

Reconhecimento do fluxo dos usuários de saúde mental do município de Santa Maria

Elsa Maria Karsburg da Rosa* Natália Dalla Côte Cantarelli* Marion
Caroline do Amaral* Jadir Camargo Lemos**

Resumo: Este estudo buscou caracterizar o fluxo dos usuários na rede de saúde mental/álcool e outras drogas de Santa Maria, tendo como ponto de partida o Serviço de Recuperação para Dependentes Químicos do Hospital Universitário de Santa Maria. A pesquisa foi documental, exploratória, transversal e de abordagem quantitativa. Os dados foram obtidos através da busca nos registros dos prontuários de internação dos usuários, referentes ao período de um ano, totalizando 160 prontuários. O instrumento da pesquisa foi constituído por questões referentes a informações sociodemográficas, histórico de internações, condição de saúde, procedência, tipos de encaminhamentos e serviços de saúde utilizados. Através do reconhecimento do fluxo, referente ao trânsito dos usuários na rede de saúde mental, tornou-se possível identificar que os usuários utilizam serviços com complexidades e objetivos diferentes, no entanto, existem falhas na articulação e na comunicação entre os níveis de atenção que comprometem a integralidade e a continuidade do cuidado.

Descritores: Atenção à Saúde. Saúde Mental. Saúde Pública. Usuários de Drogas.

Recognition of flow of users of mental health of the city of Santa Maria

Abstract: This study aimed to characterize the flow of users on the network mental health / alcohol and other drugs in the municipality of Santa Maria, based on medical records of individuals that were hospitalized at the Department of Chemical Addiction Recovery, which belongs to the University Hospital of Santa Maria. This research was documental, exploratory, cross-sectional with quantitative approach. The data were obtained by searching the medical records of hospital users, for the period of one year, totaling 160 records. The survey instrument consisted of questions regarding demographic information, history of hospitalizations, health condition, origin, types of referrals and health services used. Through the recognition of flow for the traffic of users in mental health services, it has become possible to identify users using services with different complexities and objectives; however, there are flaws in the articulation and communication between care levels that compromise comprehensiveness and continuity of care.

Descriptors: Health Care. Mental Health. Public Health. Drug Users.

*Especialização em Residência Multiprofissional Integrada pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil

**Doutor em Engenharia de Produção pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC, Brasil

Introdução

A partir dos processos de reforma sanitária e psiquiátrica, oriundos da década de 70, o cenário da saúde nacional passou por uma série de transformações que possibilitaram a ruptura com antigos paradigmas de caráter discriminatório e de exclusão do sofrimento psíquico. Estes movimentos tiveram repercussão no reconhecimento e na produção de esforços pelos direitos dos pacientes e influenciaram notáveis avanços em relação à atenção às pessoas que sofrem pelo abuso de substâncias¹.

As primeiras iniciativas de Reforma Psiquiátrica foram implementadas por Franco Basaglia, que foi o primeiro a colocar em prática a extinção dos hospícios, criando serviços alternativos ao manicômio, construídos em forma de rede de atenção bem como, elaborando novas estratégias para o cuidado com as pessoas em sofrimento mental. Essa nova forma de cuidado permitiu avanços, priorizando intervenções mais complexas e centradas na territorialidade².

Cabe mencionar que o processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira, embora contemporâneo da Reforma Sanitária, tem uma história própria. A sua inscrição no contexto internacional se deu, particularmente, pela superação da violência asilar que era marcada pela exclusão do âmbito familiar e social³.

Aprovada em 2001, a Lei Federal no 10.216 define o redirecionamento da assistência em saúde mental no Brasil, com a determinação da substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. O tratamento, recuperação e reinserção social devem estar inseridas em uma rede assistencial integrada e articulada, constituída por instituições governamentais e não-governamentais do setor da saúde e da assistência social, tais como: Unidade Básica de Saúde (UBS), Ambulatórios, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas (CAPSad), comunidades terapêuticas, grupos de autoajuda, hospitais gerais e psiquiátricos, hospital-dia, serviços de emergência, corpo de bombeiros, clínicas especializadas, casas de apoio e convivência e moradias assistidas⁴.

