfil+dos++usu%C3%A1rios+do+centro+de+aten%C3%A7%C3%A3o+psicossocial+%C3%A1lcool+e++drogas+_+CAPS+AD.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2018.

JORGE, A. C. R. E CARVALHO, M. C. **Analisando o perfil dos usuários de um CAPS AD.** 2010.23fls. Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/32973/000779410.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 15 jun. 2018.

LIMOEIRO. Secretaria de Saúde. **Implantação do CAPS A/D III Regional.** Limoeiro: Secretaria de saúde de Limoeiro, 2012. 29p.

LIMOEIRO. Secretaria de Saúde. **Relatório Anual de Gestão, 2016.** Limoeiro: Secretaria de saúde de Limoeiro, 2016.

MACEDO, J. P. et al. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. **Revista Saúde Soc.** São Paulo, v.26, n.1, p.155-170, 2017. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902017000100155&script=sci_abstract&tlang=pt>. Acesso em: 03 dez. 2017.

MACEDO, J. P.; ABREU, M. M. DE; DIMENSTEIN, M. A regionalização da atenção psicossocial em álcool e outras drogas no Brasil. **Tempus, actas de saúde colet,** Brasília, v. 11, n. 3, p. 144-162, mar. 2018. Disponível em:<<http://tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2432/1847>>. Acesso em: 01 jul. 2018.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1411-16, 2004.

MELO, A. M. C. Apontamentos sobre a reforma psiquiátrica no Brasil. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 8, n. 9, p. 84-95, 2012. Disponível em:<<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/viewFile/2127/2920>>. Acesso em: 03 dez. 2017.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297–2305, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>>. Acesso em: 03 dez. 2017.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-American da Saúde, 2011. p.549. Disponível em:<http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965>. Acesso em: 01 dez 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Saúde mental depende de bem-estar físico e social, diz OMS em dia mundial.** Genebra: 2016. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/saude-mental-depende-de-bem-estar-fisico-e-social-diz-oms-em-dia-mundial/>>. Acesso em: 03 dez 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders.** Bulletin WHO, v. 78, n.4, p. 413-26, 2000.

QUINDERÉ, P. H. D.; TÓFOLI, L. F. Análise do perfil epidemiológico dos clientes do centro de atenção psicossocial para álcool e outras drogas (caps-ad) de Sobral-CE. **SANARE**, Sobral, v.6, n.2, p.62-66, jul./dez. 2005/200. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/viewFile/155/147>>. Acesso em: 10 jun 2018.

SANTOS, L; CAMPOS, G. W. DE S. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. **Revista Saúde Soc.** São Paulo, v.24, n.2, p.438-446, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n2/0104-1290-sausoc-24-02-00438.pdf>>. Acesso em: 02 dez. 2017.

SANTOS, L. **SUS: a região de saúde é o caminho, por Lenir Santos.** Publicado em 22 dez. 2014. Disponível em: <http://cebes.org.br/2014/12/sus-a-regiao-de-saude-e-o-caminho-por-lenir-santos/>. Acesso em: 17 jun. 2018.

SAUTER, A. M. W; GIRARDON-PERLINI, N. M. O; KOPF, Á. W. **Política de regionalização da saúde: das normas operacionais ao Pacto pela Saúde,** Rev. Min. Enferm, v.16, n. 2, p. 265-274, abr./jun., 2012. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/528>>. Acesso em: 10 mar 2018.

SILVA, C. C, et al. Iniciação e consumo de substâncias psicoativas entre adolescentes e adultos jovens de Centro de Atenção Psicossocial Antidrogas/CAPS-AD. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 19, n. 03, Mar 2014. Disponível em: <https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000300737>. Acesso em: 15 jun 2018.

SILVA, C. R. **Caracterização do perfil dos usuários que interromperam o acompanhamento em um Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas (CAPS – ad).** 2014. 83f. Monografia (Conclusão de Curso)- Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Medicina da Bahia, Salvador, 2013. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/15127/1/Carolina%20Rocha%20Silva.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2018.

SILVÉRIO, M. T. **A atuação da rede de atenção psicossocial (raps) no município de Araranguá/sc.** 2016. 29f. Artigo (Conclusão de Curso) – Universidade do Sul de Santa Catarina, 2016. Disponível em:<www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2017/02/Artigo-Marta-Silvério.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2017.

