

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



“A assistência ao indivíduo com problemas relacionados ao uso de álcool e drogas ilícitas na Estratégia Saúde da Família”

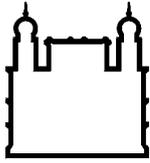
por

Leonardo Graever

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre Modalidade Profissional em Saúde Pública.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Leticia de Oliveira Cardoso

Rio de Janeiro, outubro de 2013.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Esta dissertação, intitulada

“A assistência ao indivíduo com problemas relacionados ao uso de álcool e drogas ilícitas na Estratégia Saúde da Família”

apresentada por

Leonardo Graever

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Marcelo Santos Cruz

Prof.^a Dr.^a Mônica Siqueira Malta

Prof.^a Dr.^a Letícia de Oliveira Cardoso – Orientadora

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

G735 Graever, Leonardo
A assistência ao indivíduo com problemas relacionados ao uso de álcool e drogas ilícitas na Estratégia Saúde da Família. / Leonardo Graever -- 2013.
85 f. : tab. ; graf. ; mapas

Orientador: Cardoso, Leticia de Oliveira
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Saúde da Família.
3. Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias.
4. Drogas Ilícitas. 5. Estratégias. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.12

Aos indivíduos que, nas marquises ou mansões, lidam com o sofrimento de perder a liberdade de escolha.

Agradecimentos

A Melanie Noël Maia, amor e companhia de todas as horas, inclusive de aulas e produção científica.

A Marlon Costa do Nascimento, amigo que mostrou vários caminhos, todos bastante proveitosos.

A Leticia de Oliveira Cardoso, orientadora presente e paciente.

Aos colegas da primeira turma do Mestrado Profissional em Atenção Primária com Ênfase na Estratégia Saúde da Família (MPAP).

Às Professoras Elyne Engstrom, Carla Teixeira e à Amanda Fehn, coordenadoras do MPAP.

Aos Professores Carlos Otávio Fiuza, Carlos Eduardo Aguilera e Valéria Romano, pelas contribuições durante a construção do trabalho.

Aos Professores Marcelo Santos Cruz, Mariza Theme e Mônica Siqueira Malta, pelas contribuições valiosas durante o processo de qualificação e defesa.

Aos gerentes Leticia Thomaz e Leandro Abal, pelo apoio e compreensão necessários à realização do mestrado.

Aos gestores Daniel Soranz e José Carlos Prado, pelo estímulo ao crescimento dos profissionais da rede.

O Bicho

Vi ontem um bicho
Na imundície do pátio
Catando comida entre os detritos.

Quando achava alguma coisa,
Não examinava nem cheirava:
Engolia com voracidade.

O bicho não era um cão,
Não era um gato,
Não era um rato.

O bicho, meu Deus, era um homem.

Manuel Bandeira

Resumo

O uso nocivo e dependência de álcool e drogas ilícitas e suas consequências para o indivíduo, sua família e comunidade constituem um problema complexo, com grande prevalência e impacto na saúde. Estudos indicam que o envolvimento de serviços de atenção primária no cuidado prestado a essa população aumenta a qualidade do mesmo, sendo, portanto, recomendada sua participação ativa e integrada com serviços especializados. Embora tal recomendação figure em políticas públicas, há evidências da existência de uma lacuna assistencial importante nesse contexto. Este estudo teve como objetivo descrever a participação de equipes de saúde da família da área programática 3.1, no Rio de Janeiro, na assistência ao usuário abusivo ou dependente de álcool e drogas ilícitas. Através de pesquisa em cadastros familiares e prontuários, foram encontrados 129 indivíduos assinalados como portadores das condições estudadas em dois anos de acompanhamento, com prevalência de 0,14% na população acima de dez anos de idade adscrita às equipes. Percebeu-se uma baixa taxa de identificação e registro da condição pelas equipes quando comparada a dados existentes na literatura. Notou-se baixa frequência e sistematização da abordagem e do acompanhamento destes indivíduos pelos profissionais, não havendo menção a nenhuma destas ações em 68,2% dos registros, e baixo uso de recursos para o cuidado a estes indivíduos, como a recorrência ao suporte do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (1,55% dos casos) e a outros níveis de atenção à saúde (8,5% dos casos). Atenta-se à necessidade de potencializar o trabalho das equipes de saúde da família em ações de detecção, assistência e coordenação relativas à condição estudada.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Saúde da Família, Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias.

Abstract

Substance misuse figures as an important and complex issue, with major impact on health for the individual, their families and communities. The involvement of primary health care services in substance misusers' assistance is known to improve its quality, leading to increased levels of detection, access and compliance to treatment, and better care coordination. There is, therefore, overt recommendation to address and manage substance misuse in primary care, with support from specialized services and shared management. Nevertheless, several studies report sub-optimal approach to this condition in primary care setting. The objective of the study was to describe the performance of primary care teams from Rio de Janeiro, Brazil, in substance misuse assistance, including screening, treatment and reference to specialized services. Thirty-one primary care teams from the city of Rio de Janeiro, covering 106.950 people, were included in the study. A search for alcohol and drug misuse related terms was performed in electronic patient and family profiles, medical and nurse records, from a two years period of assistance. The data collected were submitted to statistical analysis. A hundred and twenty-nine individuals assigned as alcohol or illicit drug misusers were identified. The prevalence of alcohol and drug misuse altogether was 0.14% among individuals over ten years old. There was a low frequency of care by primary care professionals, with no report in consultation records in 68.2% of cases, and low use of validated tools and health care network resources (10% of cases). The results indicate a significantly lower prevalence of alcohol and drug misuse in the studied population than previous prevalence studies performed in Brazil (12,3% for alcohol or illicit drug misuse), suggesting both low rate of detection and suboptimal data recording. The study indicates need for improvement in several areas of primary health care teams work on substance misusers' assistance, including better recording, implementation of validated screening techniques, management of selected cases and adequate reference for treatment, with shared care with specialized services, care coordination and monitoring, according to primary health care principles.

Keywords: Primary Care, Family Practice, Substance-Related Disorders.

Lista de Siglas

AA – Alcoólicos Anônimos

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AP – Área Programática

APS – Atenção Primária à Saúde

ASSIST – Alcohol and Substance Involvement Identification Test

AUDIT – Alcohol Use Disorders Identification Test

AVAI – Anos de Vida Ajustados por Incapacidade

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial – álcool e drogas

CEAD – Centro Estadual Antidrogas

CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas

CF – Clínica da Família

CID – 10 – Classificação Internacional de Doenças – Décima Versão

DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ESF – Estratégia Saúde da Família

INEBRIA - International Network on Brief Interventions for Alcohol and Other Drugs

MS – Ministério da Saúde

NA – Narcóticos Anônimos

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NEPAD – Núcleo de Estudos em Atenção ao Uso de Drogas

NICE – National Institute for Health Care Excellence (United Kingdom)

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAI-PAD - o Programa de Ações Integradas para Prevenção e Atenção ao Uso de Álcool e Drogas na Comunidade

PCA – Tool – Primary Care Assessment Tool

PEAD - Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

SBIRT – Screening, Brief Interventions and Reference for Treatment

SENAD – Secretaria Nacional Sobre Drogas

SIAB – Sistema de Informação em Atenção Básica

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUBPAV - Subsecretaria de Atenção Primária, Promoção e Vigilância à Saúde

SUPERA - Sistema Para Detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas; Encaminhamento, Intervenção Breve, Reinserção Social e Acompanhamento

UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Sumário

| | |
|---|----|
| 1 - Introdução | 12 |
| 2 - Objetivos | 14 |
| 2.1 - Geral | 14 |
| 2.2 - Específicos | 14 |
| 3 – Panorama Conceitual | 15 |
| 3.1 – Histórico | 15 |
| 3.2 – Conceitos e Definições | 18 |
| 3.2.1 – Sobre as drogas | 18 |
| 3.2.2 – Sobre o uso | 19 |
| 3.3 – Uso de drogas e saúde pública | 21 |
| 3.4 – Magnitude do agravo no Brasil | 22 |
| 3.5 – Princípios do cuidado e papel da atenção primária à saúde | 23 |
| 3.5.1 – Acesso ao serviço de saúde | 25 |
| 3.5.2 – Cuidado transdisciplinar | 26 |
| 3.5.3 – Rastreamento e intervenção breve | 27 |
| 3.5.4 – Manejo dos casos | 28 |
| 3.5.5 - Coordenação do cuidado e articulação com a rede | 29 |
| 3.6 - A Política para Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Outras Drogas | 30 |
| 3.7 - Princípios e práticas da ESF e o cuidado ao uso de álcool e drogas | 32 |
| 3.7.1 - O trabalho das equipes de saúde da família | 32 |
| 3.7.2 - Papel dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) | 37 |
| 4 - Método | 39 |
| 4.1 - Cenário do estudo | 39 |
| 4.2 - Descrição das fontes de origem dos dados analisados | 43 |
| 4.3 - Pesquisa de dados secundários | 44 |
| 4.3.1 - Seleção dos dados | 44 |
| 4.3.2 - Coleta de dados | 45 |
| 4.4 - Consolidação e análise dos dados | 50 |
| 4.5 - Considerações éticas | 50 |
| 5 – Resultados | 51 |
| 5.1 Identificação e registro de casos e prevalência na população | 51 |

| | |
|---|----|
| 5.2 – Distribuição dos dados coletados por método de entrada nos sistemas de informação | 53 |
| 5.3 – Dados de identificação e demográficos | 55 |
| 5.4 – Problemas registrados e substâncias assinaladas | 57 |
| 5.5 - Resultados relacionados ao acompanhamento da população pela equipe | 59 |
| 5.5.1 Acompanhamento da população por agentes comunitários de saúde | 59 |
| 5.5.2 Acompanhamento por enfermeiro e médico | 62 |
| 5.6- Práticas e uso de recursos da ESF e da rede de saúde | 63 |
| 6 – Discussão | 65 |
| 6.1 - Detecção de casos | 65 |
| 6.1.1 - Subregistro de dados | 65 |
| 6.1.2 - Detecção de indivíduos com problemas pelo uso de álcool e drogas | 67 |
| 6.2 - Acompanhamento e vigilância pelas equipes | 69 |
| 6.3 - Utilização de Recursos da Rede – NASF e Encaminhamentos | 72 |
| 7 - Conclusão | 74 |
| Referências | 75 |
| Anexo A | 84 |

1 Introdução

O uso nocivo e a dependência de álcool e drogas ilícitas constituem problemas de grande importância em saúde pública. Relatórios sobre a saúde mundial publicados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) nos últimos anos revelam que tais condições figuram, como causa ou fator de risco, entre os dez mais impactantes agravos à saúde¹, levando à perda significativa de anos de vida, por morte ou incapacidade, da população exposta, com tendência crescente². O cuidado aos problemas de saúde mental, incluindo o uso nocivo e dependência de álcool e outras drogas, é um desafio para os sistemas de saúde em todo o mundo. Políticas públicas e linhas de cuidado direcionadas ao assunto vêm sendo desenvolvidas sistematicamente em vários países, como resposta a uma histórica dificuldade na abordagem deste problema.^{3,4,5,6}

Nos últimos anos o Brasil alcançou progressos significativos em termos de construção de políticas públicas e expansão da rede de assistência à saúde mental, no esteio dos princípios da Reforma Psiquiátrica e do SUS. A partir de marcos históricos como a Terceira Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001 e a ampliação e a regulamentação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em 2002, incluindo a criação de CAPS destinados especificamente à assistência ao uso nocivo e dependência de álcool e outras drogas (CAPSad)^{7,8}, caminhou-se para uma importante mudança de paradigma na assistência a indivíduos com problemas relacionados à saúde mental, e por conseguinte ao dependente de substâncias psicoativas, na direção de uma abordagem comunitária, descentralizada, baseada na lógica de redução de danos em detrimento de conceitos passados, como a prerrogativa da abstinência total como única meta de tratamento. Tal movimento de apropriação do uso nocivo e dependência de álcool e outras drogas como um problema de saúde pública culminou com a publicação, em 2003, pelo Ministério da Saúde (MS), da “Política Nacional para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas⁹”.

Seguindo a linha dos principais documentos internacionais publicados na última década a respeito da atenção a problemas de saúde mental, incluindo o uso de substâncias, a “Política Nacional para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas” cita como principais pressupostos do cuidado a universalidade de acesso ao tratamento e a integralidade, ressaltando a importância da descentralização das ações em saúde voltadas a essas condições. De interesse especial para o estudo em questão é o papel definido pelo documento à Atenção Primária à Saúde (APS), cujo modelo brasileiro preferencial é a Estratégia Saúde da Família (ESF)¹⁰. Determina que as equipes devam estar envolvidas em ações de promoção, prevenção,

tratamento e reabilitação dos cidadãos e suas famílias, em estreita articulação com outros níveis de atenção à saúde, como os CAPS-ad e outros equipamentos. A partir de 2008, com a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), ampliou-se a capacidade de atenção a problemas relacionados à saúde mental na ESF, por estes consistirem num dos focos principais de tais núcleos¹¹.

Além da política do MS, documentos posteriores, como o “Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas” (PEAD), publicado em 2009 pelo MS¹², em resposta ao aumento alarmante do consumo do crack nas grandes cidades brasileiras, reforçam recomendações de integração das equipes de saúde da família na assistência à condição, reconhecendo a congruência entre as características ideais de um modelo de atenção integral ao usuário nocivo e ao dependente de álcool e outras drogas e prerrogativas da APS e ESF, como a universalidade, a longitudinalidade e a coordenação do cuidado^{10, 13}. O documento ressalta o papel dos NASF como articuladores deste cuidado entre as equipes de saúde da família e os demais pontos da rede de assistência, como os CAPSad.

A literatura mundial atesta a eficácia de determinadas ações, como o rastreio, intervenções breves e o acompanhamento destes indivíduos, tendo como cenário uma APS participativa e integrada à rede de atenção à saúde.^{14,15,16,17,18} No entanto, embora esteja estabelecido que APS figura como *locus* indispensável do cuidado à população em questão, estudos realizados no Brasil identificam significativas lacunas entre o preconizado pelas principais políticas norteadoras e as práticas correntes. Ao analisarmos os processos de trabalho das equipes na ESF, percebe-se que ações relacionadas ao cuidado deste grupo são raramente sistematizadas^{19,20,21,22}. Há relatos na literatura sobre dificuldades na execução de tais tarefas pelas equipes de saúde da família^{22,23,24,25}, reproduzindo-se dificuldades que são observadas até mesmo em países que possuem uma atenção primária mais estruturada²⁶. Torna-se necessário, pois, uma descrição atenta e cuidadosa do panorama atual do cuidado aos indivíduos com problemas relacionados ao uso nocivo e dependência de álcool e outras drogas na ESF, para que seja possível, a partir de um ponto de partida inicial, identificar potencialidades e deficiências, e propor ações específicas. Tal diagnóstico situacional é o objetivo deste estudo.

2 Objetivos

2.1 Geral

Descrever ações de assistência à saúde de indivíduos com problemas relacionados ao uso de álcool e drogas ilícitas na Estratégia Saúde da Família.

2.2 Específicos

Descrever as práticas desenvolvidas por equipes de saúde da família da área programática 3.1, no município do Rio de Janeiro, voltadas à assistência ao indivíduo com problemas relacionados ao uso de álcool e drogas ilícitas.

Descrever a utilização por parte das equipes de saúde da família dos recursos e equipamentos disponíveis à assistência ao indivíduo com problemas relacionados ao uso de álcool e drogas ilícitas existentes na rede de atenção à saúde.

Descrever as práticas de coleta e sistematização de dados e vigilância à saúde desta população realizada pelas equipes.

3 Panorama Conceitual

3.1 Histórico

O uso das principais substâncias psicoativas que conhecemos hoje está presente na história da humanidade desde tempos imemoriais²⁷. Há registros do uso medicinal do ópio, por povos asiáticos, datados de 8000 anos A.C.. Acompanhando a história e o desenvolvimento da humanidade, uma série de outras substâncias foram descobertas, sintetizadas ou tiveram seu uso, antes restrito a culturas particulares, descortinada para outros povos, como a cocaína, comumente utilizada na América do Sul em sua forma natural, a folha de coca, e os derivados da *Cannabis sativa* (canabinóides), como a maconha e o haxixe, oriundos da Ásia central. O consumo de álcool etílico, presente em diversas culturas há milênios, perpassa a história do homem. Com o desenvolvimento da química, novas substâncias foram sintetizadas, como o ácido lisérgico (LSD) e as anfetaminas, no século XX.

Ao analisar a natureza do uso dessas substâncias ao longo da história, percebe-se que muitas tiveram e algumas ainda possuem papel como medicação. A heroína, derivada natural do ópio, foi por algum tempo comercializada como analgésico. Anestésicos e analgésicos opiáceos são utilizados como principais drogas para o controle da dor na medicina até os dias de hoje. A cocaína já foi utilizada para o tratamento da intoxicação por derivados do ópio, e até a metade do século XX ainda era utilizada como anestésico local. Canabinóides eram utilizadas como analgésico na China há dois mil anos, e seu uso clínico foi retomado no final do século XX, para pacientes com câncer e AIDS, com o objetivo de aumentar a fome e controlar a dor. O álcool era utilizado no final do século XIX para atenuar a dor de pacientes que seriam submetidos a amputações de membros, e a maioria das anfetaminas foi sintetizada para a utilização como descongestionante nasal, para tratamento de distúrbios relacionados ao déficit de atenção e como moderador de apetite²⁸.

Outro papel histórico importante de algumas substâncias descritas é o uso em rituais de cunho religioso, como os derivados da *cannabis* pelos indianos e o vinho pelos cristãos.

As drogas aparecem, ainda, eventualmente integradas aos hábitos dos cidadãos, fazendo parte de sua cultura e dia-a-dia, como o mascar das folhas de coca pelos povos andinos e a ingestão de vinho durante as refeições em alguns países europeus.

Ao se pensar historicamente, percebe-se que durante a maioria do tempo em que as drogas citadas foram usadas na sociedade, ou tal uso se deu inserido na prática médica e meio

sacerdotal, ou, quando difundido na população geral, não resultou em registro de danos à saúde e à sociedade ou ações para o controle dos mesmos.

Somente a partir do século XVII há registros históricos relacionados a problemas causados pelo uso abusivo de substâncias, através de condenação moral por parte da Igreja dos indivíduos que apresentavam problemas em suas vidas por conta do consumo excessivo de álcool. Nos Estados Unidos da América, ao fim do século XIX, a abordagem condenatória e repressiva ao uso de álcool e outras substâncias, como o ópio, era ditada por órgãos eclesiásticos e governamentais, e nesse país foram produzidas as primeiras legislações e políticas de repressão e criminalização do uso de drogas. Tal tendência, que teve o seu marco na promulgação da Lei Seca, instituída nos anos 30, ainda se mantém nesse país, com reflexos em todo o mundo, inclusive no Brasil²⁹.

Ao se extrapolar o conceito de repressão ao uso do álcool às demais substâncias citadas, revela-se historicamente um padrão semelhante, com a diferença de que substâncias como os derivados da cannabis (maconha e haxixe), a heroína, e a cocaína, a partir do século XIX, e o LSD no século XX, foram definitivamente consideradas como ilícitas, conceito mantido até hoje na maioria dos países do mundo, e seu uso definido como ato criminal, passível de punição pela justiça.

Paralelamente à abordagem criminal do problema relacionado ao uso de álcool e drogas, conceitos relacionados à saúde começaram a emergir. Em 1810, o médico americano Benjamin Rush declarou o problema do álcool como doença, cujo tratamento seria a internação em manicômios, à semelhança dos doentes mentais mais graves, para indução da abstinência e regeneração. Porém a atuação mais efetiva da saúde nesse campo somente se consolidou na segunda metade do século XX, com o desenvolvimento da psiquiatria e psicologia, e de novos métodos de abordagem, como a psicoterapia e o tratamento medicamentoso. Nesse intervalo, a partir da década de trinta, surgiam e ganhavam espaço os grupos de mútua ajuda, como o Alcoólicos Anônimos (AA) e o Narcóticos Anônimos (NA), baseados no princípio da ajuda entre pares, através de reuniões de alcoólatras e adictos a substâncias diversas, respectivamente, sem a participação de profissionais de saúde, e centros de internação e recuperação de usuários de drogas, conhecidos como Comunidades Terapêuticas. Um ponto comum da abordagem dos grupos de mútua ajuda anônimos e comunidades terapêuticas consiste no requisito da abstinência total de álcool e outras drogas para a recuperação. O reconhecimento do problema do uso de substâncias como questão de saúde pública e a formulação de programas de assistência à saúde desses cidadãos por órgãos oficiais, iniciado somente na segunda metade do século XX, sofreu importante influência

desses movimentos, e muitos centros de tratamento, especialmente nos EUA, combinam a terapia médica e psicológica com os princípios do AA, até os dias de hoje (modelo Minnesota)^{30,31}.