Diante dessa nova realidade e visando promover a integralidade e continuidade do cuidado, evitando o “encapsulamento” dos serviços substitutivos, o Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial enfatizou a necessidade de fortalecer e promover a integração entre os diversos serviços que compõem a rede de saúde mental. É preciso a comunicação entre as diferentes modalidades de atenção para ser possível a garantia de acesso aos usuários e seus familiares⁵.

Em relação ao cenário de Saúde Mental do início da década de oitenta, toda a atenção do município de Santa Maria era direcionada ao Hospital Psiquiátrico. Importante mencionar que em 1982 a atenção a estes usuários passou a ser transferida para o Hospital Universitário, numa ala deste⁶.

Atualmente, o município conta com uma rede ampliada de Saúde Mental, constituída por CAPS (Infantil, de Atenção Psicossocial e Álcool e Drogas), Ambulatório de Saúde Mental, Programa de Redução de Danos (PRD), Fazenda Terapêutica, Pronto Atendimento Municipal (PAM), Hospital Casa de Saúde (HCS), Serviços de Atenção Primária e o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). Neste último, localizam-se quatro Serviços de Saúde Mental: Ambulatório de Psiquiatria, Pronto Atendimento Psiquiátrico, Unidade de Internação Paulo Guedes - voltada às pessoas com sofrimento mental grave - e SERDEQUIM - voltado à recuperação de usuários de álcool e outras drogas.

Além dos serviços de saúde descritos, o município de Santa Maria possui uma Comissão de Saúde Mental (CSM), a qual objetiva discutir, planejar, organizar e viabilizar ações coletivas capazes de potencializar a rede de saúde mental de Santa Maria. Essa Comissão elaborou, em 2008, fluxogramas que serviram como importantes instrumentos de base de apoio para referências e contra-referências no município. Considera-se que, além dos serviços mencionados, há inúmeros outros recursos que devem ser adicionados e acionados conforme a situação singular de cada usuário.

Tendo em vista o fato de que a identificação de fluxogramas referentes ao trânsito dos usuários na rede de saúde mental pode ser um importante dispositivo para a reflexão e, conseqüentemente, para o aprimoramento do cuidado aos usuários, buscou-se caracterizar o fluxo dos usuários na rede de saúde mental/álcool e outras drogas. Importante mencionar que o estudo teve como ponto de partida o Serviço de Recuperação para Dependentes Químicos – SERDEQUIM - do Hospital Universitário de Santa Maria.

Materiais e Métodos

O presente trabalho de pesquisa foi do tipo documental, exploratório transversal e de natureza quantitativa, tendo como fonte de pesquisa os prontuários de pacientes internados no Serviço de Recuperação de Dependentes Químicos (SERDEQUIM) do Hospital Universitário de Santa Maria. A referida unidade de recuperação interna pacientes de ambos os sexos para tratamento de dependência química e possui em sua estrutura física 15 leitos, dos quais 3 são destinados às mulheres. Nesse serviço, o uso abusivo de álcool constituiu-se, historicamente, no principal motivo de internação.

A amostra inicial foi composta por uma busca nos registros de 177 prontuários de usuários que internaram no período de outubro de 2009 a outubro de 2010. Entretanto, 17 prontuários, por limitação de localização do Arquivo Médico e Estatístico (SAME) do referido hospital, foram excluídos, totalizando uma amostra disponível de 160 prontuários para o período considerado. O período de coleta dos dados estendeu-se de dezembro de 2010 a fevereiro de 2011.

O instrumento de pesquisa foi constituído por trinta e seis questões fechadas, organizadas em blocos A, B e C, que corresponderam, respectivamente, às informações sócio-demográficas, ao histórico de internações e aos dados referentes à condição de saúde do usuário na última internação. O conteúdo deste instrumento foi estruturado e fundamentado com base nos estudos de Pelisoli, Moreira⁷ e Formiga, Santos, Dumcke, Araujo⁸, sendo que algumas adaptações foram feitas para atender o objetivo desta pesquisa. Realizou-se um pré-teste do instrumento de pesquisa com 60 prontuários com a finalidade de garantir que a coleta de dados ocorresse de maneira padronizada pelos pesquisadores e com o intuito de identificar possíveis dúvidas que viessem ocorrer ao longo desse processo, possibilitando o melhoramento do instrumento.