TEIXEIRA, C. **Os princípios do sistema único de saúde.** Salvador: [S.n], 2011. Disponível em: < <http://docplayer.com.br/1023007-Os-principios-do-sistema-unico-de-saude-1.html> >. Acesso em: 03 jun. 2017.

ZANARDO, G. L. de P. et al. Internações e reinternações psiquiátricas em um hospital geral de Porto Alegre: características sociodemográficas, clínicas e do uso da Rede de Atenção Psicossocial. **REV BRAS EPIDEMIOL**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 460-474, jul-set 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1415-790X2017000300460&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 02 dez 2017.

ANEXO A- INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

Política de Acesso Aberto - Ciência & Saúde Coletiva é publicado sob o modelo de acesso aberto e é, portanto, livre para qualquer pessoa a ler e download, e para copiar e divulgar para fins educacionais.

Orientações para organização de números temáticos

A marca da Revista Ciência & Saúde Coletiva dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates interparas sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.
- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.
- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas.

- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.

Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não. Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

Recomendações para a submissão de artigos

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz.

A revista C&SC adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na Rev Port Clin Geral 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teóricometodológicas e conceituais da área.

Artigos de Revisão: Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui da palavra introdução e vai até a última referência bibliográfica. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras/ tabelas e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

Não há taxas e encargos da submissão

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de péde-página ou no final dos artigos.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word (de preferência na extensão .doc) e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.
3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista C&SC, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. Os artigos submetidos à C&SC não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.
5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).
6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.
7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.
8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).

9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo a palavra resumo até a última palavrachave), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavraschave, que auxiliarão a indexação múltipla doartigo.

As palavras-chave na língua original e em inglês devem constar obrigatoriamente no DeCS/MeSH. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/> e <http://decs.bvs.br/>).

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.
2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.
3. Em nenhum arquivo inserido, deverá constar identificação de autores do manuscrito.

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.
2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações e Escalas

1. O material ilustrativo da revista C&SC compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos

demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. Tabelas e quadros devem ser confeccionados no programa Word ou Excell e enviados com título e fonte. OBS: No link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907pdf>) estão as orientações para confeccionar as tabelas. Devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras, e sem recursos de “quebra de página”. Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Importante: tabelas e quadros devem apresentar informações sucintas. As tabelas e quadros podem ter no máximo 15 cm de largura X 18 cm de altura e não devem ultrapassar duas páginas (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).

5. Gráficos e figuras podem ser confeccionados no programa Excel, Word ou PPT. O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso “copiar e colar”) e também em pdf ou jpeg, TONS DE CINZA. Gráficos gerados em programas de imagem devem ser enviados em jpeg, TONS DE CINZA, resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm de altura x 15 cm de largura. É importante que a imagem original esteja com boa qualidade, pois não adianta aumentar a resolução se o original estiver comprometido. Gráficos e figuras também devem ser enviados com título e fonte. As figuras e gráficos têm que estar no máximo em uma página (no formato A4, com 15 cm de largura x 20cm de altura, letra no tamanho 9).

6. Arquivos de figuras como mapas ou fotos devem ser salvos no (ou exportados para o) formato JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer dos casos, deve-se gerar e salvar o material na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho possíveis (dentro do limite de 21cm de altura x 15 cm de largura). Se houver texto no interior da figura, deve ser formatado em fonte Times New Roman, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável que permita o recurso “copiar/colar”. Esse tipo de figura também deve ser enviado com título e fonte.

7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão et al.
2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF” 11 ...

ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza 4, a cidade...”

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>)

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (incluir todos os autores sem utilizar a expressão et al.)

Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Eqüidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. Cien Saude Colet 2005; 10(2):275-286.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. CienSaude Colet 2005; 10(2):483-491.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. Med J Aust 1996; 164(5):282-284.

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. S Afr Med J 1994; 84(2):15.

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. Cad Saude Publica 1993; 9(Supl.1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. Lancet 1996;347(9011):1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. Violência, cultura e poder. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8a ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. É veneno ou é remédio. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência; 1993; Belo Horizonte. p. 581582.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 19882001[tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. Jornal do Brasil; 2004 Jan 31; p. 12 Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. The Washington Post 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book;1995.

15. Documentos legais

Brasil. Lei no 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. N Engl J Med. In press 1996. Cronemberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. Arq Bras Oftalmol. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet]. 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2a ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.