A partir da década de 60, países europeus como a Inglaterra e a Holanda iniciam medidas com o objetivo de diminuir o impacto do uso de drogas, notadamente as injetáveis, na saúde dos cidadãos, uma vez que a incidência de agravos como a hepatite e posteriormente a infecção pelo HIV nessa população atingia níveis muito elevados. As ações, denominadas de “ações de redução de danos”, envolviam a distribuição de seringas descartáveis, com o objetivo de diminuir a transmissão das doenças citadas. Outro exemplo de ação de redução de danos foi a criação de Programas Terapêuticos com Agonistas Opióides, visando a substituição de heroína por Metadona ou Buprenofrina, drogas sintéticas prescritas por médicos e utilizadas por via oral, com o intuito de facilitar o abandono ou a redução do consumo de heroína e, conseqüentemente, os danos relacionados ao seu uso³².

A redução de danos foi posteriormente definida, de modo ampliado, como “conjunto de políticas, programas e práticas que visam primeiramente reduzir as conseqüências adversas para a saúde, sociais e econômicas do uso de drogas lícitas e ilícitas, sem necessariamente reduzir o seu consumo³³”. Incorporando técnicas como a abordagem por entrevista motivacional³⁴, consolidou-se nas últimas décadas como novo paradigma. Na ótica da justiça, países como Portugal e Uruguai vêm implantando ações de descriminalização dirigidas ao uso de substâncias. No campo da saúde, seguindo a lógica da redução de danos, almeja-se a construção de projetos singulares, que permitam a cada indivíduo estabelecer, junto ao seu cuidador, um plano de cuidado onde sejam levados em conta seu padrão de consumo e relação com as substâncias, com o objetivo principal de diminuir os riscos e danos associados ao uso, sem necessariamente definir a abstinência total como meta.

Em suma, a ótica a respeito do uso de álcool e drogas esteve sujeita, ao longo da história, a mudanças expressivas, pautadas por quebras sucessivas de paradigmas e pela evolução científica e moral das sociedades, que ocorreu de forma heterogênea, resultando numa atual polissemia de conceitos e abordagens, percebida tanto em setores como a justiça e a segurança pública como no campo da saúde. Há, portanto, a necessidade da definição, neste trabalho, de conceitos e práticas, utilizados *a posteriori* na metodologia de pesquisa e na descrição do trabalho das equipes de saúde. Tais definições serão descritas a seguir.

3.2 Conceitos e Definições

3.2.1 Drogas

O panorama histórico brevemente descrito acima evidencia uma grande pluralidade de conceitos¹¹ no cuidado ao indivíduo com problemas relacionados ao uso abusivo e dependência de álcool e drogas, tanto no âmbito da assistência individual quanto à formulação de políticas públicas.

A primeira definição que se faz importante relaciona-se às drogas e suas subdivisões conceituais. O termo “droga”, segundo definição da OMS, significa “qualquer substância não produzida pelo organismo que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas produzindo alterações em seu funcionamento²⁸”

O problema estudado envolve o uso de algumas “drogas psicoativas”, conjunto de substâncias que atuam no sistema nervoso central, levando a determinadas alterações psíquicas, específicas de cada substância²⁸. Tal categoria abrange uma grande quantidade de substâncias, como a nicotina proveniente do tabaco e a cafeína, e medicações utilizadas para o tratamento de transtornos mentais e outras condições. Dentre estas, o subgrupo de interesse para o trabalho são as “drogas de abuso”, definidas como substâncias utilizadas primariamente por seus efeitos prazerosos e alteradores do humor, com pouco ou nenhum uso médico, que tenham potencial de levar ao abuso ou induzir dependência, com consequências negativas para o indivíduo e seu meio. Cabe a consideração de que muitas drogas utilizadas inicialmente com fim terapêutico podem gerar padrões de uso abusivo, pois a relação do indivíduo com o uso da substância sofre influência de inúmeros fatores, próprios da pessoa, da substância e do meio.

Como visto no panorama histórico descrito anteriormente, conceitos jurídicos caminham lado a lado com elementos relacionados à assistência. Do mesmo modo, nesse estudo será utilizado um critério jurídico, o da ilicitude, para selecionar algumas das substâncias citadas acima e incluir os indivíduos com problemas relacionados ao uso das mesmas na população estudada. Neste caso, longe do objetivo de se entrar em méritos legais, tal escolha adveio da necessidade de estreitamento do foco da pesquisa, motivo pelo qual a dependência de nicotina não foi incluída. Desse modo, ao se definir “problemas relacionados ao uso de álcool e drogas”, refere-se, neste estudo, ao álcool, incluído pela grande prevalência e importância epidemiológica nesta população, e às drogas de abuso ilícitas, a saber, derivados da *cannabis* (maconha e haxixe), cocaína, suas bases e subprodutos (merla, oxi,

crack) e drogas sintéticas como as metanfetaminas (*ecstasy*) e o ácido lisérgico (LSD), identificadas como substâncias com potencial de abuso e consequente dano. O uso de heroína tem prevalência pequena no Brasil, com pouca importância epidemiológica³⁵.

3.2.2 Sobre o uso

A segunda definição imperativa para o entendimento do problema diz respeito à relação do indivíduo com a substância, através do uso. Ao entrar em contato com as substâncias citadas anteriormente, cada indivíduo desenvolve um determinado padrão de uso, influenciado por fatores diversos, de ordem biológica, comportamental e social.

O uso ocasional e recreativo das substâncias mencionadas, onde o indivíduo não assume padrões de abuso, uso nocivo ou dependência (detalhados adiante) é descrito para as referidas substâncias, não sendo objeto do estudo, cujo foco é o uso que causa dano ao indivíduo, à família e à comunidade. Diversas classificações foram produzidas utilizadas com o objetivo de descrever e sistematizar padrões de uso com potencial de dano à saúde, sendo as mais difundidas e utilizadas a classificação da OMS, “Classificação Internacional de Doenças” (CID - 10)³⁶ e da Associação Americana de Psiquiatria, “*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*”, conhecido como DSM, atualmente na 5ª revisão (DSM – 5)³⁷. As classificações partilham inúmeras semelhanças, bem como limitações. Contudo, são rotineiramente utilizadas para definição do problema.

A CID-10 classifica o problema relacionado ao uso de substâncias em “uso nocivo” quando há evidência de prejuízo físico ou mental, sem que haja critérios para classificar o padrão de uso como dependência. Cita como elementos de diagnóstico a presença de dano real à saúde ou consequências sociais negativas, como prisão, problemas conjugais e no trabalho, causados pelo padrão de consumo atual. Já a dependência é definida pela CID-10 pela presença de três ou mais dos critérios abaixo, presentes por mais de um mês ou em mais de três ocasiões durante um ano:

1. Um desejo forte ou senso de compulsão para consumir a substância
2. Dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de início, término ou níveis de consumo.
3. Estado de abstinência fisiológica, quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, como evidenciado por: síndrome de abstinência característica para a substância, ou o uso da mesma substância (ou de uma intimamente relacionada) com a intenção de aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.

4. Evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas.

5. Abandono progressivo de prazeres alternativos em favor do uso da substância psicoativa: aumento da quantidade de tempo necessário para obter ou tomar a substância ou recuperar-se de seus efeitos.

6. Persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de consequências manifestamente nocivas, tais como dano ao fígado por consumo excessivo de bebidas alcoólicas, estados de humor depressivos consequentes a períodos de consumo excessivo.

Fonte: Classificação Internacional de Doenças (CID-10), OMS.

A publicação dos critérios do DSM – 5 é recente, e categoriza os problemas relacionados ao uso de substâncias como “Transtornos de Adicção e Uso de Substâncias”, eliminando a classificação prévia que distinguia uso abusivo e dependência. De acordo com a presença de determinado número de critérios, classifica o transtorno como leve (dois a três), moderado (quatro a cinco) ou severo (seis ou mais). Os critérios são:

1. Uso recorrente de substância resultando em falha no cumprimento de obrigações no trabalho, escola ou em casa (p.ex. faltas repetidas ou baixo desempenho no trabalho relacionados ao uso de substância, faltas, suspensões ou expulsões da escola devido ao uso de substância, negligência nos cuidados do lar ou dos filhos);

2. Uso recorrente em situações potencialmente perigosas fisicamente (p.ex. dirigir um automóvel ou operar maquinário enquanto intoxicado pela substância);

3. Uso continuado da substância apesar de problemas recorrentes e persistentes nas esferas social ou interpessoal, causados ou exacerbados pelos efeitos da substância (p.ex. discussões com marido/esposa sobre as consequências da intoxicação, brigas físicas);

4. Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos: (a) uma necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para adquirir a intoxicação ou efeito desejado; (b) acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade da substância;

5. Abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos: (a) síndrome de abstinência característica para a substância; (b) a mesma substância (ou uma substância estreitamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência;

6. A substância é frequentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido;

7. Existe um desejo persistente ou esforços mal sucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância;
8. Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção da substância (por ex., consultas a múltiplos médicos, longas viagens de automóvel), na utilização da substância (por ex., fumar em grupo) ou na recuperação de seus efeitos;
9. Importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância;
10. O uso da substância continua apesar da consciência de se ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância (por ex., uso de cocaína, embora o indivíduo reconheça que sua depressão é induzida por ela, ou consumo continuado de bebidas alcoólicas, embora o indivíduo reconheça que uma úlcera piorou pelo consumo do álcool);
11. Fissura ou *craving* – um forte desejo ou urgência de usar uma substância específica.

Fonte: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). American Psychiatry Association, 2013

Ao se abordar o problema pela ótica da saúde pública, o mais adequado consiste em enunciar a condição como “problema relacionado ao uso de álcool e outras drogas”, englobando em tal definição padrões de uso não apenas limitados à dependência, mas que de alguma forma tragam prejuízo à saúde e bem-estar do usuário, sua família e seu meio. Este será o objeto do estudo. Para fins de pesquisa, será definida como população de estudo os indivíduos com registros ou indícios de uso nocivo e os dependentes de álcool e drogas ilícitas, segundo a CID -10.

3.3 Uso de drogas e saúde pública

Como citado anteriormente, em muitos países do mundo os problemas relacionados ao uso de substâncias e suas consequências foi inicialmente abordado como uma questão de segurança pública, sendo a abordagem como um problema de saúde e o consequente envolvimento de órgãos relacionados, com formulação de políticas públicas de assistência ao usuário de drogas, um paradigma recente²⁹. Pelo mesmo motivo, o reconhecimento do uso nocivo do álcool, substância lícita na grande maioria dos países, foi ainda mais tardio. No entanto, atualmente os transtornos relacionados ao uso de álcool e drogas figuram como um dos problemas mais importantes em termos de agravos à saúde e qualidade de vida de populações, independente do seu nível de desenvolvimento socioeconômico². Há associação

direta e cientificamente comprovada do uso destas substâncias em determinados padrões a agravos de saúde, como por exemplo, doenças relacionadas ao uso do álcool (cirrose hepática, demência), e violência urbana³⁸. Felizmente, boa parte dos países formulou e executa programas estruturados para o cuidado dos indivíduos com problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas, em resposta aos dados epidemiológicos sobre o aumento do consumo de tais substâncias e suas consequências na saúde nas últimas décadas².

3.4 Magnitude do agravo no mundo e no Brasil

Desde a publicação do relatório mundial de saúde em 2001 pela OMS, “Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança¹”, cujo foco incluía perspectivas de melhor atenção ao indivíduo com problemas relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas, entre outras condições relacionadas à saúde mental, já se destacava na ocasião uma prevalência 2 a 10% de consumo abusivo de substâncias psicoativas na população dos centros urbanos de todo o mundo. Dentre as mesmas, o álcool assumia posição de destaque, com uma prevalência estimada de 1,7% a 5% de uso nocivo e dependência na população mundial. Em relação a outras drogas, estimava-se uma prevalência global de 0,4 a 4%. Em ambos os grupos havia importante variação entre regiões e países, com tendência crescente, sobretudo nos países em desenvolvimento.

Tais prevalências colocavam o uso nocivo e a dependência de álcool e drogas entre os 20 principais agravos à saúde, considerando-se a carga global de doenças e os anos de vida ajustados para incapacidade (AVAI). Destaca-se a incidência elevada, nessa população, de eventos como doenças associadas ao uso, acidentes, ferimentos e mortes violentas³⁸. Mais recentemente, segundo o relatório da OMS “*ATLAS on substance use — Resources for the prevention and treatment of substance use disorders*”, publicado em 2010³⁹, agravos associados ao consumo de álcool contribuem com 7,6% da carga global de doenças em homens e 1,4% em mulheres. Tal impacto é percebido especialmente em determinadas regiões do mundo, e a América Latina, junto com a Federação Russa, lidera o *ranking* dessas regiões, com prevalência de uso nocivo e dependência de álcool de 10% em alguns países. O uso de drogas ilícitas, significativamente menor, é responsável por 4 a cada 39 mortes relacionadas ao uso de substâncias psicoativas, sendo as 35 restantes causadas pelo álcool, globalmente. Sua importância aumenta quando determinadas regiões do mundo, como o leste

do mediterrâneo, ou determinadas populações, como as socialmente menos favorecidas, em especial a população de rua, são analisadas especificamente³⁹.

Ao se analisar os dados sobre a carga global de doenças para o Brasil², o consumo danoso de álcool figura com terceiro mais importante fator de risco e as doenças relacionadas ao seu consumo como décima-sexta causa para a existência de anos de vida com incapacidade (AVAI), e sexto mais importante fator de risco para morte, com um aumento de 80% da contribuição para a carga global de doenças em 2010, quando comparado ao ano de 1990. O uso de outras drogas figura como o décimo segundo fator de risco para AVAI e décimo para morte, com um aumento de 49% da contribuição em relação a 1990. Analisando dados nacionais, resultados de estudo sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil realizado em 2005 pelo Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas da Universidade Federal de São Paulo (CEBRID)³⁵, realizado por meio de inquérito domiciliar com perguntas dirigidas à detecção de critérios de dependência, indicam que, nos grandes centros urbanos brasileiros (cidades com mais de 200.000 habitantes), a prevalência de uso nocivo e dependência de álcool atingem 12,3% e de drogas ilícitas 1,6%.

O conjunto de informações a respeito dos problemas relacionados ao uso nocivo e dependência de álcool e outras drogas presentes na literatura justificam e legitimam a existência de ações em saúde pública que direcionem, organizem e monitorem o cuidado aos indivíduos que vivenciam o problema, suas famílias e comunidades onde vivem. Por abordar problema complexo e de difícil manejo, com repercussões em vários setores da sociedade, tais ações devem garantir preceitos básicos de assistência à saúde, como acesso da população aos serviços, continuidade do cuidado, formação de rede ampla e preparada para absorver os problemas e construir soluções de cunho ampliado, contemplando a articulação com outros organismos de serviço social. Deve incluir e prever ações em todos os níveis de assistência, abranger aspectos de promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação. Felizmente, o fim do século XX e o início do século XXI testemunharam a formulação de muitas políticas direcionadas ao tema, incluindo, no Brasil, a Política para Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Outras Drogas, publicada pelo Ministério da Saúde em 2003⁹.

3.5 Princípios do cuidado e papel da atenção primária à saúde

Como citado anteriormente, o cuidado ao indivíduo com problemas relacionados ao uso nocivo de álcool e drogas ilícitas, incluindo a prevenção e a detecção precoce, o

tratamento, a redução dos danos relacionados ao uso e a reabilitação, com reintegração do mesmo na família e na sociedade, é um desafio para qualquer sistema de saúde, pois demanda atributos que, embora frequentemente descritos como princípios de políticas de saúde de vários países, eventualmente não são cumpridos plenamente. A natureza multifacetada do problema e a suas consequências em diversos setores da vida do indivíduo, sua família e meio em que vive determina a necessidade de atenção integral, equânime, acessível, continuada e de caráter intersetorial.

Globalmente, por parte da OMS⁴⁰ e de vários países, há políticas e linhas de cuidado descritas, com características e idiossincrasias próprias, e variedade de conceitos norteadores. Alguns destes princípios encontram-se bem sedimentados em países onde tais diretrizes são aplicadas há muitos anos, como o Reino Unido^{4,5,6} e o Canadá³. Dentre estes princípios, destaca-se em termos de importância para o contexto desta pesquisa a prerrogativa da descentralização do cuidado e a necessidade do envolvimento de vários setores da saúde, notadamente a atenção primária, em ações de prevenção, rastreamento, detecção precoce, intervenções breves, seguimento de casos mais leves, encaminhamento e articulação com os demais níveis de cuidado para coordenação de casos mais severos, atenção às famílias e às comunidades envolvidas.

Analisando-se o relatório mundial da saúde publicado em 2001 pela OMS¹ e suas dez recomendações para a abordagem a problemas de saúde mental (quadro 1), incluindo o uso indevido de substâncias, percebe-se claramente o destaque dado à necessidade de ampliação do acesso do usuário ao tratamento, à abordagem familiar e comunitária, ao trabalho intersetorial e ao papel da rede primária de atenção à saúde, que figura como primeiro item da lista e possui claramente o potencial de catalisar os demais processos arrolados. O relatório, através de tais recomendações, sedimenta princípios como a não institucionalização do indivíduo com problemas relacionados à saúde mental, a descentralização do cuidado e o empoderamento de todos os pontos da rede de atenção à saúde para lidar com essa população. Destaca, portanto, a necessidade do deslocamento das ações do microambiente das especialidades e serviços estritamente relacionados à saúde mental para os demais níveis de atenção à saúde.

Quadro 1 – Dez recomendações para o cuidado em saúde mental

1. Proporcionar tratamento em cuidados primários
2. Disponibilizar medicamentos psicotrópicos
3. Proporcionar cuidados na comunidade
4. Educar o público
5. Envolver as comunidades, as famílias e os usuários
6. Estabelecer políticas, programas e legislação nacionais
7. Preparar recursos humanos
8. Estabelecer vínculos com outros sectores
9. Monitorizar a saúde mental na comunidade
10. Apoiar mais a pesquisa

Fonte: Relatório Mundial de Saúde – “Saúde mental: nova concepção, nova esperança”, OMS, 2001.

Estudos realizados no Brasil e em outros países^{41,42} mostram que a prevalência de transtornos mentais na população que busca serviços de atenção primária, incluindo problemas relacionados ao uso de álcool e drogas ilícitas, varia de 22,7 a 38%. Levantamentos recentes⁴³ encontraram percentuais entre 3% e 9,8% de pessoas com problemas relacionados ao álcool e ao alcoolismo nesses serviços. Fica clara, pois, a necessidade de atuação dos profissionais da APS na abordagem desse problema.

A seguir, alguns componentes principais das políticas norteadoras envolvendo a atenção primária e as experiências globais correspondentes serão discutidos mais detalhadamente.

3.5.1 Acesso ao serviço de saúde

Conceito que perpassa qualquer discussão sobre processo de trabalho em APS, a prerrogativa do acesso ao serviço de saúde pelo indivíduo com problemas devido ao uso de álcool e drogas deve ser a mesma que contempla, segundo a PNAB¹⁰, os demais usuários: acesso facilitado, mediante estratégias adequadas de acolhimento e identificação de riscos e vulnerabilidades, funcionando a APS como porta de entrada para o cuidado a esses indivíduos¹³. Tal paradigma deve contemplar tanto pessoas que busquem o serviço para lidar com os problemas já identificados relacionados ao uso de substâncias, quanto a população

geral, por medidas de rastreio e detecção precoce durante contatos decorrentes de outros motivos, dada a alta prevalência da condição e a atestada efetividade destas medidas no ambiente da APS^{14,44}.

3.5.2 Cuidado transdisciplinar

A atenção aos transtornos relacionados ao uso de substâncias tradicionalmente tem sido campo de atuação de profissionais especializados da saúde mental. Tal fato tem determinantes históricos, e se baseia em conceitos oriundos do período pré-reforma psiquiátrica, onde o cuidado a estes indivíduos envolvia necessariamente institucionalização e uma abordagem ligada aos conceitos de condenação moral, crime e ilegalidade.