As variáveis escolhidas para caracterização da amostra e realização das análises para este estudo foram: idade, sexo, substância de consumo, tempo de consumo, ocupação, estado civil, procedência, apresentação no momento da internação, tipos de encaminhamentos e serviços de saúde utilizados. Todos os dados foram tabulados e analisados com auxílio do programa Microsoft Office Excel[®] e os resultados dos estudos

estatísticos apresentam-se em tabelas e gráficos, com números absolutos e percentuais, mostrados no decorrer do trabalho.

O estudo seguiu os preceitos éticos que regulam a pesquisa com seres humanos (Resolução 466/12), sendo que a coleta de dados iniciou após pronunciamento favorável da Direção de Ensino, Pesquisa e Extensão do Hospital; e após o parecer favorável do Comitê de Ética, tendo sido aprovado em reunião do dia 13 de dezembro de 2010 com CAEE 0307.0.243.000-10⁹. Firmou-se, também, compromisso de que as informações seriam utilizadas única e exclusivamente para fins acadêmico-científicos previstos neste estudo.

Discussão

Através do processo de sistematização dos dados, constatou-se um elevado número de internações de usuários na faixa etária entre 31 e 50 anos (60,63%), sendo a grande maioria homens (94,39%). Desses sujeitos, os dados sobre ocupação revelaram que grande parte estava sem trabalho (55,44%), além de um número expressivo de indivíduos separados/divorciados (29,70%) e solteiros (31,68%). Os dados demonstraram, ainda, que o tempo de uso abusivo da substância era referente a 24 anos, em média. Outro ponto relevante identificado através do cruzamento e estruturação das variáveis de sexo, idade e substância de consumo foi o número expressivo do uso prevalente de álcool (75,63%).

Em relação aos dados demonstrativos do fluxo na rede de saúde mental/álcool e outras drogas, no que tange à região de procedência dos indivíduos, constata-se que a grande maioria dos usuários (84,38%) que internaram no SERDEQUIM durante o período analisado são procedentes de Santa Maria. Os indivíduos restantes que constituem um total de 13,12% possuem registro de origem de outros municípios, tais como: Agudo, Silveira Martins, Santiago, São Martinho da Serra, São Sepé, Dona Francisca, Júlio de Castilhos, Nova Esperança do Sul, Paraíso do Sul, Restinga Seca, Rosário do Sul, São Pedro, São Vicente do Sul, e Tupanciretã. Ainda em relação aos dados sobre a procedência, considera-se importante mencionar que, dos demais prontuários analisados - 2,5% - apresentaram falhas de registro, impossibilitando a sua identificação. Os dados encontrados sinalizam que, embora o Hospital Universitário de Santa Maria seja considerado referência regional para os municípios da região central do Estado, a maior parcela de usuários que acessam o serviço são procedentes do próprio município. Além destes dados, considera-se importante mencionar que, dos demais prontuários analisados - 2,5% - apresentaram falhas de registro, impossibilitando a identificação da procedência.

Dos 84,38% dos pacientes oriundos da cidade de Santa Maria, estes estão distribuídos segundo a procedência por microrregiões apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição dos usuários do SERDEQUIM segundo a procedência por Regiões Administrativas do Município de Santa Maria.

Regiões Administrativas		n	%
1	Norte	14	10,37
2	Nordeste	27	20,00
3	Oeste	26	19,26
4	Centro-oeste	5	3,70
5	Centro urbano	27	20,00
6	Centro leste	2	1,48
7	Leste	8	5,93
8	Sul	12	8,89
9	Morador de rua	1	0,74
10	Albergue Municipal	2	1,48
12	Não Identificadas	7	5,19
13	Região Rural de SM	4	2,96
Total		135	100

Identifica-se a prevalência de usuários procedentes das regiões do centro urbano - 20% -, região nordeste - 20% - e região oeste - 19,26% -. Na alusão ao fluxo, cabe mencionar que apenas a região centro apresenta serviços de apoio secundário; como o CAPSad e o Ambulatório de Saúde Mental. Nas regiões nordeste e oeste não existem serviços secundários para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas. Nas demais regiões, localizam-se apenas serviços de Atenção Primária, como Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégias de Saúde da Família (ESF).