Com as mudanças conceituais e organizacionais ocorridas nas últimas décadas, houve inicialmente uma tendência à transferência do tratamento para centros comunitários descentralizados, dos quais os CAPS são exemplo, e posteriormente à inclusão de ambientes não especializados no cuidado.

A consolidação do papel dos serviços de APS como porta de entrada dos sistemas de saúde estreitou o contato dos profissionais não especialistas com uma miríade de problemas antes restritos às especialidades, com conseqüente desenvolvimento e capacitação dos profissionais desse nível de atenção à saúde para a abordagem destes problemas, estando o uso nocivo e a dependência de álcool e outras drogas incluídos nesse grupo. Dentro da lógica da ampliação do acesso e resolutividade dos sistemas de saúde orientados pela atenção primária, a instrumentação de médicos generalistas e profissionais não médicos para a abordagem dos problemas mais comuns de saúde da população preconizada em outros países com APS ordenadora do cuidado torna-se imperativa, e é descrita nas linhas de cuidado destes países^{45,46}.

3.5.3 Rastreio e intervenção breve

O rastreio e a intervenção breve, aplicados ao uso abusivo e dependência de álcool e outras drogas, são temas de ampla publicação na literatura mundial. Há evidência substancial sobre o benefício do uso de tal abordagem na atenção primária. Considerando a alta prevalência, encontrada em diversos estudos no Brasil e em outros países, de problemas associados ao uso de substâncias na população que busca atendimento nas unidades básicas de

saúde^{41,46,47,48}, observa-se nesse cenário uma janela de oportunidade para ações de detecção precoce e intervenção.

Kaner¹⁴, junto ao subgrupo “Drogas e Álcool” do grupo Grupo Colaborativo Cochrane, publicou em 2007 metanálise de 22 estudos que evidenciaram benefício significativo em se realizar rastreio e intervenções breves em indivíduos com problemas relacionados ao álcool, resultando em diminuição do volume consumido pelas populações abordadas. Houve melhor resultado no sexo masculino e em indivíduos com uso perigoso (*harazdous drinking*) e nocivo, e menos impacto em mulheres e indivíduos com dependência grave⁴⁹. A recomendação final foi a utilização rotineira das técnicas estudadas¹⁴.

O *United States Preventive Services Task Force*, órgão cuja atuação consiste em rever sistematicamente as evidências relacionadas a ações de prevenção na assistência à saúde, classifica o rastreio de problemas relacionados ao álcool na população adulta como grau B de recomendação, atestando seu potencial benefício, de acordo com a literatura, com nível de evidência indeterminado⁵⁰. Não faz recomendação específica quanto ao uso do método para o rastreio do uso nocivo e dependência de drogas ilícitas, por ausência de evidência suficiente na literatura⁵¹.

Estudos de custo-efetividade de atividades de rastreio e intervenção breve para o uso de álcool incluem tal prática entre as cinco mais custo-efetivas para a atenção primária⁵².

Samet¹⁷ destaca o benefício estabelecido de ações de rastreamento e intervenção breve por profissionais de serviços de atenção primária, uma vez que é com estes serviços que os últimos travam contato com mais frequência e onde pode se realizar a detecção precoce do problema. De fato, estatísticas americanas mostram que 70% dos pacientes com quadro de dependência ao álcool foram atendidos em serviços médicos gerais nos últimos seis meses, devido aos mais variados problemas de saúde⁵³.

Diante de substanciais evidências, as medidas de rastreio, intervenção breve e referência para tratamento (designadas pelo acrônimo da expressão “*Screening, Brief Interventions and Reference to Treatment*” - SBIRT) para o uso de álcool e drogas compõem a principal estratégia de prevenção e abordagem do problema na atenção primária de vários países.

O *National Institute of Health Care Excellence* (NICE), órgão responsável pela elaboração, e monitoramento das linhas de cuidado em saúde pública do *National Health System* (NHS), do Reino Unido, recomenda a adoção sistemática de medidas de SBIRT, na população geral^{5,54}. Recomendação semelhante é assinalada pela OMS, que indica o rastreio na população geral, intervenções breves para o uso perigoso e nocivo do álcool e drogas, e

referência para tratamento de dependentes, com cuidado compartilhado entre os serviços especializados e a APS⁵⁵.

Dentre os instrumentos de rastreio testados e validados através de inúmeros estudos, destaca-se o “*Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)*”⁵², de aplicação breve e que considera a cronologia do uso, pois possui perguntas relacionadas ao uso no último ano, em detrimento do CAGE, que embora mais popular, não considera o intervalo de tempo de consumo. Mais recentemente, o grupo de estudo sobre álcool e drogas da OMS, numa iniciativa global de prevenção e manejo do uso nocivo e dependência de substâncias, em parceria com outros órgãos globais, elaborou o “*Alcohol, Smoking and Substance Involvement Identification Test*” (ASSIST)⁵⁵, instrumento mais abrangente e cuja proposta é reunir questões relativas ao uso das substâncias psicoativas mais comuns, incluindo o álcool. Além destes, muitas outras ferramentas de rastreio estão disponíveis e validadas pela literatura mundial. Destaca-se também como iniciativa a existência de redes internacionais como o INEBRIA (*International Network on Brief Intervention for Alcohol and Other Drugs*), cujo objetivo é validar as práticas de SBIRT e disseminá-las globalmente.

3.5.4 Manejo dos casos

A literatura mundial atesta a necessidade e a eficácia da participação do setor primário de atenção à saúde no cuidado ao indivíduo com problemas relacionados ao uso de álcool e drogas. Kim¹⁵, em estudo de coorte que acompanhou durante dezoito meses pacientes que receberam alta de instituições para internação e tratamento de dependentes de substâncias psicoativas, demonstrou que o grupo que recebeu um cuidado de maior qualidade em serviços de atenção primária, avaliado pelo instrumento “*Primary Care Assessment Tool*” (PCA Tool)⁵⁶, apresentou menor severidade da adicção, avaliada através do “*Addiction Severity Index*” (ASI)⁵⁷.

Baseado em evidências como a citada acima e em diversos outros estudos²⁶, o documento “*A Guide to Substance Abuse Services for Primary Care Clinicians*”⁴⁴, publicado em 2006 pelo National Institute of Health dos Estados Unidos, cita, referindo-se em primeira pessoa ao profissional da atenção primária, que “em relação ao abuso de substâncias, nosso papel é claro: devemos *perguntar* alguma coisa, e então devemos *fazer* alguma coisa”. Destaca, no caso específico do álcool, a maior prevalência de uso arriscado e nocivo em relação à dependência grave, e coloca o primeiro grupo como público-alvo ideal para ações na

atenção primária, pelo fato dessa população sabidamente responder positivamente a técnicas como a intervenção breve, factíveis a este nível de atenção à saúde. Embora as evidências disponíveis na literatura para o impacto de tais intervenções sobre o uso de drogas ilícitas seja menos consistente, a maioria das linhas de cuidado recomenda abordagem semelhante.

No que diz respeito à atuação de profissionais da atenção primária em outras ações além do rastreio e intervenção breve, usualmente recomenda-se, no caso de se reconhecer um indivíduo com dependência grave, o encaminhamento a serviço especializado, e seguimento compartilhado com a instituição de destino do caso em questão. Para muitos indivíduos, no entanto, outras técnicas, sobretudo as motivacionais³⁴, têm sido aplicadas como princípio de cuidado, não apenas por profissionais especializados, mas também por médicos e enfermeiros da APS que as dominem⁵⁵. Tais práticas envolvem entrevistas e abordagens com o objetivo de facilitar a percepção do problema e o dimensionamento deste, respeitando-se a concepção do próprio indivíduo e construindo com o mesmo um contrato de cuidado com responsabilidade compartilhada, numa filosofia ampliada de redução de danos. Pelo fato do vínculo entre profissional e usuário ser muito importante na execução das mesmas, a APS figura como ambiente desejável e propício à sua realização. Em países com APS bem desenvolvida e de resolutiva, como o Reino Unido, é prevista a atuação de médicos generalistas e enfermeiros em intervenções mais complexas, como a desintoxicação alcoólica, intervenções psicossociais e farmacológicas. Tal atuação pode ser feita de forma conjunta com especialistas ou por profissionais generalistas com interesse e formação específica nessas habilidades⁴.

3.5.5 Coordenação do cuidado e articulação com a rede

A coordenação do cuidado figura como princípio básico da atenção primária. Compreende o conhecimento e vigilância, por parte da equipe de saúde, de todo o processo de cuidado ao indivíduo sob sua responsabilidade, através da articulação interna, entre os profissionais da equipe que eventualmente atuem neste cuidado, e com outras esferas de atenção¹³. Desse modo, quando um indivíduo utiliza equipamentos diversos de atenção à saúde, através de encaminhamentos por parte da equipe ou de procura espontânea a outros serviços, cabe aos profissionais da atenção primária a busca por informações referentes a estes episódios, e a criação e utilização de canais de comunicação que visem o conhecimento de todo o processo de cuidado, que deve ser registrado e estar disponível à apreciação e análise dos profissionais da equipe. De fato, a documentação de todas as ações em saúde realizadas

pelos diferentes profissionais e serviços com os quais o indivíduo tenha travado contato é ferramenta sabidamente importante para o desempenho de uma coordenação eficaz⁵⁸. O desenvolvimento de softwares de cadastramento e prontuário eletrônico que viabilizem a integração de informações a respeito do cuidado a uma população potencializa sobremaneira este processo, especialmente quando permitem a utilização por profissionais de serviços de saúde distintos de uma mesma plataforma de dados integrados. Independente do nível de tecnologia utilizado, cabe ao serviço de atenção primária o estabelecimento de parcerias que facilitem o trânsito de informações relativas ao cuidado dos indivíduos de sua responsabilidade entre os diversos níveis de atenção à saúde. Dados a respeito de acompanhamento especializado, internações e demais ações devem ser conhecidos e registrados.

3.6 A Política para Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Outras Drogas

O objetivo desta seção é destacar os princípios relacionados à assistência do indivíduo com problemas relacionados ao uso nocivo de álcool e outras drogas definidos pelos principais documentos nacionais que abordam o tema, destacando a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Outras Drogas (2003), suas implicações na configuração da rede de cuidados do país, e o papel destinado à Estratégia Saúde da Família, modelo preferencial de atenção primária no Brasil.

A Lei 10.216, de 06 de abril de 2001⁵⁹, marco legal da Reforma Psiquiátrica, consolidou a aplicação dos princípios do SUS à assistência em saúde mental, garantindo universalidade de acesso integral aos serviços de saúde destinados a este fim e valorizando a descentralização do atendimento em unidades mais próximas à comunidade, de base não institucional, respeitando a subjetividade e individualidade dos indivíduos. Desde o início do século, pois, esforços têm sido realizados no Brasil com o objetivo de corrigir a lacuna assistencial existente no cuidado ao usuário portador de problemas em saúde mental. O Conselho Nacional de Saúde organizou, no mesmo ano, a III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001)⁶⁰. Em seu relatório, é enfatizada a necessidade da ampliação e descentralização da rede de cuidado, seguindo os princípios da Reforma Psiquiátrica. A assistência aos indivíduos com problemas relacionados ao uso de substâncias, até então realizada sob uma ótica de exclusão e institucionalização oriundas de uma abordagem, até então, de cunho criminal, é contemplada nos documentos citados.

Em 2002, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas, primeiro esforço no sentido da construção de uma política nacional para a atenção a esta condição, que seria consolidado com a publicação, em 2003, da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas⁹. A saúde, pois, assume o papel de centralizadora da assistência a tais indivíduos, articulando-se com os demais setores sociais e outros ministérios⁶¹. A assistência é baseada nos CAPSad, seguindo a lógica da redução de danos, com indicação para a ampliação desta rede, e é estimulada a articulação destes serviços com demais equipamentos de saúde, como hospitais gerais, quando da necessidade de internações em leitos de observação, e com setores sociais complementares ao SUS no cuidado. Destaca-se, sobretudo, a necessidade de articulação com a atenção primária. Segundo o documento, as equipes de saúde da família devem participar ativamente do cuidado a esses indivíduos, através de atividades de promoção da saúde, prevenção, detecção precoce, assistência, encaminhamento e articulação com as demais instituições cuidadoras. Em 2009, é instituído o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas (PEAD)¹², que reconhece a APS como porta de entrada preferencial do sistema de saúde e ressalta a necessidade de seu envolvimento pleno na abordagem do problema, levando em conta seus princípios, favoráveis à realização de ações integrais de cuidado em saúde. Recomenda a capacitação dos profissionais para o desenvolvimento destas habilidades, pois, à semelhança dos países citados anteriormente, estudos mostram que o grau de detecção de tais situações pelos profissionais da atenção primária está aquém do que seria adequado.

O plano prevê também a ampliação da rede de CAPS e CAPS-ad em municípios de grande porte, e a articulação destes com a ESF. Contempla-se, portanto, o cuidado do usuário abusivo ou dependente de álcool e drogas por equipes de saúde da família, com o apoio dos NASF e articulação com os CAPS-ad. A internação e o acompanhamento em centros especializados são restritos idealmente aos casos mais graves.

3.7 Princípios e práticas da ESF e o cuidado ao uso de álcool e drogas

3.7.1 O trabalho das equipes de saúde da família

A seção seguinte descreve de forma resumida as práticas desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família, e suas ações e potencialidades no cuidado ao indivíduo com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas.

A Política Nacional de Atenção Básica, publicada em 2006 pelo Ministério da Saúde do Brasil, define a Estratégia Saúde da Família como modelo preferencial de APS no Brasil, com caráter substitutivo. Reeditada em 2011⁶², intensifica neste momento a posição da estratégia como porta de entrada do indivíduo ao sistema de saúde, coordenadora do cuidado, assumindo papel de gestora do mesmo, com base territorial e próxima à comunidade de sua responsabilidade. As equipes de saúde da família, compostas por médico, odontólogo, enfermeiro, técnico de enfermagem, técnico de saúde bucal e agentes comunitários de saúde, devem prover cuidado transdisciplinar à população do território.

A definição e o mapeamento do território, com identificação de riscos e vulnerabilidades, e o cadastramento dos cidadãos pertencentes às famílias que o habitam é realizado pela equipe. O preenchimento e atualização da ficha de cadastro (Ficha A) é atribuição dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Estes, além de outras funções, devem realizar de visitas domiciliares às famílias para atualização das informações referentes a estas, com periodicidade variável de acordo com o nível de risco e vulnerabilidade de cada família. Com base nos dados provenientes da ficha A, que inclui dados de identificação, informações sobre moradia, situação social, doenças e condições referidas, incluindo-se nas mesmas o uso problemático de álcool (denominado “alcoholismo”), é feito um diagnóstico situacional das famílias da comunidade, para que se planeje o cuidado a esta. É esperado, pois, que tais condições, referidas pelos cidadãos, provoquem ações direcionadas às mesmas.

Além das condições referidas pelos cidadãos, algumas condições possuem registro sistematizado através de “fichas B” correspondentes a cada condição. Hipertensão, diabetes, tuberculose e hanseníase, por exemplo, quando presentes, levam à abertura de uma ficha B para o cidadão, que é atualizada com periodicidade específica a cada agravo. Crianças menores de dois anos possuem cadastro e acompanhamento específicos através das “fichas C”, de modelo semelhante. Outras informações relevantes devem também ser sistematizadas pelas equipes, como por exemplo, dados a respeito de outros agravos prevalentes na

população, não previstos no acompanhamento dos programas básicos de saúde, e que não possuem fichas específicas de acompanhamento. O uso abusivo e dependência de álcool e drogas se enquadram nesse caso.

Os dados sistematizados através dos cadastros de fichas alimentam o Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB)⁶³, que produz relatórios sobre informações em saúde utilizados para consolidar os dados a respeito da população adscrita. São estes o “Relatório de Produção e Marcadores para Avaliação” (PMA-2) e o relatório “Situação de saúde e acompanhamento das famílias na área” (SSA-2). As informações consolidadas nos relatórios são utilizadas pelas equipes, municípios, estados e federação para o planejamento de ações de saúde. Em 2011, houve a criação de um novo relatório, denominado PMA2 Complementar (PMA2-c)⁶⁴, e incluídos campos para o registro quantitativo de atendimentos a “usuários de álcool” e “usuários de drogas”, que devem ser preenchidos mensalmente pela equipe de saúde. Embora o termo “usuário” seja erroneamente utilizado, a definição do atendimento segundo o manual instrutivo do SIAB é a “atenção em consulta programada ou espontânea a pessoa com problema de saúde predominantemente relacionado ao uso de álcool/drogas”. A ficha A e relatórios PMA2 do SIAB, redesenhados pela Subsecretaria de Atenção Primária, Promoção e Vigilância à Saúde (SUBPAV), da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, estão ilustrados nas figuras 1,2 e3.

Figura 2 - Ficha A para cadastramento de famílias e indivíduos pelos ACS – verso

| SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA - FICHA DE CADASTRO DA FAMÍLIA E DO CIDADÃO - DOCUMENTOS - SITUAÇÃO E MORADIA | | | |
|--|---|--|---|
| TIPO DE DOMÍLIO | | 1 | CÔMODOS |
| <input type="checkbox"/> Tijolo <input type="checkbox"/> Taipa Revestida <input type="checkbox"/> Taipa Não Revestida <input type="checkbox"/> Madeira <input type="checkbox"/> Material Aproveitado <input type="checkbox"/> Adobe <input type="checkbox"/> Outros (Especificar) | | | 2 |
| DESTINO DO LIXO | | 4 | ABASTECIMENTO DE ÁGUA |
| <input type="checkbox"/> Coletado <input type="checkbox"/> Queimado <input type="checkbox"/> Céu Aberto | | 5 | <input type="checkbox"/> Rede Pública <input type="checkbox"/> Poço ou Nascente <input type="checkbox"/> Outros (Especificar) |
| PONTO DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA | | 7 | DESTINO DAS FEZES E URINA |
| <input type="checkbox"/> No Domicílio <input type="checkbox"/> No Terreno <input type="checkbox"/> Fora do Terreno | | 8 | <input type="checkbox"/> Sistema de Esgoto (Rede) <input type="checkbox"/> Fossa <input type="checkbox"/> Céu Aberto |
| | | 9 | MELHOR HORÁRIO / DIA PARA VISITAS |
| | | | <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noite <input type="checkbox"/> Sábado <input type="checkbox"/> Domingo |
| | | 10 | PLANTAS MEDICINAIS |
| | | | Cultiva? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Utiliza? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> |
| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES | | | |
| DATA KIT ODONTO | RENDA FAMILIAR Somando todos os ganhos de todos os membros da família (em reais) | | 12 |
| | <input type="checkbox"/> Até ½ Sal. Mín. <input type="checkbox"/> Mais de ½ até 1 Sal. Mín. <input type="checkbox"/> Mais de 1 até 2 Salários Mínimos <input type="checkbox"/> Mais de 2 até 5 Salários Mínimos <input type="checkbox"/> Mais de 5 Salários Mínimos <input type="checkbox"/> Doações <input type="checkbox"/> Ignorada <input type="checkbox"/> Não Respondeu | | |
| EM CASO DE DOENÇA, PROCURA | | | |
| <input type="checkbox"/> Hospital Público <input type="checkbox"/> Unidade de Saúde <input type="checkbox"/> Rede Privada <input type="checkbox"/> Farmácia <input type="checkbox"/> Auxílio Espiritual <input type="checkbox"/> Outros (Especificar) | | | |
| ANOTAÇÕES | | | |
| | | | |
| LEGENDA(Continuação) | | | |
| Condição de Saúde Bucal (C.S.B.) 10 - Bior (B) 1 - Sem dor 2 - Escorridina 3 - Provocada 11 - Mucosa (M) 1 - Normal 2 - Lesão não classificada a mais de 15 dias 3 - Presença de fenda Líbio-Palatal 12 - Interferência (I) S - Sim N - Não 13 - Necessidade de Prótese (NP) 1 - Sem Necessidade 2 - Uma Prótese Total 3 - Duas Próteses Totais 4 - Uma Prótese Parcial 5 - Duas Próteses Parciais 6 - Combinação de Total Com Parcial 14 - Necessidade de Prótese (NP) 1 - Emprego Formal 2 - Emprego informal 3 - Desempregado 4 - Autônomo | | 14 - Grupos de Saúde 01 - Hipertensão 02 - Pré-Natal 03 - Diabete 04 - Hanseníase 05 - Tuberculose 06 - Idoso 07 - Aclimatação 08 - Desnutrição 09 - Obeso 10 - Aids 11 - Acomp. Cresc. e Desenv. da Criança 12 - Outros (indicar na OBS) | |
| | | 15 - Doenças ou Condições Referidas 01 - Alcoolismo 02 - Aids 03 - Câncer 04 - Chagas 05 - Def. Física 06 - Def. Mental 07 - Def. Visual 08 - Def. Auditiva 09 - Diabetes 10 - Transtorno Mental 11 - Epilepsia 12 - Gestante 13 - Hipertensão Arterial 14 - Hanseníase 15 - Malária 16 - Tuberculose 17 - Violência Doméstica 18 - Tentativa de Suicídio 19 - Usuário de Drogas Ilícitas 20 - Usuário de Psicofármacos 21 - Intern. Psiq. Ul. 12 Meses 22 - Asma 23 - Sintomático Respiratório 24 - Sintomático Dermatológico 25 - Outros (informar na OBS) | |
|  | | FICHA A - FICHA DE CADASTRO DE FAMÍLIA E CIDADÃOS | |
| | | p. 2 / 4  | |
| <small>SMISDC006 SIAB - FICHA A - Cadastro de família e cidadãos</small> | | | |

Fonte: www.subpav.org

Figura 3 - Relatório de Produção e Marcadores para Avaliação (PMA2), com inclusão de dados complementares (PMA2-c)



PMA2

| SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA | | | | | |
|--|----------|---------------|-------|-----|---------|
| MUNICÍPIO | SEGMENTO | UNIDADE | ÁREA | MÊS | ANO |
| _ _ _ _ _ _ _ | _ _ | _ _ _ _ _ _ _ | _ _ _ | _ _ | _ _ _ _ |
| RELATÓRIO DE PRODUÇÃO E DE MARCADORES PARA AVALIAÇÃO | | | | | |

| ATIVIDADES/ PRODUÇÃO | | | MARCADORES | | | |
|---|--|-----------------------|--|--|--|--|
| C O N S M É D I C A | Residentes fora da área de abrangência | | Valvulopatias reumáticas em pessoas de 5 a 14 anos | | | |
| | | < 1 | Acidente Vascular Cerebral | | | |
| | | 1 - 4 | Infarto Agudo do Miocárdio | | | |
| | Residentes na área de abrangência da equipe | | 5 - 9 | DHEG (forma grave) | | |
| | | | 10 - 14 | Doença Hemolítica Perinatal | | |
| | | | 15 - 19 | Fraturas de colo de fêmur em > 50 anos | | |
| | | | 20 - 39 | Meningite tuberculosa em menores de 5 anos | | |
| | | | 40 - 49 | Hanseníase com grau de incapacidade II e III | | |
| | | | 50 - 59 | Citologia Oncótica NIC III (carcinom o <i>in situ</i>) | | |
| | | 60 ou mais | RN com peso < 2500g | | | |
| | Total | Gravidez em < 20 anos | | | | |
| | Total geral de consultas | | Hospitalizações em < 5 anos por pneumonia | | | |
| Tipo de Atendimento de Médico e de Enfermeiro | Puericultura | | Hospitalizações em < 5 anos por desidratação | | | |
| | Pré-Natal | | Hospitalizações por abuso de álcool | | | |
| | Prevenção do Câncer Cérvico-Uterino | | Hospitalizações por complicações de Diabetes | | | |
| | DST/AIDS | | Hospitalizações por qualquer causa | | | |
| | Diabetes | | Internações em Hospital Psiquiátrico | | | |
| | Hipertensão Arterial | | Óbitos em < 1 ano por todas as causas | | | |
| | Hanseníase | | Óbitos em < 1 ano por diarreia | | | |
| | Tuberculose | | Óbitos em < 1 ano por infecção respiratória | | | |
| Solicitação médica de exames complementares | Patologia Clínica | | Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos | | | |
| | Radiodiagnóstico | | Óbitos de adolescentes (10-19) por violência | | | |
| | Citopatológico cérvico-vaginal | | | | | |
| | Ultrassonografia obstétrica | | | | | |
| Encaminhamentos médicos | Atend. Especializado | | | | | |
| | Internação Hospitalar | | | | | |
| | Urgência/Emergência | | | | | |
| Internação Domiciliar | | | | | | |
| P R O C E D I M E N T O S | Atendimento específico para AT | | | | | |
| | Visita de Inspeção Sanitária | | | | | |
| | Atend. individual Enfermeiro | | | | | |
| | Atend. individual outros prof. nível superior | | | | | |
| | Curativos | | | | | |
| | Inalações | | | | | |
| | Injeções | | | | | |
| | Retirada de pontos | | | | | |
| | Terapia da Reidratação Oral | | | | | |
| | Sutura | | | | | |
| | Atend. Grupo - Educação em Saúde | | | | | |
| | Procedimentos Coletivos I (PC I) | | | | | |
| | Reuniões | | | | | |

| VISITAS DOMICILIARES | | |
|--|--|--|
| Médico | | |
| Enfermeiro | | |
| Outros profissionais de nível superior | | |
| Profissionais de nível médio | | |
| ACS | | |
| Total | | |

| PMA2 COMPLEMENTAR | | |
|---|--|--|
| Tipos de Consulta Médica | Nº de consultas demanda Agendada | |
| | Nº de consultas demanda Imediata | |
| | Nº de consultas Cuidado Continuado | |
| | Nº de consultas Urgência com Observação | |
| Tipos de Atendimento do | Nº de atendimentos a usuários de álcool | |
| | Nº de atendimentos a usuários de drogas | |
| | Nº de atendimentos a saúde mental | |
| | 1º consulta odontológica programática | |
| Tipos de Atendimento do Cirurgião Dentista | Escovação Dental Supervisionada | |
| | Tratamento Concluído | |
| | Nº de atendimentos de urgência | |
| | Nº de atendimentos a gestantes | |
| | Nº de instalações de próteses dentárias | |
| | Nº de encaminhamentos a Atenção Secundária | |
| | Nº de diagnósticos de alteração mucosa bucal | |



SMSDC030_PMA2



Atualmente, muitas equipes em diversos municípios utilizam sistemas eletrônicos de cadastramento, com o objetivo de facilitar a compilação de dados, e prontuários eletrônicos que permitem o registro digital dos atendimentos dos demais membros das equipes. Tais ferramentas facilitam sobremaneira a sistematização dos dados a respeito da saúde da população adscrita e do trabalho da equipe. A utilização da informação em saúde e de dados epidemiológicos para nortear as ações em saúde é prerrogativa importante da ESF, e ferramenta potencialmente útil para o cuidado à população em questão. O registro fiel e atualizado de informações demográficas, socioeconômicas e das condições de saúde da população, bem como dos contatos da equipe de saúde com indivíduos e suas famílias em visitas domiciliares e consultas é essencial para o bom desempenho desta no cuidado à população.

3.7.2 Papel dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)

Visando ampliar a capacidade resolutiva das equipes de saúde da família, o MS criou em 2008 os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)¹¹. Tais núcleos, localizados nas próprias unidades e compostos por equipes formadas por profissionais selecionados para ampliar a capacidade resolutiva das equipes de saúde da família (equipe de referência), podem possuir composição variável. Comumente, existem profissionais relacionados à saúde mental nestes núcleos, por se tratar de demanda comum na atenção primária.

Os NASF possuem papel importante na ampliação da capacidade resolutiva das equipes de saúde da família. No caso da assistência à saúde mental, possibilita o cuidado conjunto de indivíduos e famílias e a articulação das equipes de atenção primária com outros pontos da rede, como os CAPS e centros especializados.

O método de interação preconizado entre as equipes e os profissionais do NASF é o matriciamento, que consiste no trabalho através de intervenções compartilhadas, onde se objetiva a construção de uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica conjunta, em que haja participação ativa do indivíduo ou família, de toda a equipe de saúde, da própria equipe de referência e muitas vezes de outros serviços de saúde e sociais, atuando a equipe de referência como elo entre estes⁶⁵.

Documentos como a Política do Ministério da Saúde e o PEAD, citados anteriormente, preveem a incorporação nos NASF de profissionais capacitados na atenção a problemas relacionados ao uso de álcool e drogas. Cabe aos mesmos apoiar as ações das equipes de saúde da família, numa construção compartilhada de cuidado, desfazendo a lógica do

encaminhamento ao serviço especializado, mas eventualmente atuando como ponte entre este e a ESF. O uso abusivo e dependência de álcool e drogas figura na lista de prioridades definidas pelas diretrizes de implantação e trabalho dos NASF¹¹.

Em suma, ações voltadas a problemas relacionados ao uso nocivo e dependência de álcool e drogas ilícitas, incluindo prevenção através de ações de educação em saúde, rastreamento e diagnóstico precoce, seguimento de casos leves e assistência compartilhada com outros setores da rede, abordagem às famílias envolvidas, além da sistematização das informações populacionais relacionadas ao problema e vigilância à saúde dessa população, são tarefas das equipes de saúde da família. Devem-se empreender esforços no sentido de viabilizar e monitorar a execução dessas ações, que são o objeto deste estudo.

4 Método

Tratou-se de estudo descritivo com abordagem quantitativa. Foram coletados, a partir de registros eletrônicos de cadastramento e acompanhamento de famílias por agentes comunitários de saúde e de atendimentos médicos e de enfermagem, dados relacionados à atuação de 31 equipes de saúde da família na assistência a indivíduos identificados pelos profissionais da equipe como apresentando problemas relacionados ao uso de álcool e drogas ilícitas.

4.1 Cenário do estudo

A prefeitura do Rio de Janeiro, a partir do ano de 2010, definiu como prioridade de seu plano de governo a APS, com o programa “Saúde Presente⁶⁶”, que viabilizou a expansão da estratégia saúde da família no município, com a criação de Clínicas da Família, unidades que concentram várias equipes de saúde da família e recursos diagnósticos e terapêuticos complementares a estas destinados, e reorientação de centros de saúde já existentes, que além dos serviços tradicionais já oferecidos à população, passaram a apresentar também equipes de saúde da família. Como consequência, o município, que em 2009 apresentava 128 equipes, com uma cobertura da estratégia saúde da família de 3,9% da população, possui hoje, segundo informações demográficas e de saúde disponíveis nas bases de dados da SUBPAV e do SIAB, 800 equipes, com cobertura total de 43,2% da população. Nesse período, foram construídas 75 Clínicas da Família, e outros 116 centros de saúde passaram a possuir equipes de saúde da família atuando em conjunto com o modelo tradicional de APS. Os dados populacionais que serviram de referência para este estudo foram extraídos destas bases.

O município do Rio de Janeiro é dividido em dez áreas programáticas de saúde, cada uma com coordenação própria. As unidades selecionadas para a realização do estudo pertencem à área programática 3.1 (AP 3.1).

A AP 3.1, com população de cadastrada de 896.350 pessoas, possui atualmente 137 equipes em seu território, distribuídas em 27 unidades, sendo dez Clínicas da Família (CF) e 17 Centros Municipais de Saúde. Destas equipes, 130 estão completas (95%) e sete estão incompletas (sem médico ou sem enfermeiro). A cobertura atual da população da AP 3.1 pelas equipes de família é de 50,9%.

Além da expansão da rede de atenção primária e da estratégia saúde na família no município, houve também incentivo à qualificação dos profissionais da rede, com destaque

para a criação do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde. Foram abertas em 2012 sessenta vagas para residência médica nas clínicas da família do município. As três clínicas selecionadas para o estudo, CF Zilda Arns, no Complexo do Alemão, CF Aloysio Augusto Novis, na Penha Circular, e CF Felipe Cardoso, na Penha, possuem equipes ligadas ao programa de residência médica da prefeitura, da qual o autor é preceptor, sendo a última o local de sua prática profissional. Foram escolhidas por serem próximas entre si, pela facilidade de acesso à informação e coleta de dados, uma vez que utilizavam no período do estudo os mesmos sistemas de cadastro e prontuário eletrônicos, desenvolvido pela empresa portuguesa Alert ®, permitindo acesso online pelo pesquisador pela internet.

A CF Zilda Arns atende parte da população do Complexo do Alemão. Inaugurada em 06/04/2010, possui 12 equipes de saúde da família. Sua população adscrita é de 39.682 pessoas, sendo 33.094 acima de 10 anos de idade, faixa considerada neste trabalho como exposta à condição estudada.

A CF Aloysio Augusto Novis pertence à rede de atenção primária do bairro da Penha Circular. Inaugurada em 26/10/2011, possui seis equipes de saúde da família, com população adscrita de 24.407 pessoas, sendo 21.118 acima de dez anos de idade.

A CF Felipe Cardoso, situada no bairro da Penha, foi inaugurada em 10/12/2010. Possui 13 equipes de saúde da família, e atende a uma população de 42.406 pessoas, sendo 33.955 acima de dez anos de idade.

As três clínicas e suas 31 equipes atendem, portanto, uma população de 106.950 pessoas, sendo 90.167 acima de dez anos de idade.

Em relação ao uso de álcool e drogas pela população adscrita às equipes, há pouca informação disponível nas fontes consultadas. Segundo dados do SIAB, foram assinalados como portadores de “alcoolismo” como condição referida nos cadastros familiares apenas 45 indivíduos, até a data de conclusão do estudo (setembro de 2013). Não há informação consolidada sobre o uso de drogas ilícitas.

Os territórios das unidades estão esquematizados nas figuras 4,5 e 6.

Figura 4 – Território da CF Zilda Arns, dividido pelas equipes de saúde da família



Fonte: CEMAPS/SUBPAV/SMS-RJ, Julho de 2013

Figura 5 – território da CF Aloysio Augusto Novis, dividido pelas equipes de saúde da família



Fonte: CEMAPS/SUBPAV/SMS-RJ, Julho de 2013

Figura 6 – território da CF Felipe Cardoso, dividido pelas equipes de saúde da família



Fonte: CEMAPS/SUBPAV/SMS-RJ, Julho de 2013

As três unidades são unidades “tipo A”, ou seja, todo o seu território de abrangência está coberto por equipes de saúde da família, modelo único de atenção à saúde praticado nas mesmas. Possuem também em comum o fato de atenderem a uma população de baixo nível socioeconômico, com boa parte de seu território formado por áreas de extrema pobreza, condições precárias de infraestrutura e violência urbana marcante. Seus territórios passaram recentemente por processos de pacificação, através da implantação de unidades de polícia pacificadora (UPP) em pontos estratégicos do território, com o objetivo de coibir a violência advinda do tráfico de drogas ilícitas. Além dessas áreas, as clínicas assistem também à população de classe média adjacentes às comunidades pacificadas⁶⁶.

A CF Felipe Cardoso, que possui maior número de equipes, conta com o apoio de um NASF, coordenado por uma profissional terapeuta ocupacional, com residência em saúde mental, responsável pelo apoio às equipes na condução dos casos mais complexos desta área de cuidado, incluindo a assistência a indivíduos com problemas relacionados ao uso de álcool e drogas. O NASF citado apoia também as equipes da CF Aloysio Augusto Novis. A AP 3.1 não possui em seu território CAPS-ad.

Embora dados específicos a respeito da prevalência do uso nocivo e dependência de álcool e substâncias ilícitas na população adscrita às clínicas sejam escassos, como descrito acima, o autor, como integrante da assistência a esta população, identifica em sua vivência a

condição como problema significativo de saúde destas comunidades, sendo esse diagnóstico inicial uma das principais motivações para a execução do trabalho.

4.2 Descrição das fontes de origem dos dados analisados

Para que haja entendimento quanto à metodologia de coleta de dados secundários, torna-se necessária a descrição dos sistemas de informação utilizados pelas equipes de saúde da família estudadas.

Os dados populacionais utilizados como base para o cálculo de prevalências e outras informações foram retirados das bases de dados da SUBPAV, que são alimentadas pelos cadastros das equipes.

Para o registro de informações pelas equipes, era utilizado no período do estudo o software Alert-SAIS®, da empresa Alert Lifescience Computing, sediada em Lisboa, Portugal. O sistema possui um módulo de cadastramento utilizado pelos agentes comunitários de saúde, com formulário para preenchimento dos dados provenientes da ficha A das famílias, e abas relacionadas aos grupos de atenção, de acordo com o modelo das fichas B, utilizadas para o acompanhamento dos mesmos (hipertensos, diabéticos, gestantes, crianças menores de dois anos, portadores de tuberculose e hanseníase). Tais formulários foram baseados nas fichas de mesmo nome, utilizadas no trabalho das equipes de saúde da família como instrumento de coleta e atualização de dados relacionados à saúde da população e que servem de base para a alimentação do SIAB. Adicionalmente, outras condições possuem registro em grupos de atenção, apesar de não possuírem formulários específicos, como o grupo “álcool e drogas”. A inserção do cidadão nestes grupos permite o posterior acesso através de relatórios qualitativos (nominais), por meio do módulo de relatórios denominado “Sistema de Apoio à Decisão” (SAD®). O sistema gera também relatórios a respeito dos dados incluídos nas fichas A e B, com modelo compatível com os relatórios PMA2 e SSA2 do SIAB.

Os profissionais envolvidos na assistência aos cidadãos (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, odontólogos) utilizam outro módulo (módulo clínico), que consiste em prontuário eletrônico do paciente (PEP), onde há campos para descrição de dados clínicos e registro sistematizado de diagnósticos através de codificações como o Código Internacional de Doenças, décima versão (CID-10). Tais informações também são passíveis de acesso através do módulo de relatórios “Alert Data Warehouse” (ADW®). Os sistemas de relatórios e módulos de cadastramento e clínico foram utilizados na pesquisa de dados secundários neste

estudo. Todos os dados utilizados no estudo foram extraídos através dos relatórios disponíveis no sistema e da leitura dos cadastros e prontuários clínicos dos indivíduos.

4.3 Pesquisa de dados secundários

Os itens a seguir objetivam descrever a metodologia da busca e sistematização de dados relativos à assistência de indivíduos assinalados pelas equipes como usuários nocivos e dependentes de álcool e drogas ilícitas pelas equipes de saúde da família das referidas unidades.

4.3.1 Seleção dos dados

Foram realizadas buscas nos sistemas de produção de relatórios SAD[®] e ADW[®], cujas funcionalidades foram descritas acima. Através de buscas sistematizadas, foram selecionados os indivíduos identificados e registrados pelas equipes como usuários abusivos ou dependentes de álcool ou drogas ilícitas no período de janeiro de 2011 a março de 2013.

Utilizando a ferramenta SAD[®], foram selecionados os cadastros dos cidadãos onde foi assinalado pelo ACS, como condição referida, “alcoolismo” ou “uso de drogas ilícitas” (auto referência ou referência por parte de familiares). Foram também selecionados os indivíduos incluídos pela equipe no grupo de atenção “álcool e outras drogas”.

Através da ferramenta ADW[®], foi realizada busca por atendimentos médicos ou de enfermagem onde tenha sido registrado código do CID-10 relacionado ao uso de álcool e drogas. Para este fim, utilizou-se a ferramenta de busca do sistema, através das palavras-chave “álcool”, “droga”, “drogas”, “maconha”, “canabinóides”, “crack”, “LSD”, “alucinógenos”, “substâncias”, “abuso” e “dependência”, com seleção dos códigos correspondentes. Os códigos considerados para a inclusão estão incluídos na categoria “F10-F19 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa”. Desta ampla categoria, que inclui condições não incluídas nessa pesquisa, foram selecionados os agrupamentos abaixo:

F10 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool

F11 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de opiáceos

F12 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinóides

F14 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína

F15 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de outros estimulantes, inclusive a cafeína

F16.- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de alucinógenos

F19 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas

Além dos critérios descritos acima, foram incluídos registros com códigos de outras categorias que poderiam indicar a existência de problemas relacionados ao uso abusivo ou dependência de drogas, como as listadas abaixo:

X62.- Autointoxicação por e exposição, intencional, a narcóticos e psicodislépticos [alucinógenos] não classificados em outra parte

X65.- Autointoxicação voluntária por álcool

Z71.4 Aconselhamento e supervisão para abuso de álcool

Z71.5 Aconselhamento e supervisão para abuso de drogas

Z72.1 Uso de álcool

Z72.2 Uso de droga

Após execução das buscas com os critérios acima descritos, foram selecionados os registros e iniciou-se a coleta de dados.