Quanto ao modo de apresentação dos pacientes no instante da internação podemos observar, a seguir, na tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição dos pacientes quanto ao modo de apresentação no instante da internação hospitalar.

	Freqüência (n)	%
Sozinho	34	21,25
Familiares	100	62,5
Amigos	6	3,75
Polícia	2	1,25
Outros*	10	6,25
Sem registro	8	5
Total	160	100

*Conhecido, vizinho, companheiro de albergue, coordenador do albergue, não especificado.

Observa-se que 21,25% dos pacientes compareceram sozinhos no instante da internação hospitalar. Em relação a esse dado, ressalta-se a importância da presença da família no processo de tratamento, pois segundo Knapp¹⁰ indivíduos que mantêm vínculo familiar no momento e durante a internação tem um maior aproveitamento do tratamento diante daqueles que não possuem apoio familiar.

A seguir, na Figura 1, identifica-se a origem dos encaminhamentos dos pacientes no momento de internação no SERDEQUIM.

*Outros Serviços: Hospital Geral de Agudo, Albergue, Emergência Protege.

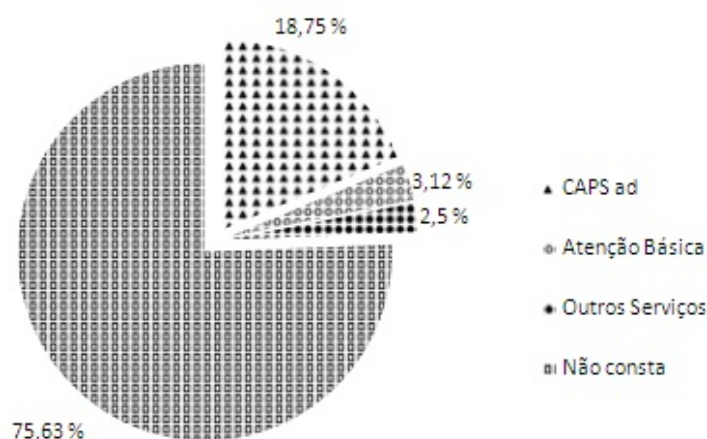


Figura 1 – Origem dos encaminhamentos no momento da internação

De acordo com a figura acima, identifica-se que a maioria dos prontuários (75,63%) não possui registro de encaminhamento, fato que impossibilita uma análise precisa da situação. A falta desta informação não especifica se o usuário teve acesso a outro serviço, dificultando o reconhecimento do fluxo de pré-internação.

Essa falta de informação vai de encontro ao que se considera como fluxograma ideal da rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas (adulto), proposto pelo município. Segundo esse ideal de fluxograma, os pacientes deveriam receber orientação de encaminhamento ao SERDEQUIM por meio do Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Outras Drogas (CAPSad) ou por meio do Pronto Atendimento Municipal (PAM). No entanto, constata-se, no presente estudo, que apenas 18,75% dos pacientes seguem o fluxo de encaminhamento via CAPSad ao SERDEQUIM. E uma pequena parcela de 3,12% e 2,5% dos usuários possui encaminhamento para internação, via Atenção Básica e outros serviços, respectivamente.

Segundo Alves, Guljor¹¹, no momento em que o dispositivo da referência e contra-referência é realizado através de encaminhamentos caricaturados, pode-se gerar o que os autores denominam de “uma assistência partida”. Esse tipo de assistência não contribui para um processo efetivo, pelo contrário, acarreta a destituição de vínculo e a desresponsabilização.

Os encaminhamentos contra-referenciados, isto é, o destino dos usuários após a alta hospitalar com base nos dados analisados são apresentados na Figura 2.

*Outros serviços: AA, Hospital Psiquiátrico de São Pedro, CAPS Prado Veppo, Ambulatório Psiquiátrico.

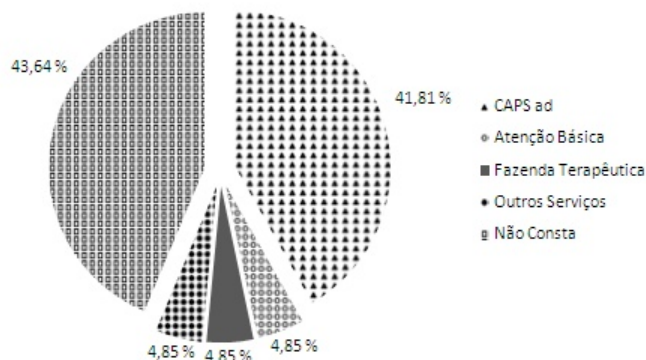


Figura 2 – Destino / encaminhamentos dos pacientes internados no SERDEQUIM pós-alta

Os dados da Figura 2 evidenciam fragmentações do fluxo de assistência aos pacientes dependentes químicos atendidos pelo SERDEQUIM. Pois, apesar de 41,81% dos pacientes serem contra-referenciados ao CAPSad, para a maioria (43,64%) não consta informações referentes a iniciativas de encaminhamento ou da continuidade do fluxo aos serviços substitutivos da rede municipal. Além disso, nos encaminhamentos contra-referenciados não constam descrições do plano terapêutico abordado durante a internação, fato que dificulta a continuidade do processo de tratamento.

Em relação aos processos de construção da rede de atenção em saúde mental em Santa Maria - RS, de acordo com uma pesquisa-ação integral de assistência, tendo como sujeitos da pesquisa gestores e trabalhadores vinculados à Secretaria de Saúde do município. Zambenedetti e Perrone¹² referem que nos casos em que uma rede de trabalho se efetivou entre os trabalhadores dos serviços de saúde e saúde mental, ela assumiu um caráter informal, ou seja, construiu-se de acordo com uma perspectiva individual e não-institucional. Hipoteticamente, pode-se pensar que essas constatações também possam ocorrer nos serviços identificados na presente pesquisa. No entanto, este fato não pode ser afirmado, pois a presente pesquisa trata de um levantamento extraído exclusivamente da análise de prontuários.

O presente estudo aponta, ainda, que o sistema de referência e contra-referência do município de Santa Maria apresenta-se pouco efetivo, na medida em que ocorrem falhas na circulação de informações e, algumas vezes, desconhecimento pelos próprios profissionais a respeito dos serviços que compõem a rede de assistência em saúde mental. Este fato pode justificar a falta de encaminhamentos após a internação hospitalar e, desse modo, a “rede” acaba caracterizando-se por um perfil de fragmentação, tendo como um dos efeitos a descontinuidade nos tratamentos.

No que diz respeito aos serviços de saúde utilizados pelos usuários da amostra sob análise neste estudo, encontraram-se os seguintes dados, apresentados na Figura 3.