4.3.2 Coleta de dados

Após seleção dos registros, foi definida uma lista nominal dos indivíduos. A identificação pelo nome do indivíduo fez-se necessária para fins de busca nos sistemas, pois alguns destes possuíam mais de um cadastro com números de prontuários distintos, e também para busca por registros de atendimento no NASF, que é realizado em prontuário de papel. A pesquisa nas bases de dados do NASF teve como objetivo identificar registros de atendimento de indivíduos identificados pelas equipes de saúde da família, não havendo busca por informações complementares nessas bases. Não foram coletadas informações mediante contato direto com a população do estudo, apenas pesquisa nas bases de dados supracitadas.

Os dados extraídos através da leitura dos cadastros individuais e dos contatos realizados com a equipe de saúde foram consolidados em planilha do Microsoft Excel® 2010, com registro em 43 variáveis. A partir destas, foram calculados nove indicadores. A descrição das variáveis e dos indicadores encontra-se na tabela 1.

Tabela 1 – Variáveis registradas e indicadores calculados a partir da coleta em bases secundárias (sistema de cadastramento e prontuário eletrônico).

| Dado | Registrado (R) Calculado (C) | Categorias / Definição |
|----------------------------|---|---|
| Modo de Entrada no Sistema | R | 1- Ficha A – Doença Referida 2 - Grupo de Seguimento 3 – Prontuário Clínico |
| Nome | R | Texto |
| Endereço | R | Texto |
| Número de Família | R | Texto |
| Prontuário | R | Texto |
| Data de Nascimento | R | Data |
| Idade | R | Número |
| Nome da Mãe | R | Texto |
| Sexo | R | 1 – Masculino 2 - Feminino 3 - Ignorado ou Indeterminado |
| Raça/Cor | R | 1 – Branca 2 – Negra 3 – Padra 4 - Amarela 5 – Indígena 6 - Sem declaração |
| Estado civil | R | 1 – Solteiro 2 – Casado 3 – Viúvo 4 - Separado Judicialmente 5 - União Consensual 6 – Ignorado |
| Escolaridade | R | 1 - Não sabe ler 2 – Alfabetizado 3 - Fundamental Incompleto 4 - Fundamental Completo 5 - Médio Incompleto 6 - Médio Completo 7 - Superior Incompleto 8 - Superior Completo 9 – Especialização 10 – Residência |

| | | |
|---|---|--|
| | | 11 – Mestrado |
| | | 12 – Doutorado |
| | | 13 - Sem Informação |
| Clínica da família | R | 1 - Felipe Cardoso 2 - Aloysio Augusto Novis 3 - Zilda Arns |
| Equipe de saúde da família | R | Texto |
| Microárea | R | Texto |
| Data do cadastro | R | Texto |
| Data da primeira visita domiciliar do ACS | R | Texto |
| Intervalo de tempo entre o cadastramento e a primeira visita domiciliar (VD) do ACS | C | Data da VD - data do cadastro |
| Número de contatos registrados com ACS | R | Número |
| Periodicidade de contatos com ACS | C | Tempo de acompanhamento / número de contatos |
| Data do último contato com ACS | R | Texto |
| Diagnóstico ou condição registrada | R | Texto |
| Data de registro de condição | R | Texto |
| Intervalo de tempo entre o cadastramento e o registro da condição pela equipe | C | Data do registro da condição – data do cadastro |
| Profissional que realizou o primeiro contato clínico | R | 1 – médico 2 – enfermeiro 3 - não realizado |
| Tipo primeiro de primeiro contato clínico | R | 1 - demanda espontânea 2 - consulta programada 3 - não realizado |
| Data do primeiro contato com enfermeiro | R | Texto |
| Intervalo de tempo entre o cadastramento e o primeiro atendimento por enfermeiro | C | Data do atendimento – data do cadastro |
| Intervalo entre a inserção no grupo de atenção e o primeiro contato com enfermeiro | C | Data do atendimento – data da inserção no grupo |

| | | |
|---|---|--|
| Intervalo entre o primeiro atendimento de enfermeiro e o registro de diagnóstico em prontuário | C | Data do atendimento - data do registro de diagnóstico |
| Periodicidade de atendimentos por enfermeiro | C | Tempo de acompanhamento/número de atendimentos por enfermeiro |
| Data do primeiro contato com médico | R | Texto |
| Intervalo entre o cadastramento e o primeiro contato com médico | C | Data do primeiro contato com médico – data do cadastramento |
| Intervalo entre a inserção no grupo de atenção e o primeiro atendimento por médico | C | Data do primeiro atendimento por médico - data da inserção no grupo de atenção |
| Intervalo entre o primeiro atendimento médico e o registro de diagnóstico em prontuário | C | Data do primeiro atendimento por médico – data do registro do diagnóstico |
| Periodicidade de atendimentos por médico | C | Tempo de acompanhamento/Número de atendimentos por médico |
| Código CID-10 registrado | R | Texto |
| Substância citada | R | Texto |
| Profissional identificador | R | Texto |
| Data do registro clínico | R | Texto |
| Número de contatos com enfermeiro | R | Número |
| Número de contatos com médico | R | Número |
| Abordagem do problema na ESF | R | 1 – sim 2 – não |
| Contato com a equipe do NASF | R | 1 – sim 2 – não |
| Acompanhamento pela equipe do NASF | R | 1 – sim 2 – não |
| Encaminhamento para serviço especializado | R | 1 – sim – qual 2 – não |
| Internações | R | 1 – sim 2 – não |
| Uso de recursos fora do SUS | R | 1 – sim – qual 2 – não |
| Intervalo entre o cadastramento e o último contato com a equipe (consulta ou visita domiciliar) | C | Data do último contato – data do cadastramento |

4.4 Consolidação e análise dos dados

Os dados provenientes da pesquisa realizada nos cadastros e prontuários dos indivíduos foram consolidados em planilhas para sistematização e análise. Foi utilizado para tal fim o Microsoft Excel[®] versão 2010. Foi realizada análise descritiva dos dados, com cálculo de proporções, médias e medianas das variáveis analisadas. Os dados demográficos a respeito das equipes foram extraídos das bases cadastrais da SUBPAV.

4.5 Considerações éticas

O estudo seguiu a regulamentação N°196/96, respeitando a autonomia e confidencialidade dos indivíduos. A pesquisa em base de dados foi realizada por profissional envolvido na assistência à saúde e portador de acesso prévio aos dados pesquisados. Foi solicitada autorização da Secretaria Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro (SMS – RJ) para análise dos dados, para atender aos objetivos deste projeto. Não haverá divulgação de informações que possam identificar os indivíduos, exceto de forma consolidada, que foi descrita sem menção à identificação dos mesmos. Há risco biológico, psicológico ou assistencial mínimo para os indivíduos envolvidos na pesquisa. Os benefícios desse estudo se darão no âmbito coletivo, uma vez que o objetivo foi identificar possíveis lacunas no fluxo e gestão de atendimento de pessoas com problemas relacionados ao uso abusivo e dependência de álcool e drogas ilícitas. Foi assinado termo de compromisso pelo autor e orientadora garantindo o sigilo das informações coletadas de bases secundárias, e oferecido termo de consentimento para a assinatura dos profissionais que concordaram em participar do estudo. O projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP-FIOCRUZ), parecer número 241.190 de 12/04/2013.

5 Resultados

5.1 Identificação e registro de casos e prevalência na população

Foram identificados 130 casos a partir da seleção baseada nos registros das equipes de saúde. Um registro foi excluído por erro de codificação CID-10, detectado durante a leitura do prontuário, com número final de 129 casos, resultando numa prevalência de uso nocivo e dependência de drogas de 0,14% na população acima de 10 anos de idade residente na região estudada.

A distribuição dos casos pelas Clínicas da Família, a prevalência da condição em cada unidade e distribuição pelas equipes está descrita na tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição dos indivíduos selecionados pelas Clínicas da Família, prevalência em cada unidade e distribuição pelas equipes.

| Clínica da Família | Nº de registros por clínica | % (sobre total de registros) | Prevalência (nº de casos/população exposta cadastrada x 100) | Equipes | Nº registros por equipe | % (sobre o total da clínica) |
|---------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| Aloysio Novis | 25 | 19,3 | 0,12 | Acioli | 5 | 20 |
| | | | | Crato | 2 | 8 |
| | | | | Fé | 1 | 4 |
| | | | | Mangueirinha | 6 | 24 |
| | | | | Sereno | 9 | 36 |
| | | | | Não informado | 2 | 8 |
| | | | | Felippe Cardoso | 75 | 58,2 |
| Aparecida | 7 | 9,4 | | | | |
| Grotão | 4 | 5,4 | | | | |
| Caracol | 8 | 10,6 | | | | |
| Cascatinha | 7 | 9,4 | | | | |
| Irmã Paula | 4 | 5,4 | | | | |
| Merendiba | 5 | 6,7 | | | | |
| Vila Cruzeiro | 2 | 2,7 | | | | |
| Regina | 8 | 10,8 | | | | |
| São Lucas | 3 | 4,0 | | | | |
| Três Reis | 11 | 14,7 | | | | |
| Uanapu | 9 | 12,0 | | | | |
| Não informado | 2 | 2,7 | | | | |
| Zilda Arns | 29 | 22,5 | 0,11 | | | |
| | | | | Alvorada II | 2 | 6,8 |
| | | | | Área 5 | 2 | 6,8 |
| | | | | Capão | 2 | 6,8 |
| | | | | Fazendinha | 7 | 24,3 |
| | | | | Viúva | 1 | 3,4 |
| | | | | Nova Brasília | 3 | 10,6 |
| | | | | Loteamento | | |
| | | | | Nova Brasília | 1 | 3,4 |
| | | | | NB | | |
| | | | | Palmeira | 7 | 24,3 |
| | | | | Reservatório | 2 | 6,8 |
| Não informado | 1 | 3,4 | | | | |

5.2 Distribuição dos dados coletados por método de entrada nos sistemas de informação

Quando analisamos os dados relacionados ao método de entrada dos registros na seleção de dados, nota-se uma incongruência significativa entre o registro da condição pelos três métodos disponíveis.

Dos 129 indivíduos, 42 (32,5% do total) tiveram sua condição registrada durante o cadastramento ou atualização da ficha “A” pelo agente comunitário de saúde, como “condição referida”. Destes, 23 (17,8%) tinham apenas esta forma de registro, 18 (13,9%) foram inseridos pela equipe no grupo “álcool e outras drogas”, e apenas um indivíduo (0,7%) teve sua condição identificada pelos três métodos de inclusão na amostra (registro de condição referida na ficha “A”, inserção no grupo de atenção “álcool e drogas” e atendimento com registro de código CID-10 de diagnósticos para identificação do problema), situação que pela lógica do cuidado integral e multidisciplinar da equipe deveria ser a mais comum.

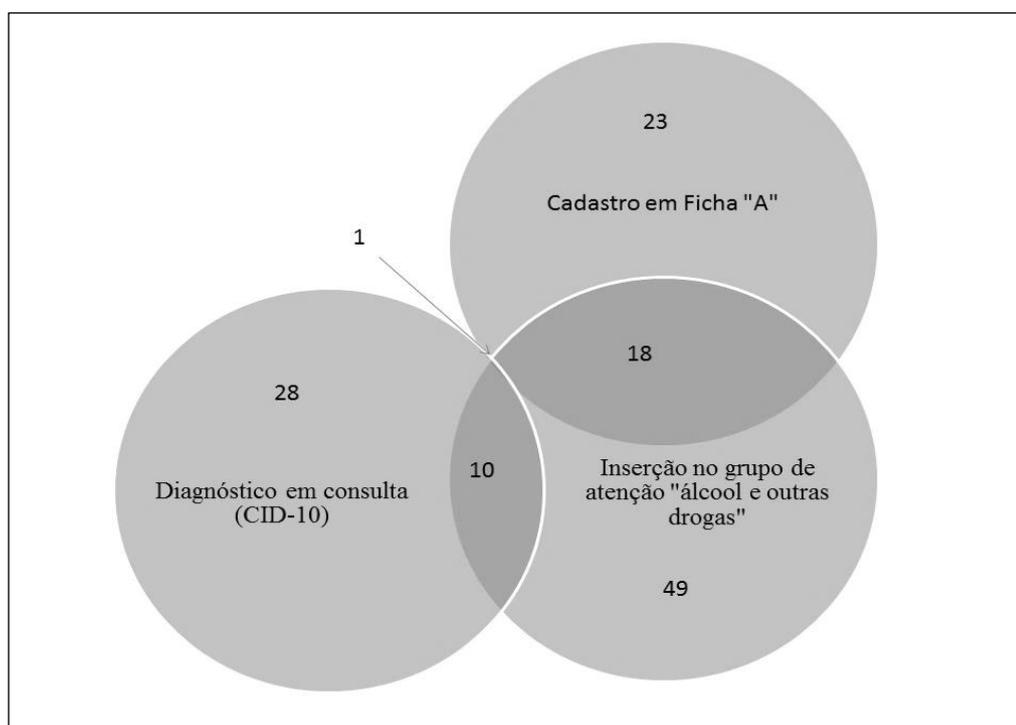
A inserção do indivíduo no grupo de atenção “álcool e outras drogas” foi o modo mais comum de entrada destes indivíduos na amostra, com 78 (60,4% do total). Destes, 49 (37,9%) não haviam referido a condição ao ACS durante o cadastro na ficha “A” nem tinham registro de atendimento com codificação de CID-10 relacionado ao problema.

O número de indivíduos com atendimentos onde foi registrado código CID-10 compatível com a condição estudada foi de 39 (30,2%). Destes, 28 (21,7%) não tinham registro no cadastro indicando condição referida ou inserção pela equipe no grupo de atenção especial “álcool e drogas”. Os dados a respeito do modo de entrada dos indivíduos na amostra está sistematizado na tabela 3 e ilustrado no gráfico 1.

Tabela 3 – Frequências de métodos de entrada na amostra de acordo com o registro em sistemas de informação.

| MODO DE ENTRADA | N | % |
|---|------------|-------------|
| <u>Ficha A</u> | | |
| Somente condição referida (ficha A) | 23 | 17,8 |
| Condição referida (ficha A) e inserção em grupo de atenção “álcool e outras drogas” | 18 | 13,9 |
| Condição Referida (ficha A), inserção em grupo de atenção “álcool e outras drogas” e registro de código CID-10 em atendimento | 1 | 0,7 |
| Total de registros em condição referida (ficha A) | 42 | 32,5 |
| <u>Grupos de Atenção</u> | | |
| Somente inserção em grupo de atenção “álcool e outras drogas” | 49 | 37,9 |
| Inserção em grupo de atenção “álcool e outras drogas” e registro de código CID-10 em atendimento | 10 | 7,7 |
| Total de registros em grupo de atenção “álcool e outras drogas” | 78 | 60,4 |
| <u>Prontuário Clínico</u> | | |
| Somente registro de código CID-10 em atendimento | 28 | 21,7 |
| Total de registros de código CID-10 em atendimento | 39 | 30,2 |
| Total de indivíduos identificados | 129 | 100 |

Figura 1 - Diagrama ilustrativo da distribuição dos registros identificados por método de entrada no sistema de informação.



5.3 Dados de identificação e demográficos

Durante o processo de cadastramento dos indivíduos nos sistemas utilizados, os itens obrigatórios para a inserção de um cadastro individual são o nome, o nome da mãe e a data de nascimento. No caso da amostra estudada, houve, pois, 100% de registro destes dados. O dado “sexo” também estava presente em todos os registros. Para os dados restantes há variação importante na completude dos cadastros.

Quanto à idade, a maior parte dos indivíduos encontra-se na faixa etária adulta (82,9%), com média de 44 e mediana de 47 anos. Destacou-se nesse grupo a significativa proporção de indivíduos com mais de 60 anos de idade (13,9%), em comparação a apenas 3,2% de jovens abaixo de 19 anos. Houve predominância do sexo masculino (76,7%). Setenta por cento dos cidadãos com registro de cor consideram-se negros ou pardos e 27,6% brancos. O estado civil constava em apenas 53,5% dos cadastros, com predominância para os solteiros (35,5% do total). A maioria dos cidadãos apresentou baixo nível de escolaridade, com 59,3% sem ensino fundamental completo. Os dados demográficos coletados estão dispostos na tabela 4.

Tabela 4 – Distribuição dos registros identificados segundo características demográficas.

| Variáveis | N | % |
|------------------------|----------|----------|
| Idade | | |
| Até 19 anos | 4 | 3,2 |
| De 20 a 59 anos | 107 | 82,9 |
| Acima de 60 anos | 18 | 13,9 |
| Sexo | | |
| Masculino | 99 | 76,7 |
| Feminino | 30 | 23,3 |
| Cor | | |
| Parda | 55 | 42,3 |
| Negra | 37 | 28,4 |
| Branca | 35 | 27,0 |
| Sem Registro | 3 | 2,3 |
| Estado Civil | | |
| Solteiro | 46 | 35,3 |
| União Consensual | 7 | 5,3 |
| Casado | 13 | 10,0 |
| Viúvo | 3 | 2,4 |
| Sem Registro | 61 | 47,0 |
| Escolaridade | | |
| Não sabe ler/escrever | 6 | 4,6 |
| Alfabetizado | 6 | 4,6 |
| Fundamental incompleto | 65 | 50,1 |
| Fundamental completo | 4 | 3,1 |
| Médio incompleto | 10 | 7,6 |
| Médio completo | 6 | 4,6 |
| Superior completo | 1 | 0,8 |
| Sem Registro | 32 | 24,6 |

5.4 Problemas registrados e substâncias assinaladas

A partir de dados registrados nos cadastros e prontuário eletrônico dos indivíduos, pode-se observar a distribuição dos indivíduos de acordo com a substância ou associação das mesmas. Destaca-se a predominância do registro de uso de álcool, que aparece como substância utilizada isolada ou associada com outras drogas em 59% dos registros e em 81,2% dos códigos CID-10 assinalados nos prontuários. Os dados sobre a proporção do uso de substâncias nos registros e na codificação pelo CID-10 estão descritos nas tabelas 5 e 6, respectivamente.

Tabela 5 - Frequência absoluta e percentual do tipo de substâncias utilizadas e suas associações nos prontuários estudados.

| Substâncias | N | % |
|------------------------------------|------------|------------|
| Álcool | 58 | 45,0 |
| Álcool e Cocaína | 11 | 8,5 |
| Álcool e Maconha | 2 | 1,6 |
| Álcool e Drogas (não especificado) | 5 | 3,9 |
| Cocaína | 1 | 0,8 |
| Cocaína e Maconha | 1 | 0,8 |
| Maconha | 1 | 0,8 |
| Crack | 2 | 1,6 |
| Crack e Maconha | 1 | 0,8 |
| Drogas (não especificado) | 18 | 13,8 |
| Indeterminado | 29 | 22,4 |
| TOTAL | 129 | 100 |

Tabela 6 Frequência absoluta e percentual de códigos CID-10 registrados nos prontuários dos indivíduos acompanhados no período do estudo

| Código da CID-10 | Descrição | Frequência | % |
|---|---|-------------------|--------------|
| F10 | Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool | 3 | 6,3 |
| F10.1 | Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool - uso nocivo para a saúde | 3 | 6,3 |
| F10.2 | Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool - uso nocivo para a saúde - síndrome de dependência | 3 | 6,3 |
| F10.3 | Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool - uso nocivo para a saúde - estado de abstinência | 3 | 6,3 |
| X65.9 | Autointoxicação voluntária por álcool - local não especificado | 1 | 2,1 |
| Z71.4 | Aconselhamento e supervisão para abuso de álcool | 17 | 35,4 |
| Z72.1 | Uso de álcool | 9 | 18,8 |
| Frequência total de registro de códigos relacionados ao álcool | | 39 | 81,2 |
| F14 | Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína | 2 | 4,2 |
| F14.1 | Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de cocaína - uso nocivo para a saúde | 2 | 4,2 |
| F14.2 | Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de cocaína - síndrome de dependência | 1 | 2,1 |
| T40.7 | Intoxicação por cannabis (derivados) | 1 | 2,1 |
| F19.0 | Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas | 1 | 2,1 |
| Z71.5 | Aconselhamento e supervisão para abuso de drogas | 2 | 4,2 |
| Frequência total de registro de códigos relacionados a outras drogas | | 9 | 18,8 |
| TOTAL | | 48 | 100,0 |

5.5 Resultados relacionados ao acompanhamento da população pela equipe

A partir das datas de cadastramento dos indivíduos, do registro em grupo de atenção especial “álcool e drogas”, e registros dos atendimentos pelos membros da equipe de saúde (visitas domiciliares dos ACS, consultas e visitas de médicos e enfermeiros), foram coletados dados e calculados indicadores com o objetivo de descrever o acompanhamento dos indivíduos em relação à condição estudada.

5.5.1 Acompanhamento da população por agentes comunitários de saúde

Todos os indivíduos cujos registros foram selecionados para o estudo foram cadastrados no sistema. O tempo de acompanhamento pela equipe de saúde da família, considerando a data final como o último dia do período estudado (31/03/2013), teve média de dezenove meses e 19 dias, variando de quatro dias, para o cadastro mais recente, a trinta meses e 29 dias, para o cadastro mais antigo.

Embora seja prerrogativa primordial do trabalho do agente comunitário de saúde a visita às famílias de seu território, especialmente àquelas onde são detectadas situações de risco e vulnerabilidade, como o uso de álcool e drogas ilícitas, dos 129 indivíduos cujos registros foram observados, 22 (17%) não possuíam nenhum registro de visita domiciliar no período estudado. Apenas 18% dos indivíduos receberam visita domiciliar em até um mês após o seu cadastramento.

Os resultados encontrados relativos à periodicidade das visitas domiciliares pelo ACS foram também sugestivos de acompanhamento insuficiente destes casos, com apenas 6,5% dos indivíduos recebendo visitas domiciliares com intervalo de até um mês. Tais dados encontram-se sumarizados na tabela 7 e nos gráficos 2 e 3.

Tabela 7 – Acompanhamento dos indivíduos pelo agente comunitário de saúde – tempo de acompanhamento, intervalo entre o cadastramento e a primeira visita domiciliar (VD) e periodicidade de VD.

| | Mínimo | Média | Mediana | Máximo |
|--|-----------------|----------------------|---------|----------|
| Tempo de acompanhamento | 4d ¹ | 19m ² 19d | 23m 2d | 31m29 d |
| Intervalo entre o cadastro e a primeira VD | 4d | 7m 18d | 5 m 19d | 27m 29 d |
| Periodicidade das VD | 15d | 6m | 3m10d | 10m10d |

¹ – dias; ² – meses.

Gráfico 2 – Distribuição dos indivíduos estudados segundo o intervalo entre a realização de seu cadastro e a primeira visita domiciliar pelo agente comunitário.

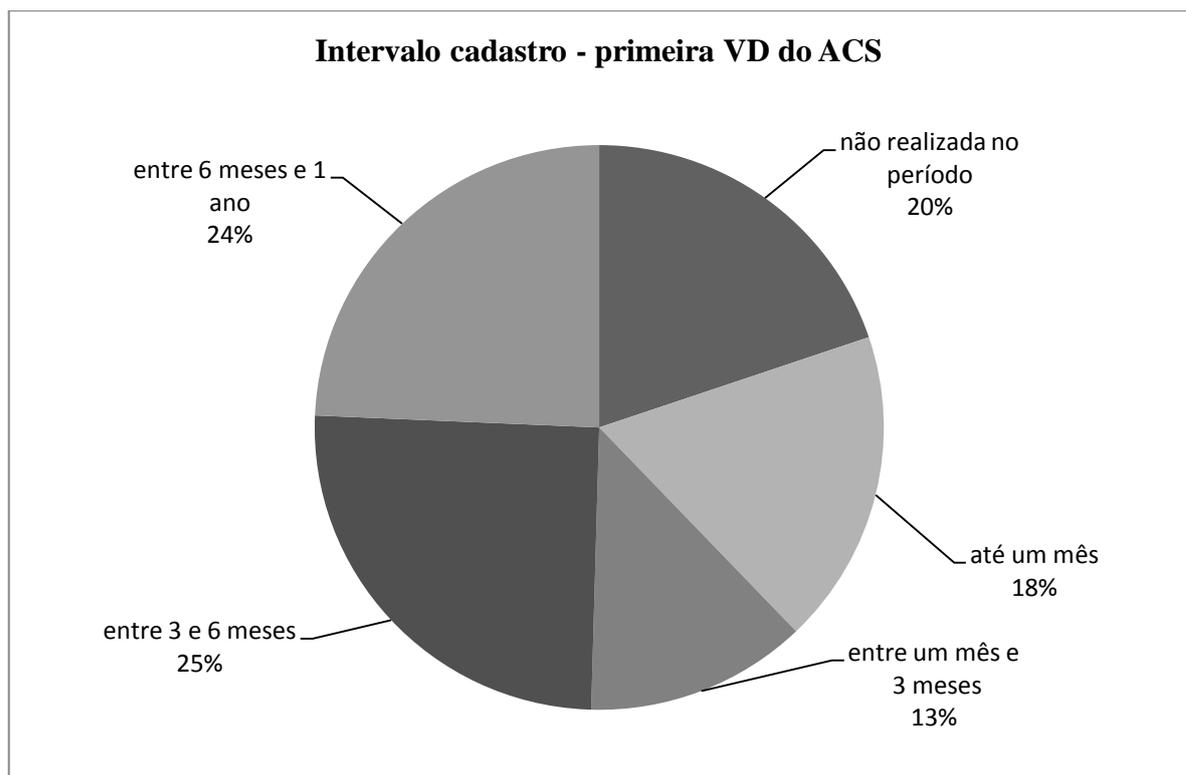
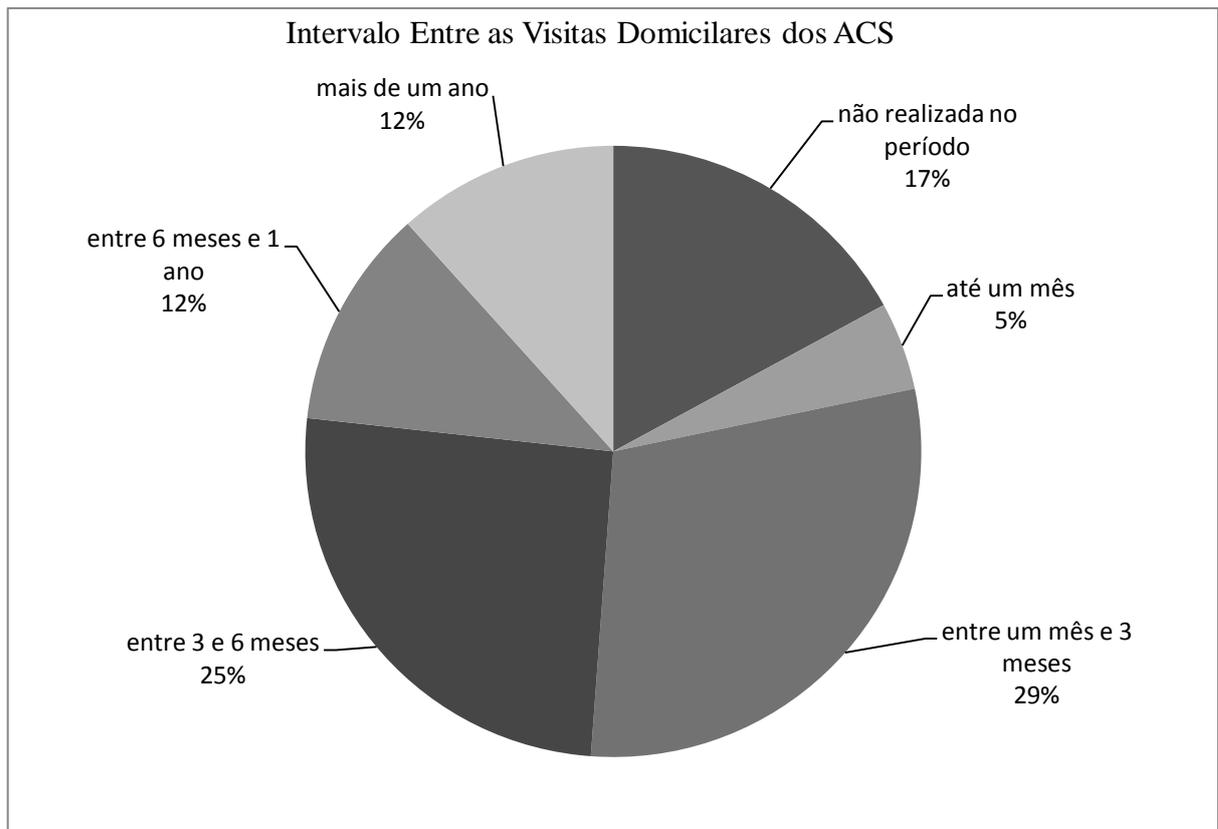


Gráfico 3 – Intervalo entre as visitas domiciliares dos ACS na população estudada.



5.5.2 Acompanhamento por enfermeiro e médico

Os resultados a seguir referem-se ao acompanhamento dos indivíduos através de consultas médicas e de enfermagem no período estudado. Nota-se uma baixa proporção de indivíduos atendidos por médicos e enfermeiros na população estudada. Para 49 (37,9%) indivíduos, não houve no período nenhum registro de atendimento por enfermeiro ou médico registrado no sistema. A distribuição dos atendimentos entre os profissionais encontra-se sumarizada na tabela 8.

Tabela 8 – Acompanhamento dos indivíduos por atendimento médico e do enfermeiro durante o período estudado.

| Atendimento | N | % |
|-----------------------------------|------------|------------|
| Consulta apenas pelo enfermeiro | 5 | 3,8 |
| Consulta apenas pelo médico | 38 | 29,5 |
| Consulta pelo médico e enfermeiro | 37 | 28,7 |
| Sem consulta registrada | 49 | 38 |
| TOTAL | 129 | 100 |

Em relação aos atendimentos realizados, os dados revelam um grande intervalo entre o cadastramento do cidadão no sistema e seu primeiro contato com os profissionais envolvidos na assistência, sendo a média desse tempo, no estudo, de aproximadamente 11 meses. Em relação ao primeiro contato, este foi realizado em consulta médica em 61 (76,2%) dos 80 indivíduos atendidos, e por consulta de enfermagem em 19 (23,8%). A frequência de contatos subsequentes com os profissionais também foi baixa, sendo maior com médicos (média de 2,16 consultas no período estudado) em relação aos enfermeiros (média menor que uma consulta em todo o período de acompanhamento). Os dados detalhados encontram-se sistematizados na tabela 9 e 10.

Tabela 9 – Intervalo entre cadastramento do indivíduo e primeiro atendimento, frequência e periodicidade das consultas por enfermeiro, no período estudado.

| Atendimento de Enfermagem | Mínimo | Média | Mediana | Máximo |
|--|---------------|--------------|----------------|---------------|
| Intervalo entre cadastramento e consulta | 0 | 12m 6d | 12m 23d | 26m 19d |
| Número de consultas no período | 0 | 0,6 | 0 | 5 |
| Periodicidade das consultas | 4m 1d | 16m 23d | 17m 12d | 30m 29d |

Tabela 10 – Intervalo entre cadastramento do indivíduo e primeiro atendimento, frequência e periodicidade das consultas por médico, no período estudado.

| Atendimento Médico | Mínimo | Média | Mediana | Máximo |
|--|---------------|--------------|----------------|---------------|
| Intervalo entre cadastramento e consulta | 0 | 10m 19d | 9m 18d | 31m 8d |
| Número de consultas no período | 0 | 2,16 | 1 | 15 |
| Periodicidade das consultas | 1m 13d | 10m26d | 8m4d | 30m 14d |

5.6 Práticas da ESF e uso de recursos da rede de saúde

Os resultados seguintes dizem respeito à assistência aos casos estudados, refletindo a atenção dada à questão pela equipe de saúde da família.

A abordagem do problema pela equipe foi definida neste estudo como a menção à condição estudada no prontuário, como identificação do problema pelo profissional, e a existência de algum plano de cuidado do indivíduo pela equipe de saúde, seja este desempenhado pela própria equipe sem utilização de nenhum outro dispositivo de apoio, seja através do cuidado compartilhado com a equipe de referência do NASF, no caso de equipes que dispõem deste núcleo, ou pelo encaminhamento a serviços especializados.

O resultado global mostra uma baixa frequência de abordagem e seguimento do problema pelas equipes. Em 88 (68,2%) casos, embora houvesse registro da condição pela

equipe, no cadastro da família, através de inserção em grupo de atenção “álcool e drogas”, ou mesmo em prontuário clínico, não houve registro de nenhuma ação.

Dos 41 (31,8%) casos abordados, em 30 (23,2%) não há menção ao uso de outros recursos, dentro ou fora da rede de saúde, apenas referência à abordagem do problema pelo próprio profissional. A interação com o NASF foi registrada em apenas 2 (1,55%) casos. Ao ser realizada a busca por registros de atendimento da equipe do NASF, que não utiliza os mesmos sistemas de cadastramento e prontuário eletrônico, foram encontrados cinco registros, e nenhum dos indivíduos pertencia à base de cadastros das unidades dos quais este núcleo é referência. Quanto ao encaminhamento para serviços especializados, em 11 (8,5%) destes houve menção ao processo. A tabela 11 sintetiza dados sobre o acompanhamento pelas equipes, interação com o NASF e outros recursos de cuidado, dentro e fora do SUS.

Tabela 11 – Distribuição dos indivíduos segundo tipo de abordagem pelo médico e enfermeiro

| Atuação da ESF no cuidado | | N | % |
|--|-------------------|------------|------------|
| Nenhuma | | 81 | 62,7 |
| Cuidado somente pela equipe | | 30 | 23,2 |
| Utilização da equipe do NASF | | 2 | 1,5 |
| Encaminhamento para serviço especializado do SUS | CEAD ¹ | 3 | 2,3 |
| | CAPS | 4 | 3,1 |
| | CAPS e CEAD | 1 | 0,8 |
| | Psicólogo* | 1 | 0,8 |
| Centro de Recuperação* | | 1 | 0,8 |
| Grupo Anônimo | | 4 | 3,2 |
| Grupo anônimo + igreja | | 2 | 1,6 |
| TOTAL | | 129 | 100 |

*não especificado

1 – CEAD – Centro Estadual Antidrogas

6 Discussão

6.1 Detecção de casos

Considerando como população exposta ao risco os indivíduos acima de dez anos de idade, as três Clínicas da Família, possuem 90.167 pessoas nessa faixa etária. Levando-se em conta a estimativa de prevalência de uso nocivo e dependência de álcool e drogas ilícitas em indivíduos de 12 a 65 anos no Brasil³⁵, que somadas atingem 13,9%, o número de casos esperados na área adscrita a estas unidades de saúde, aproximando-se as faixas de idade, seria de 12.533. No entanto, foram identificados apenas 129 indivíduos a partir da seleção utilizada no trabalho, que foi baseada nos registros das equipes de saúde. Embora a faixa etária utilizada para o cálculo da população exposta ao risco nesse estudo tenha sido mais ampla do que a considerada para comparação³⁵, o achado de uma prevalência cem vezes menor é significativo. Tal discrepância pode ser explicada por dois fatores essenciais: o subregistro do problema nos sistemas de informação e a baixa detecção da condição pelas equipes de saúde.

6.1.1 Subregistro de dados

A estratégia saúde da família tem como premissa básica o trabalho baseado em informações demográficas e epidemiológicas, sendo o cadastro das famílias e dos indivíduos a base sob a qual se realiza o diagnóstico situacional da comunidade, o planejamento de ações em saúde e a construção de indicadores. No entanto, a análise dos dados cadastrados revela uma baixa taxa de preenchimento, com campos tão importantes como “estado civil” e “escolaridade”, por exemplo, apresentando completude na faixa “ruim” (entre 20 e 50% dos registros com o dado não informado), segundo escore validado por Romero e Cunha⁶⁷. Como na metodologia utilizada tomou-se como um dos critérios para a seleção dos dados estudados a presença do registro de condição referida “alcoolismo” ou “usuário de drogas ilícitas” pelo agente comunitário de saúde, supõe-se que haja perda significativa na identificação de tais condições neste primeiro nível de seleção. Tal fato pode contribuir para a baixa prevalência encontrada na população das condições estudadas.

O segundo tipo de seleção, baseado na atualização dos cadastros pelos ACS, com inserção dos indivíduos identificados pela equipe no grupo de atenção “álcool e drogas”, uma

vez confirmada a condição, potencialmente sujeitou-se ao mesmo viés de informação, com baixa taxa de preenchimento.

A busca por códigos CID-10 compatíveis com a condição estudada nos registros dos atendimentos por médicos e enfermeiros e a presença de tal codificação como critério para a seleção para o estudo foi possivelmente outro motivo para a baixa captação de casos, uma vez que tal sistematização de informações clínicas, embora recomendada, é pouco utilizada nas unidades estudadas. Consiste impressão subjetiva do autor que existam muitos outros casos atendidos nas unidades, onde houve identificação dos diagnósticos pesquisados, porém sem registro sistematizado através da inserção do código CID-10, o que provavelmente impediu a detecção destes indivíduos através da metodologia utilizada. Perde-se, desta forma, informação valiosa referente à proporção de casos acompanhados pelas equipes, e consequentemente subdimensiona-se a necessidade de intervenção direcionada à condição.

Os resultados encontrados no presente estudo que demonstram deficiência no uso dos sistemas de informação são coincidentes com outros estudos. Necessidades de aprimoramento das práticas de registro clínico têm sido apontadas na literatura, frequentemente com foco na atenção primária e na estratégia saúde da família. Trata-se de ambiente de assistência à saúde onde o cuidado clínico e o olhar epidemiológico se imbricam intensamente, por se tratar de prática de base populacional e baseada em diagnósticos coletivos, além do tradicional diagnóstico clínico individual. Donabedian⁶⁸, ao analisar aspectos da qualidade do cuidado em saúde, destaca a importância de registros completos e sistematizados para a viabilização de um processo de avaliação de práticas de cuidado consistente, e pondera que a um registro deficiente geralmente corresponde um cuidado deficiente. O registro qualificado em prontuário, pois, caracteriza uma atenção à saúde de bom nível técnico, onde há a prerrogativa da longitudinalidade, com transmissão de informação interprofissional, e de coordenação do cuidado, com a síntese de ações em saúde realizadas em ambientes distintos de assistência num mesmo registro. Ao se pensar a APS como coordenadora do cuidado, atribui-se ao profissional que nesta atua tal responsabilidade. No entanto, o estudo de Vasconcelos⁶⁹, que analisou a qualidade dos registros na atenção primária de quatro municípios do Rio de Janeiro, mostrou grande deficiência dos profissionais nesse aspecto, com registros incompletos de dados considerados essenciais. Santos, em estudo qualitativo envolvendo análise documental dos registros e entrevistas semiestruturadas dos profissionais⁷⁰, com o objetivo de analisar o papel dos prontuários familiares na Estratégia Saúde da Família como ferramenta de coordenação do cuidado, encontrou resultados semelhantes, com deficiência de uso e pouca percepção conceitual dos profissionais. Embora a utilização de softwares de

registro eletrônico para cadastro individual e familiar e prontuário clínico tenha o potencial de melhorar a sistematização de dados, estudos mostram resultados e percepções conflitantes entre os serviços. Ao mesmo tempo em que autores como Adams⁷¹ atestam a melhoria da qualidade do cuidado com o uso de tais ferramentas, a maioria das publicações internacionais apresenta dificuldade em atestar tal impacto^{72,73}, levantando questões como o pouco tempo de uso, a resistência à adesão dos profissionais ao registro qualificado, o consumo de tempo da consulta com a inserção sistematizada de dados e a interferência do computador na atenção dada ao paciente⁷⁴. A literatura sobre registro em saúde atual, sobretudo a nacional, indica a possibilidade de subestimação de registros e perda de informação por registros incompletos, levantada anteriormente^{70,75}.

6.1.2 Detecção de indivíduos com problemas pelo uso de álcool e drogas

O achado de uma prevalência de 0,14% para o uso nocivo e dependência de álcool e todas as drogas ilícitas somadas, muito baixa quando comparada à prevalência de 9,8 a 13,9% detectada por estudos de prevalência como o levantamento domiciliar de 2005 realizado pelo CEBRID e outros estudos⁴¹, indica que, além do sub-registro, pode haver uma baixa taxa de detecção do problema na população pelas equipes de saúde da família estudadas. Tal possibilidade é fortalecida por achados semelhantes na literatura, que indicam baixa frequência do registro do problema em serviços de atenção primária, ao contrário do que se esperaria de uma condição de grande prevalência na população geral, detectada quando se realizam estudos sistematizados de prevalência^{41,43}. Souza⁷⁶, em carta ao corpo editorial da Revista Brasileira de Psiquiatria em 2005, descreveu dados extraídos do SIAB referentes ao período de 1998 a 2004, onde a prevalência da condição referida “alcoolismo” variava de 0,8 a 1,4%. Mesmo desconsiderando-se a inadequação do termo “alcoolismo”, utilizado na ficha A para orientar o ACS a detectar indivíduos com problemas relacionados ao uso de álcool, o número é muito pouco expressivo diante da prevalência da condição. Fontanella¹⁹, em artigo de revisão sobre a lacuna existente entre o reconhecimento do problema do álcool na saúde pública, o papel estabelecido da APS e a escassez de ações no âmbito da ESF nesse sentido, sugere duas causas para tal discrepância: a baixa utilização de ferramentas sistematizadas de detecção, como o AUDIT, e uma baixa vigilância destes problemas pelas equipes, possivelmente justificando a sub-detecção.