*Outros Serviços: AA, Ambulatório Protege, Ambulatório Psiquiátrico

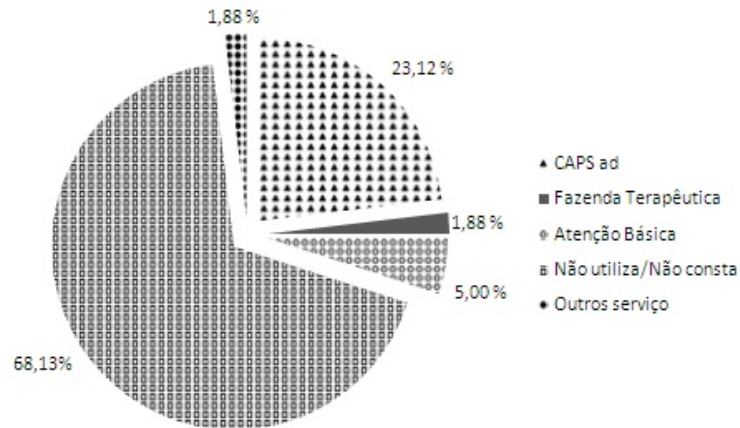


Figura 3 – Serviços de saúde utilizados pelos pacientes do SERDEQUIM

Observa-se que em 68,13% dos prontuários não constam informações sobre a utilização de outros serviços pelos pacientes. É importante ressaltar que na perspectiva da articulação da rede de saúde mental que se baseia no olhar integral ao usuário para a construção do cuidado, a identificação do fluxo destes sujeitos para além do momento da internação parece ser insuficiente. Sobre isso, Martí¹³ aponta que o trabalho técnico dos profissionais e dos serviços deveria incluir o diagnóstico do território com a identificação da existência de sub-redes comunitárias e pessoas que possam atuar como mediadores para a obtenção de recursos e apoio social a partir da conexão com outras redes.

Conforme análise dos prontuários, observa-se que 23,12% da população estudada utiliza o CAPSad para acompanhamento e tratamento da dependência química. Por outro lado, o setor primário corresponde a um percentual de 5% de utilização, o que sugere que apesar destes pacientes frequentarem um serviço secundário, poucos possuem vínculo com a Unidade de Saúde.

As referências publicadas até o momento ratificam os resultados deste estudo. As evidências apresentadas apontam para entraves na acessibilidade do usuário ao campo da saúde mental ao considerar que os serviços de Atenção Primária (local privilegiado de acolhimento) vêm tradicionalmente respondendo por menos de (10%) da demanda¹⁴.

Neste sentido, a IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial (IV CNSMI–2010) reafirmou a necessidade da rede de serviços de saúde mental trabalhar com a lógica do território, de forma integrada aos demais serviços de saúde. Assim, torna-se possível fortalecer e ampliar as ações da Estratégia Saúde da Família, equipes de saúde mental na Atenção Básica e Núcleos de Apoio à Saúde da Família, colaborando para garantir o atendimento e acompanhamento das pessoas com transtorno mental em seu próprio território.

Campos, Domitti¹⁵ apontam o Apoio Matricial como um regulador de fluxos que promove uma articulação entre os serviços de saúde mental e as Unidades Básicas de Saúde (UBS) sendo capaz de criar uma assistência mais integrada, desconstruindo a lógica do encaminhamento. Além disso, permite diferenciar os casos que realmente precisam ser atendidos nos serviços especializados e os que podem ser acompanhados pelo PSF, ou, pelo menos, ser acolhidos momentaneamente por esses profissionais.

O Apoio Matricial deve ser pensado de modo a facilitar a expansão da rede em questão, no sentido de facilitar a articulação do fluxo dos indivíduos entre os serviços, obedecendo aos desígnios da Reforma Psiquiátrica. Assim, torna-se possível a substituição do modelo assistencial vigente em saúde mental - ainda predominantemente hospitalocêntrico - por redes de atenção especializadas e compostas por dispositivos extra-hospitalares, integrados à rede social¹⁶.

Considerações Finais

À medida que se procurou caracterizar o fluxo dos usuários na rede de saúde mental/álcool e outras drogas a partir da análise de prontuários de indivíduos com internação no SERDEQUIM, acabou-se percebendo que a trajetória desses sujeitos, muitas vezes, está inscrita em um pequeno conjunto de unidades pouco articuladas. Embora sejam serviços com complexidades e objetivos diferentes, que mantêm uma relação de complementaridade, não existe interligação nessa rede.

O pressuposto de uma rede consiste em que, independentemente, do usuário frequentar os serviços de nível terciário (Hospitais) e secundário (CAPS), ele permaneça vinculado a Unidade de Saúde. Porém, tal situação não corresponde ao encontrado neste estudo, visto que apenas 5% dos pacientes internados referem utilizar serviços da Atenção Primária.

Além disso, o fluxo de reintegração desses indivíduos em uma rede social apresenta-se bastante complicado, havendo a necessidade de ações setoriais e intersetoriais voltadas para o fortalecimento da rede de assistência aos usuários de álcool e outras drogas, com ênfase na reabilitação e reinserção social dos mesmos. Acredita-se que o dispositivo de Apoio Matricial, juntamente com recursos comunitários, constitui-se em importantes ferramentas articuladoras da rede.

Considerando os resultados obtidos, a construção da integralidade da atenção em Saúde Mental somente poderá ser concretizada por meio da articulação e comunicação entre os diferentes níveis de Atenção em Saúde. Portanto, uma atenção integral, como a pretendida pelo SUS, só poderá ser alcançada através da troca de saberes e práticas, na lógica de trabalho interdisciplinar e por meio de uma rede interligada de serviços de saúde.

Referências Bibliográficas

1. Souza J, Kantorski LP. Embasamento político das concepções e práticas referentes às drogas no Brasil. SMAD - Rev Eletrônica Saúde Mental Alcool e Drogas [Internet]. 2007 [acesso em 2013 jan 5];3(2):1-17. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1806-69762007000200003&script=sci_arttext
2. Amarante P. Rumo ao fim dos manicômios. Rev Mente & Cérebro [Internet]. 2006 set [acesso em 2013 jan 3];(164): 21-35. Disponível em: <http://static.recantodasletras.com.br/arquivos/542889.pdf?1182956075>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil [Internet]. Documento apresentado à conferência regional de reforma dos serviços de saúde mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília; 2005 [acesso em 2013 jan 4]. p.56. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio15_anos_caracas.pdf
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. A política do ministério da saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas [Internet]. 2ª ed. rev. ampl. Brasília:

Ministério da Saúde; 2004 [acesso 2013 jul 4]. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/326983.pdf>>. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

5. Sistema Único de Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Relatório final da IV conferência nacional de saúde mental [Internet] – Intersectorial, 2010 jun 27- jul 1; Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde; 2010 [acesso em 2013 jan 20]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relfinal_IV.pdf

6. Crasoves MLR. O percurso da loucura em Santa Maria: Comunidade - Instituição - Sociedade. Rev Saúde Mental Coletiva, Bagé – RS. 2005;2(2):47-50.

7. Pelisoli CL, Moreira AK. Caracterização epidemiológica dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Casa Aberta. Rev Psiquiatria Rio Gd Sul [Internet]. 2005 [acesso em 2013 fev 20];27(3):270-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-81082005000300006&script=sci_arttext

8. Formiga LT, Santos RCS, Dumcke TS, Araujo RB. Comparação do perfil de dependentes químicos internados em uma unidade de dependência química de Porto Alegre/RS em 2002 e 2006. Rev HCPA & Fac Med Univ Fed Rio Gd do Sul [Internet]. 2009 [acesso em 2013 mar];29(2):120-6. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/8403>

9. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília; 2012 [acesso em 2013 jun 5]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

10. Knapp P. Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica. Porto Alegre: Artmed; 2004.

11. Alves DSN, Guljor AP. O cuidado em saúde mental. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Cuidado: as fronteiras da integralidade. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: IMS-UERJ/Abrasco; 2004. p. 221-240.

12. Zambenedetti G, Perrone CM. O processo de construção de uma rede de atenção em saúde mental: desafios e potencialidades no processo de reforma psiquiátrica. Physis [Internet]. 2008 [acesso em 2013 jun 6];18(2):277-93. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000200005

13. Martí JB. La vulnerabilidad relacional: análisis del fenómeno y pautas de intervención. REDES - Revista Hispana para el Análisis de Redes Sociales [Internet]. 2006 [acesso em 2013 jul 12];(11):1-17. Disponível em: http://revista-redes.rediris.es/html-vol11/Vol11_4.htm

14. Dimenstein M, Santos YF, Brito M, Severo AK, Morais C. Demanda em saúde mental em unidades de saúde da família. Mental [Internet]. 2005 [acesso em 2013 jan 18];3(5):33-42. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1679-44272005000200003&script=sci_arttext

15. 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 2013 jan 18];23(2):399-407. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016

16. Brasil. Ministério da Saúde. 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: Ministério da Saúde; 2004 [acesso em 2013 jul 20]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

Elsa Maria Karsburg da Rosa

Endereço de correspondência – Av. Itaimbé, 655, apto 403. Bairro Centro, CEP 97050-331, Santa Maria, RS, Brasil.

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3939603429267319>

E-mail: elsakarsburg@hotmail.com

Recebido em 12 de agosto de 2012.

Aprovado em 26 de setembro de 2013.