Outros fatores são descritos na literatura para justificar a baixa identificação e registro pelos profissionais de atenção primária das condições relacionadas ao uso nocivo e

dependência de álcool e outras drogas. Embora haja recomendação instituída por políticas públicas no Brasil e em outros países para a realização de rastreio destas condições nas populações assistidas pelos serviços de atenção primária, autores como Elwy⁷⁷, em artigo recente sobre a atitude do médico britânico em relação ao uso de álcool, aponta tal prática como não realizada a contento. No estudo, foram selecionados 301 pacientes sabidamente usuários nocivos ou dependentes de álcool, e, depois de submetidos a uma consulta médica, observou-se que 78% dos mesmos não haviam tido seu problema registrado ou abordado. Há várias teorias propostas para tal deficiência de abordagem, incluindo a percepção do uso de substâncias como um problema fora do âmbito da saúde⁷⁸, a falta de tempo e a ausência de registro com o objetivo de não estigmatizar o indivíduo⁷⁹, considerações que fogem do escopo desta pesquisa. O fato é que há na literatura evidências consistentes atestando a baixa taxa de detecção do problema na atenção primária e o subregistro específico da condição, o que prejudica a busca por dados sistematizados *a posteriori*, e descortina a necessidade de implantar ações voltadas tanto à detecção precoce quanto à sistematização do registro de dados advindos desta prática.

Ao se revisar a literatura a respeito da implantação de ações de rastreio do uso nocivo e dependência de álcool e drogas na ESF, encontram-se muitos estudos qualitativos, relacionados à percepção dos profissionais a respeito da aplicabilidade do uso de instrumentos de triagem como o AUDIT, para o álcool, e o ASSIST, ambos com tradução validada para o Brasil^{80,81,82}. São frequentes também relatos sobre atividades de capacitação de profissionais para a utilização de tais práticas em seu cotidiano^{21,83}. A Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD) oferece aos profissionais de saúde, periodicamente, o curso SUPERA (Sistema Para Detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas; Encaminhamento, Intervenção Breve, Reinserção Social e Acompanhamento)⁸⁴, ministrado à distância, com o objetivo de capacitá-los nas práticas de atenção ao uso de drogas e incentivar tais ações. No entanto, evidências relacionadas à frequência de tais práticas no dia-a-dia das equipes, de que reflitam a efetiva execução destas ações, são escassas, e a maioria dos estudos descreve relatos de dificuldades, por parte dos profissionais, de implantação das práticas nos serviços²¹, indicando a necessidade da realização de ações de monitoramento.

6.2 Acompanhamento e vigilância pelas equipes

Ao detectar indivíduos portadores de problemas relacionados ao uso de álcool e drogas, independente do modo de detecção realizado, há a prerrogativa, segundo os princípios da APS e ESF, que como diante de qualquer agravo ou condição de risco à saúde, haja a inserção do mesmo pela equipe num plano de cuidado longitudinal, que garanta acesso do usuário ao sistema de saúde, através da sua própria demanda ou por ações que propiciem a criação de vínculo com o serviço, e continuidade do seu acompanhamento mediante a marcação de retornos e busca ativa de faltosos, com o objetivo de permanecer em contato com o cidadão. A literatura^{15,17,18} mostra que indivíduos que possuem forte vínculo com serviços de atenção primária apresentam melhor evolução em longo prazo, com diminuição da severidade da adicção, e que técnicas como intervenções breves são eficazes e custo-efetivas na redução do consumo de álcool e drogas ilícitas na população assistida na APS, sobretudo quando em relação ao uso nocivo de álcool¹⁴.

Ao analisarmos os resultados do estudo referentes ao acompanhamento desses indivíduos e suas famílias pelas equipes de saúde, reconhece-se a lacuna entre estas prerrogativas de cuidado e o que é efetivamente desempenhado no cotidiano das equipes.

Quanto à atuação do agente comunitário de saúde, segundo a PNAB, é atribuição nuclear deste profissional “acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de uma visita/família/mês”. Considerando o uso nocivo e dependência de álcool e drogas como condição de vulnerabilidade social e risco à saúde, o esperado seria que o acompanhamento domiciliar de famílias onde fosse detectada a condição pela equipe, durante o cadastramento ou através de contato posterior, figurasse como prioridade. No entanto, na maioria dos casos selecionados pelo estudo, esse acompanhamento não ocorreu ou foi realizado com frequência muito abaixo do recomendado para o acompanhamento previsto pela PNAB, com apenas 5% das famílias recebendo visitas domiciliares em intervalos de até um mês.

Embora não haja recomendação específica quanto à frequência e periodicidade de consultas a esse grupo específico por médico ou enfermeiro, os resultados encontrados indicam uma tendência à assistência insuficiente também por parte destes profissionais. Boa parte (41,7%) dos indivíduos detectados durante o cadastramento da família pelo ACS, segundo auto referência ou referência pela família, como portadores de “alcoolismo” ou como

“usuário de drogas ilícitas” não teve nenhum contato com médico ou enfermeiro onde fosse registrado o diagnóstico relacionado ao uso de substâncias. O mesmo se deu com a maioria dos indivíduos atestados pela equipe como pertencentes ao grupo de atenção “álcool e drogas”. Quando considerados todos os atendimentos, independente do registro por código CID-10, do total de indivíduos detectados, 38% não passou por consulta médica ou de enfermagem. Por outro lado, 21,7% dos indivíduos foram atendidos e diagnosticados com a condição estudada, sem que houvesse nenhum registro em seu cadastro familiar ou inserção em grupos de atenção pela equipe. Este último resultado, associado à alarmante presença de apenas um paciente (0,7%) inserido adequadamente nos registros eletrônicos disponíveis, aponta para uma dificuldade por parte das equipes na coordenação do cuidado transdisciplinar a estes indivíduos, refletida no (sub) registro das ações.

Ainda segundo a PNAB, é responsabilidade de toda a equipe “manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local”. Os resultados referentes aos registros de consultas médicas e de enfermagem aos indivíduos selecionados revelaram padrão semelhante ao das visitas domiciliares, com uma grande proporção de indivíduos sem atendimento no período ou com contatos escassos com os profissionais, com média de 11 meses de intervalo para as consultas médicas e de um ano e quatro meses para o enfermeiro. Ao se escrutinar os registros com o objetivo de coletar informações sobre a assistência prestada por estes profissionais, os resultados revelam que a maioria dos indivíduos, tanto os já assinalados pela equipe como portadores referidos de problemas com álcool e drogas ou os diagnosticados pelos próprios profissionais, não recebeu nenhum tipo de abordagem direcionada ao problema.

Muitas dificuldades têm sido assinaladas na literatura mundial sobre o desempenho dos profissionais da APS na assistência a indivíduos com problemas relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas^{19,20,21,23,24,25,26}. Tais dificuldades envolvem tanto a abordagem do assunto como a conduta diante do problema, havendo relatos por parte de médicos da APS de falta de tempo, insatisfação com o emprego, baixa motivação e desconforto diante da abordagem, pessimismo a respeito da possibilidade de benefício ao indivíduo, mesmo diante de evidências sólidas em contrário, e baixa autoestima quanto à habilidade para a execução de tais ações²⁶. Aira⁷⁹, em estudo qualitativo realizado onde foram entrevistados médicos Finlandeses, obteve resultados indicando que estes consideravam a

abordagem do problema, quando não trazido pelo indivíduo, como uma invasão da privacidade deste, tratando-se, pois, de assunto delicado, e se consideravam inaptos a conduzir o problema, uma vez identificado. McCormick⁸⁵, em estudo com metodologia semelhante, identificou que mesmo quando o paciente traz informações significativas indicando consumo excessivo e indicadores de dependência, usualmente a resposta do profissional esteve aquém do preconizado, com padrões de minimização e mesmo negação do problema do paciente. Outros estudos envolvendo a postura do profissional quanto à abordagem e seguimento do problema com álcool e drogas apresentam resultados semelhantes^{19,77}.

No Brasil, grupos institucionais de pesquisa sobre ações voltadas à assistência ao problema do álcool e das drogas, como o Programa de Ações Integradas para Prevenção e Atenção ao Uso de Álcool e Drogas na Comunidade (PAI-PAD), da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, publicaram estudos sobre triagem e intervenção breve relacionadas ao uso do álcool na ESF. A maioria dos estudos, a exemplo das pesquisas internacionais, tem cunho qualitativo e analisam a percepção e a adesão por profissionais de saúde das técnicas citadas, descrevendo contextos de implantação de estratégias de capacitação. Assim como descrito no estudo de Minto²², publicações a respeito da implantação sistematizada das referidas técnicas na ESF e na APS de outros países da América Latina não foram encontradas pelo autor até a conclusão deste estudo. O resultado da frequência de 37,3% dos casos onde o problema foi abordado pelos profissionais da equipe deve ser analisado à luz das circunstâncias descritas acima.

Cabe discutir a dificuldade intrínseca no acompanhamento do indivíduo com problemas pelo uso de substâncias no sistema de saúde, relacionadas ao próprio e a seu contexto biopsicossocial. A literatura atesta o baixo contato destes indivíduos com os serviços de atenção primária. Segundo Zarkin⁸⁶, o consumo de álcool se correlaciona negativamente com a utilização dos serviços de APS. Embora não seja eliciada uma relação causal no estudo deste autor, uma das hipóteses é que usuários de álcool dispensem menos preocupação com a saúde do que a população geral. Extrapolando a lógica para os usuários de drogas ilícitas, tais resultados podem indicar uma potencial dificuldade de contato e adesão destes pacientes a um seguimento ambulatorial, e este fato deve ser levado em conta ao se discutir a baixa frequência de contato dos indivíduos selecionados com os profissionais da equipe de saúde, embora haja na ESF a prerrogativa da busca ativa e da existência de ferramentas de coordenação que devem ser utilizadas para contornar tal obstáculo, sendo esta, associada à

facilidade de acesso e criação de vínculo que beneficie a aplicação de intervenções dirigidas ao uso de substâncias, uma das potencialidades do modelo no cuidado à condição estudada.

6.4 Utilização de recursos da rede – NASF e referências

Uma minoria (1,5%) de indivíduos estudados teve seu caso levado para discussão com profissionais do NASF. Tal resultado reflete a baixa utilização do recurso pelos profissionais das unidades apoiadas por este núcleo. Tal achado encontra eco na literatura, no sentido de possivelmente indicar a baixa percepção dos profissionais sobre o papel do NASF no apoio às práticas da ESF, situação encontrada em vários estudos^{87,88}. Em documento publicado pela SUBPAV, são listados como possíveis impasses para o trabalho de matriciamento em saúde mental: uma visão distorcida por parte do profissional matriciado, ao encarar o apoio do NASF como perspectiva de solução para a necessidade de encaminhamento do caso a serviço de referência, em vez do cuidado compartilhado, com consequente perda do interesse pela proposta de matriciamento, e a dificuldade da equipe de saúde da família em se responsabilizar pelos casos⁸⁹. Dimenstein⁹⁰, em estudo qualitativo realizado através de entrevistas a profissionais de equipes de saúde da família da cidade de Natal, conclui que não havia clareza no entendimento da filosofia de apoio matricial pelos profissionais entrevistados, e que a escassez de opções na rede de saúde para que o NASF atuasse como ponte entre os serviços, quando necessário, produzia um efeito de desqualificação do apoio pelos membros das equipes de saúde da família. Embora não seja o foco da pesquisa, o autor avalia a possibilidade da ocorrência dos fenômenos descritos acima como possíveis explicações para a baixa referência à interação com os profissionais do NASF nos registros estudados.

Em relação à utilização da rede de serviços especializados, nota-se a baixa frequência de encaminhamento aos mesmos, que pode refletir a maior prevalência de casos leves, passíveis de serem conduzidos pela equipe, que é esperada na população assistida na APS. Não há, no entanto, dados suficientes registrados em prontuário para estabelecer essa correlação, visto que não foi utilizado instrumento para classificação de gravidade dos casos. A ausência de CAP-ad na área programática onde se realizou o estudo pode ser um fator responsável por este resultado, pois gera dificuldade na condução de casos onde o serviço de APS, apoiado pelos profissionais do NASF, identifica a necessidade de referência. No estudo, foram utilizados o CAPS III João Ferreira, unidade especializada em saúde mental, porém sem foco na atenção ao problema estudado, e o Centro Estadual Antidrogas (CEAD), órgão

do Governo Estadual onde se situa o Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas (NEPAD), da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), que oferece tratamento ambulatorial e encaminha para internação os indivíduos com indicação para tal. Outro resultado importante é a utilização, embora pouco frequente (5,6%), de aparatos externos ao SUS, como a indicação à participação de reuniões de grupos anônimos e a internação em comunidades terapêuticas e centros de recuperação de cunho religioso. Tal prática, embora carente de evidências que legitimem o seu uso, é estimulada pela Política Nacional e pelo PEAD.

7 Conclusão

A atenção à saúde de indivíduos com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas na Estratégia Saúde da Família, modelo preferencial de APS brasileiro, embora preconizada por políticas de saúde nacionais e referendada pela literatura mundial como potencialmente eficaz, carece de sistematização e registro, havendo dificuldade de se avaliar o que é realizado atualmente pelas equipes de saúde estudadas quanto à assistência dessa população. A baixa prevalência do problema, detectada através da análise de dados provenientes do processo de trabalho das equipes, sugere fortemente que haja baixa detecção da condição na população assistida. O processo de cuidado aos indivíduos acompanhados na ESF, detectados no estudo, mostrou-se descoordenado e carente de sistematização, refletindo um trabalho de equipe falho no cumprimento de prerrogativas inerentes aos princípios e políticas que norteiam a ESF e a APS, como a atuação baseada na avaliação situacional de risco e vulnerabilidade, a utilização de informação em saúde como ferramenta para o planejamento das ações e a coordenação do cuidado. Nota-se a baixa utilização de técnicas validadas no campo de atenção ao uso de álcool e drogas nesse nível de assistência, como ações de detecção precoce e intervenções breves, e a pouca interação com demais equipamentos de apoio e assistência disponíveis, como o NASF e os serviços especializados. Por se tratar de condição de risco e agravo à saúde prevalente, com repercussão importante na população, passível de abordagem custo-efetiva e aplicável na atenção primária, os problemas relacionados ao uso de álcool e drogas devem ser considerados como prioridade no trabalho das equipes de saúde da família, havendo a necessidade de potencialização de sua atuação, através de ações de capacitação, incentivo, sistematização e monitoramento da assistência a esta condição.

Referências

- 1 – Organização Mundial de Saúde. Relatório Mundial da Saúde. Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança [Internet]. Lisboa; 2002. [acesso em: 2012 set 3]. Disponível em: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf
- 2 - Institute for Health Metrics and Evaluation. The Global Burden of Disease: Generating Evidence, Guiding Policy [Internet]. Seattle, 2013. [acesso em 2013 set 08]. Disponível em <http://www.healthmetricsandevaluation.org/gbd/publications/policy-report/global-burden-disease-generating-evidence-guiding-policy>
- 3 – Canadian Centre for Substance Abuse. National Framework for Action to Reduce the Harms Associated with Alcohol and Other Drugs and Substances in Canada [Internet]. Ottawa, 2005. [acesso em 2013 set 08]. Disponível em http://www.nationalframework-cadrenational.ca/images/uploads/file/ccsa0113232005_e.pdf
- 4 - Department of Health (England), the Scottish Government, Welsh Assembly Government and Northern Ireland Executive. Drug Misuse and Dependence: UK Guidelines on Clinical Management [Internet]. London, 2007. [acesso em 2013 ago 04]. Disponível em: www.dh.gov.uk/publications.
- 5 - National Institute for Health and Clinical Excellence (England). Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence [Internet]. London, 2011. [acesso em 2013 set 04]. Disponível em: <http://guidance.nice.org.uk/CG115/NICEGuidance/pdf/English>
- 6 - National Institute on Drug Abuse (USA). Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-based Guide [Internet]. Bethesda, 2012. [acesso em 2013 jul 28]. Disponível em: http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/podat_1.pdf
- 7 – Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [Internet]. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 2002 fev 19 [acesso em: 2012 nov 11]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>
- 8 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial [Internet]. Brasília, 2004. [acesso em: 2013 jul 08]. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf
- 9 - Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST/AIDS. A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas [Internet]. Brasília; 2003. [acesso em: 2012 set 14]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf

10 - Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção À Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Brasília, 2007. [acesso em 2011 set 31]. Disponível em:

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume_4_completo.pdf

11 - Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família [Internet]. Brasília, 2010 [acesso em 2012 set 23]. Disponível em:

http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf

12 - Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, DAPES, Coordenação de Saúde Mental. Agenda da Comissão Intergestores Tripartite de Maio de 2009. Plano Emergencial de ampliação do acesso ao tratamento e prevenção em álcool e outras drogas (PEAD 2009-2011) [Internet]. Brasília, 2009. [acesso em 2012 jul 26]. Disponível em:

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/plano_emergencial_tratamento.pdf

13 – Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 4ed. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

14 - Kaner EF, Dickinson HO, Beyer FR, Campbell F, Schlesinger C, Heather N, Saunders JB, Burnand B, Pienaar ED. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. Cochrane database syst rev (online) [Internet]. 2007 [acesso em 2013 ago 04]; Issue 2. DOI: 10.1002/14651858.CD004148.pub3.

15 – Kim TW, Samet JH, Cheng DM, Winter MR, Safran DG, Saitz R. Primary Care Quality and Addiction Severity: A Prospective Cohort Study. Health Serv Res April 2007; 42(2). DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1475-6773.2006.00630.x>

16 - Saitz, R, Horton NJ, Larson MJ, Winter M, Samet JH. 2005. Primary Medical Care and Reductions in Addiction Severity: A Prospective Cohort Study. Addiction. 2004 dez 10; 100(1). DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.00916.x>

17 - Samet JH, Friedmann P, Saitz R. Benefits of Linking Primary Care and Substance Abuse Services. Arch Intern Med [Internet]. 2001 Jan [acesso em 2012 ago 8]; 161(1): [6 p.]. Disponível em: <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=646882>

18 – Willenbring MI, Olson DH. A randomized trial of integrated outpatient treatment for medically ill alcoholic men. Arch Intern Med [Internet]. 1999 set [acesso em 2012 ago 8]; 159(16): [6p]. Disponível em: <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=485104>

19 - Fontanella BJB, Demarzo MMP, Mello GA, Fortes SLC. Os usuários de álcool, Atenção Primária à Saúde e o que é "perdido na tradução". Interface (Botucatu) [Internet]. 2011 [acesso em 2013 set 01]; vol.15, n.37: [12p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt&pid=S1414-32832011000200020

20 – Schneider DR, Lima DS. Implicações dos modelos de atenção à dependência de álcool e outras drogas na rede básica em saúde. Psico [Internet]. 2011 abr/jun [acesso em 2013 set 01]; v. 42, n. 2:[10p.]. Disponível em:

<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/7153/6518>

- 21 - Ronzani TM, Ribeiro MS, Amaral MB, Formigoni, MLOS. Implantação de rotinas de rastreamento do uso de risco de álcool e de uma intervenção breve na atenção primária à saúde: dificuldades a serem superadas. Cad Saúde Pública [Internet]. 2005 [acesso em 2013 ago 25]; vol.21, n.3: [9p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n3/19.pdf>
- 22 – Minto EC, Corradi-Webster CM, Gorayeb R, Laprega MR, Furtado EF. Intervenções breves para o uso abusivo de álcool em atenção primária. Epidemiol Serv Saúde [Internet]. jul-set 2007 [acesso em 2010 nov 17]; vol 16(3): [13p.]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/rev_epi_voll6_n3.pdf
- 23 - Vargas D, Oliveira MAF, Luis MAV. Atendimento ao alcoolista em serviços de atenção primária à saúde: percepções e condutas do enfermeiro. Acta paul. enferm [Internet]. 2010 [acesso em: 2013 set 13]; vol.23, n.1: [6p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000100012
- 24 - Oliveira, AGB, Ataíde IFC, Silva MA. A invisibilidade dos problemas de saúde mental na atenção primária: o trabalho da enfermeira construindo caminhos junto às equipes de saúde da família. Texto contexto - enferm [Internet]. 2004 [acesso em: 2013 set 13]; vol.13, n.4: [6p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072004000400015
- 25 - Barros MA, Pillon SC Assistência aos usuários de drogas: a visão dos profissionais do Programa Saúde da Família. R Enferm UERJ [Internet]. 2007 abr/jun [acesso em 2012 out 08]; 15(2): [5p.]. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v15n2/v15n2a17.pdf>
- 26 - Wilson GB, Lock CA, Heather N, Cassidy P, Christie MM, Kaner EFS. Intervention against Excessive Alcohol Consumption in Primary Health Care: A Survey of GPs' Attitudes and Practices in England 10 Years On. Alcohol Alcoholism [Internet]. 2011 [acesso em 2012 set 30]; 46(5): [7p.]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21690169>
- 27 - Seibel SD, Toscano Jr A. Dependência de Drogas. São Paulo (SP): Atheneu; 2001.
- 28 – OBID [homepage na internet]. Brasília: Observatório Brasileiro de Informações Sobre Drogas; 2007 [atualizada em: 2013; acesso em: 2012 ago 13]. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php>
- 29 – Machado AR, Miranda PSC. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. Hist ciênc saúde – Manguinhos [Internet]. jul.-set. 2007 [acesso em 2013 jul 30]; v.14, n.3: [20 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-9702007000300007&script=sci_abstract&tlng=pt
- 30 – Christopher CH, Cook B. The Minnesota Model in the Management of Drug and Alcohol Dependency: miracle, method or myth? Part II. Evidence and Conclusions. Br J Addict [Internet]. 1988 [acesso em: 2013 set 13]; Volume 83, Issue 7 [13p.]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.1988.tb00505.x/pdf>

- 31 - Anderson DJ, McGovern JP, Dupont RL. The Origins of the Minnesota Model of Addiction Treatment – A First Person Account. *J addict dis* [Internet]. 1999 [acesso em: 2013 set 10]; Volume 18(1): [7 p.]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10234566>
- 32 – Elias LA, Bastos FI. Saúde pública, redução de danos e a prevenção das infecções de transmissão sexual e sanguínea: revisão dos principais conceitos e sua implementação no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2011 [acesso em 2013 set 13]; vol.16, n.12: [9 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300021
- 33 - Cruz MS, Saad AC, Ferreira SMB. Posicionamento do Instituto de Psiquiatria da UFRJ sobre as estratégias de redução de danos na abordagem dos problemas relacionados ao uso indevido de álcool e outras drogas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 2003; 52(5):355-362.
- 34 – Guedes F. Rastreamento e abordagem terapêutica de doentes com problemas relacionados ao álcool. In: Alarcon S. (Org). *Álcool e outras drogas. Diálogos sobre um mal-estar contemporâneo*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 151 – 71.
- 35 - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Brasil). Centro Brasileiro de Informação Sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID). II Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil [Internet]. 2005 [acesso em 2012 out 10]; Disponível em: <http://200.144.91.102/cebridweb/download.aspx?cd=54>
- 36 – World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines [Internet]. Geneva, 1992. [acesso em 2012 set 23]. Disponível em: <http://www.who.int/classifications/icd/en/GRNBOOK.pdf>
- 37 - American Psychiatry Association (APA). American Psychiatry Association Proposed DSM-5 organizational structure and disorders names. [Internet]. 2011 [acesso em: 2013 set 13]. Disponível em: <http://www.dsm5.org/proposedrevision/Pages/proposed-dsm5-organizational-structure-and-disorder-names.aspx>
- 38 – Leyton V, Greve JMD, Carvalho DG, Muñoz DR. Perfil epidemiológico das vítimas fatais por acidente de trânsito e a relação com o uso do álcool. *Saúde, Ética & Justiça* [Internet]. 2005 [acesso em 2012 nov 11]; 10(1/2): [6p.]. Disponível em: http://www.fm.usp.br/iof/revista_2005/03_perfil_epi
- 39 – World Health Organization. ATLAS on substance use — Resources for the prevention and treatment of substance use disorders [Internet]. 2010 [acesso em 2013 set 08]; Disponível em: http://www.who.int/entity/substance_abuse/publications/treatment/en/index.html
- 40 – World Health Organization. Mental Health Gap Action Programme (mhGAP): scaling up care for mental, neurological and substance use disorders [Internet]. 2008 [acesso em 2012 nov 01]. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596206_eng.pdf

- 41 - Fortes S, Villano LAB, Lopes CS. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petrópolis, Rio de Janeiro. Rev Bras Psiquiatr [Internet]. 2008 [acesso em: 2013 ago 15]; vol.30, n.1: [5p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v30n1/2535.pdf>
- 42 - Gonçalves DM, Kapczinski F. Transtornos mentais em comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2008 Julho [acesso em 2012 Nov 21]; 24(7). Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000700019>
- 43 - Vargas D, Oliveira MAF, Araujo EC. Prevalência de dependência alcoólica em serviços de atenção primária à saúde de Bebedouro, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2009 [acesso em 2013 ago 13]; vol.25, n.8: [9p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n8/07.pdf>
- 44 - Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US). Center for Substance Abuse Treatment. A Guide to Substance Abuse Services for Primary Care Clinicians [Internet]. 1997 [acesso em: 2013 ago 17]; Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64827/>
- 45 - Royal College of Psychiatrists and Royal College of General Practitioners. Roles and responsibilities of doctors in the provision of treatment for drug and alcohol misusers [Internet]. 2005 [acesso em: 2013 ago 01]. Disponível em: <http://www.rcpsych.ac.uk/files/pdfversion/CR173.pdf>
- 46 - Anderson P, Gual A, Colom J. Alcohol and Primary Health Care: Clinical Guidelines on Identification and Brief Interventions. Department of Health of the Government of Catalonia: Barcelona. [Internet]. 2005 [acesso em: 2013 set 07]. Disponível em: <http://www.apmgf.pt/ficheiros/%C3%81lcool%20e%20Cuidados%20de%20Sa%C3%BAde%20Prim%C3%A1rios.pdf>
- 47 - Cordeiro, Quirino et al. Triagem para a identificação de uso nocivo de álcool na atenção primária à saúde. Rev. Assoc. Med. Bras. [online]. 2006, vol.52, n.4 [cited 2013-09-13], pp. 200-200
- 48 - Aalto M, Pekuri P, Seppä, K. Obstacles to carrying out brief intervention for heavy drinkers in primary health care: a focus group study. Drug Alcohol Rev., v.22, n.2, p.169-73, 2003.
- 49 - Rastegar DA, Kunins HV, Tetrault JM, Walley AY, Gordon AJ. 2012 Update in addiction medicine for the generalist. Addict Sci Clin Pract [Internet]. 2013 [acesso em 2013 set 08]; 13: [10p.].
- 50 - U.S. Preventive Services Task Force (EUA). Screening and Behavioral Counseling Interventions in Primary Care to Reduce Alcohol Misuse: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Ann Intern Med [Internet]. 2004 [acesso em 2013 ago 04]; vol 140(7): [12p.]. Disponível em: <http://annals.org/data/Journals/AIM/20062/0000605-200404060-00016.pdf>

- 51 - U.S. Preventive Services Task Force (EUA). Screening for Illicit Drug Use: Recommendation Statement. Am Fam Physician [Internet]. 2009 [acesso em 2013 ago 04]. Vol 80(6): [2p.]. Disponível em: <http://www.aafp.org/afp/2009/0915/p623.html>
- 52 - 26 – World Health Organization. Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): Guidelines for Use in Primary Care [Internet]. Geneva, 2001 [acesso em 2012 nov 11]. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599382_eng.pdf
- 53 - Shapiro S, Skinner EA, Kessler LG, Von Korff M, German PS, Tischler GL. Utilization of health and mental health services: three epidemiological catchment area sites. Arch Gen Psychiatry 1984;41:[7p.].
- 54 - National Institute for Health and Clinical Excellence (England). Alcohol-use disorders: preventing harmful drinking [Internet]. London, 2010. [acesso em 2013 set 04]. Disponível em <http://guidance.nice.org.uk/CG24/NICEGuidance/pdf/English>
- 55 - World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Dependence. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). Manual for use in primary care. [Internet]. 2010 [acesso em 2012 jul 26]. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599382_eng.pdf
- 56 - Starfield B, Xu J, Shi L. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. J Fam Practice. 2001 Feb; 50(2): [14p.].
- 57 - McLellan AT, Kushner H, Metzger D, Peters D, Smith I, Grissom G. The Fifth Edition of the Addiction Severity Index [Internet]. 1992 [acesso em 2012 nov 11]. Disponível em: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_4121_PT_tasix_pt.pdf
- 58 - Santos DC, Ferreira JBB. O prontuário da família na perspectiva da coordenação da atenção à saúde. Physis [Internet]. 2012 [acesso em 2013 set 01]; vol.22, n.3: [15p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n3/15.pdf>
- 59 – Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei no 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. [Internet]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm
- 60 - Conselho Nacional de Saúde, Comissão Organizadora da III CNSM. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental [Internet]. Brasília, 2001. [acesso em 2012 set 26]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/saude_mental.pdf
- 61 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006 [Internet]. 2007 [acesso em 2013 jul 13]; Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_saude_mental_2003-2006.pdf
- 62 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. 2012 [acesso em 2013 jul 28]; Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>

63 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. SIAB: manual do sistema de Informação de Atenção Básica [Internet].

2003 [acesso em 2013 ago 25]. Disponível em:

http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/03_1543_M.pdf

64 – Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-geral de acompanhamento e avaliação. Instrutivo do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB - 2ª Versão [Internet]. 2011 [acesso em: 2013 ago 25];

Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/Instrutivo_SIAB_2011_V2.pdf

65 - Chiaverini DH (Organizadora). Guia prático de matriciamento em saúde mental. [Internet]. 2011 [acesso em 2013 ago 25]. Disponível em:

<http://www.unisite.ms.gov.br/unisite/controle/ShowFile.php?id=101002>

66 – Prefeitura do Rio de Janeiro [homepage na Internet]. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde. [atualizada em: 2013 set 14; acesso em: 2013 ago 25]. Disponível em:

<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/saude-presente>

67 – Romero DE, Cunha CB. Avaliação da qualidade das variáveis epidemiológicas e demográficas do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, 2002. Cad Saúde Pública [Internet]. 2007 [acesso em: 2013 ago 27]; vol.23, n.3: [13p.]. Disponível em:

<http://www.scielo.org/pdf/csp/v22n3/22.pdf>

68 - Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed? Arch pathol lab med [Internet]. 1997 [acesso em 2013 ago 27]; 121, 11: [6p.]. Disponível em:

http://post.queensu.ca/~hh11/assets/applets/The_Quality_of_Care_How_Can_it_Be_Assessed_-_Donabedian.pdf

69 - Vasconcellos MM, Gribel EB, Moraes IHS. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2008 [acesso em 2013 ago 27]; vol.24, suppl.1: [9p.]. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/21.pdf>

70 – Santos DC, Ferreira JBB. O prontuário da família na perspectiva da coordenação da atenção à saúde. Physis [Internet]. 2012 [acesso em 2013 ago 27]; vol.22, n.3: [16p].

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n3/15.pdf>

71 - Adams WG, Mann AM, Bauchner H. Use of an electronic medical record improves the quality of urban pediatric primary care. Pediatrics 2003; 111:626-32.

72 - Systematic review of scope and quality of electronic patient record data in primary care. Br med j [Internet]. 2003 [acesso em 2013 ago 27]; vol 326 [5p.]. Disponível em:

http://www.bmj.com/highwire/filestream/355762/field_highwire_article_pdf/0/1070.full.pdf

73 - Bodenheimer T, Grumbach K. Electronic Technology: A Spark to Revitalize Primary Care? JAMA [Internet] 2003 [acesso em 2013 ago 27]; 290(2): [6p.]. Disponível em:

<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=196876>

74 - Linder JA, Ma J, Bates DW, Middleton B, Stafford RS. Electronic Health Record Use and the Quality of Ambulatory Care in the United States. Arch Intern Med [Internet] 2007 [acesso em 2013 ago 27];167(13): [6p.]. Disponível em: <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=412773>

75 - Godoy JSM, Gonçalves LS, Peres AM, Daisy L, Wolff G. O uso do prontuário eletrônico por enfermeiros em Unidades Básicas de Saúde brasileiras J health inform [Internet]. 2012 [acesso em 2013 ago 27]; 4(1): [7p.]. Disponível em: <http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/lil-621711>

76 – Souza MLPD. Expansão do Programa Saúde da Família (PSF) e identificação de problemas relacionados ao uso de álcool no Brasil. Rev Bras Psiquiatr, v.27, n.4, p.342-3, 2005.

77 - Elwy AR, Horton NJ, Saitz R. Physicians' attitudes toward unhealthy alcohol use and self-efficacy for screening and counseling as predictors of their counseling and primary care patients' drinking outcomes. Subst abuse treat prev policy [Internet]. 2013 [acesso em 2013 jul 22]; 30;8(1): [8p.]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23718191>

78 - Roche AM, Guray C, Saunders JB. General practitioners' experiences of patients with drug and alcohol problems. Br. J. Addict., v.86, n.3, p.263-75, 1991.

79 - Aira M, Kauhanen J, Larivaara P, Rautio P. Factors influencing inquiry about patients' alcohol consumption by primary health care physicians: qualitative semi-structured interview study. Fam Pract [Internet]. 2003 [acesso em 2013 ago 25]; v.20, n.3: [6p.]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12738695>

80 - Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT: teste para identificação de problemas de álcool roteiro para uso em atenção primária. Ribeirão Preto: PAI-PAD, 2003.

81 – Henrique IFS, Micheli D, Lacerda RB, Lacerda LA, Formigoni MLOS. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). Rev Assoc Med Bras [Internet]. 2004 [acesso em 2012 nov 17]; vol.50, n.2 [8p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v50n2/20784.pdf>

82 – Henry-Edwards S, Humeniuk R, Ali R. ASSIST. Teste de Triagem para Álcool, Tabaco e Substâncias: Guia para Uso na Atenção Primária à Saúde. [Internet]. São Paulo, 2004. [acesso em 2012 nov 11]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v50n2/20784.pdf>

83 - Corradi-Webster CM, Minto EC, Aquino FMC, Abade F, Yosetake LL, Gorayeb R, Laprega MR, Furtado EF. Capacitação de profissionais do programa de saúde da família em estratégias de diagnóstico e intervenções breves para o uso problemático de álcool. SMAD, Rev eletrônica saúde mental álcool drog [Internet]. 2005 [acesso em 2013 ago 25]. Vol 1: [10p.]. Disponível em: http://paipad.fmrp.usp.br/servicos/publicacoes/ano_2005_v1_n1_artigo_03.pdf

84 – Brasil. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional Sobre Drogas (SENAD). Sistema Para Detecção do Uso Abusivo e Dependência Substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção Breve, Reinserção Social e Acompanhamento (SUPERA). Detecção do uso

abusivo e diagnóstico da dependência de substâncias psicoativas: módulo 3/ coordenação do módulo Telmo Mota Ronzani; 4ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas, 2011. 70p.

85 – McCormick KA , Cochran NE, Back AL, Merrill JO, Williams EC, Bradley KA. How Primary Care Providers Talk to Patients About Alcohol: A Qualitative Study. J Gen Intern Med [Internet]. 2006 [acesso em 2013 ago 25]; 21(9): [7p.]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1831591/pdf/jgi0021-0966.pdf>

86 – Zarkin GA, Bray JW, Babor TF, Higgins-Biddle JC. Alcohol Drinking Patterns and Health Care Utilization in a Managed Care Organization. Health Serv Res. [Internet]. 2004 [acesso em: 2013 ago 27]; 39(3): [9p.]. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1361024/pdf/hesr_00244.pdf

87 – Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad Saúde Pública [Internet]. 2007 [acesso em 2012 set 23]; vol.23 [9p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/16.pdf>

88 – Azevedo DM, Gondim MCSM, Silva DS. Apoio matricial em saúde mental: percepção de profissionais no território. R. pesq.: cuid. fundam online [Internet]. 2013 [acesso em: 2013 set 02]; 5(1): [12p.]. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1951/pdf_689

89 –Brasil. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde (SUBPAV). Coordenação de Saúde Mental. Assessoria de Matriciamento da Coordenação de Saúde Mental. Sobre o Início do Matriciamento em Saúde Mental na Cidade do Rio de Janeiro: Reflexões, Relatos e Recomendações [Internet]. Rio de Janeiro, 2012 [acesso em 2013 ago 19]. Disponível em: <http://saudementalrj.blogspot.com.br/p/matriciamento.html>

90 - Dimenstein M. Severo AK, Brito M, Pimenta AL, Medeiros V, Bezerra E. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. Saúde soc. [Internet]. 2009 [acesso em: 2013 set 09]; vol.18 [12p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n1/07.pdf>

Anexo A

Campos da planilha para coleta de dados relativos à assistência

- 01- Número do Registro (automático)
- 02- Entrada 01 (primeira fonte de identificação do registro - Ficha A – Doença Referida)
- 03- Entrada 02 (segunda fonte de identificação do registro - Grupo de Seguimento ACS)
- 04- Entrada 03 (terceira fonte de identificação do registro - Prontuário Clínico)
- 05- Nome
- 06- Endereço
- 07- Número de Família
- 08- Prontuário
- 09- Data de Nascimento
- 10- Idade
- 11- Nome da Mãe
- 12- Sexo – *Masculino / Feminino / Ignorado ou Indeterminado*
- 13- Raça – *Branca / Negra / Parda / Amarela / Indígena / Sem declaração*
- 14- Estado Civil – *Solteiro / Casado / Viúvo / Separado Judicialmente / União Consensual / Ignorado*
- 15- Escolaridade - *Não sabe ler / Alfabetizado / Fundamental Incompleto / Fundamental Completo / Médio Incompleto / Médio Completo / Superior Incompleto / Superior Completo / Especialização / Residência / Mestrado / Doutorado / Sem Informação*
- 16- Clínica da Família que atende o indivíduo - *Felippe Cardoso / Aloysio Novis / Zilda Arns*
- 17- Equipe de Saúde da Família que atende o indivíduo
- 18- Microárea – subdivisão do território da equipe onde o indivíduo mora
- 19- Data do Cadastro (realizado pelo ACS durante a vista de cadastramento ou, de maneira provisória, na Unidade de Saúde)
- 20- Data da primeira visita domiciliar do ACS
- 21- Número de contatos registrados com o ACS
- 22- Diagnóstico ou Condição Registrada
- 23- Data de Registro de Condição (referida ou inserção no grupo pela equipe)
- 24- Data do último contato (com ACS, médico ou enfermeiro da equipe)
- 25- Profissional que realizou o primeiro contato clínico - *médico / enfermeiro / não realizado*

- 26- Tipo Primeiro de primeiro contato clínico - *demanda espontânea / consulta programada / não realizado*
- 27- Data do primeiro contato com enfermeiro
- 28- Data do primeiro contato com médico
- 29- CID 10 – a (primeiro código do CID-10 registrado)
- 30- CID 10 – b (segundo código do CID-10 registrado)
- 31- Substância citada (1)
- 32- Substância citada (2)
- 33- Identificador (profissional que identificou o uso abusivo ou dependência de álcool ou drogas)
- 34- Data do Registro Clínico (Médico ou Enfermeiro)
- 35- Número de contatos com enfermeiro
- 36- Número de contatos com médico
- 37- Abordagem do Problema na ESF (se em algum momento algum profissional médico ou enfermeiro registrou no prontuário alguma ação em saúde direcionada ao problema identificado)
- 38- Contato com a equipe do NASF
- 39- Acompanhamento pela equipe do NASF
- 40- Encaminhamento para serviço de saúde especializado (ambulatorial) - *sim / não / qual*
- 41- Internações – *sim / não*
- 42- Uso outras ferramentas não pertencentes à rede de saúde (grupos de mútua ajuda, igrejas etc) - *sim / não*
- 43- Qual ferramenta