



Anuario de Investigaciones

ISSN: 0329-5885

anuario@psi.uba.ar

Universidad de Buenos Aires  
Argentina

Sanz De Alvarez, Patricia E.; Rosendo, Ernestina; Alchieri, João C.  
CARACTERÍSTICAS DEL PÚBLICO ATENDIDO EN LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE  
SALUD MENTAL DE LA CIUDAD DE NATAL/RN/BRASIL: PERFIL  
SOCIODEMOGRÁFICO Y EPIDEMIOLÓGICO

Anuario de Investigaciones, vol. XXII, 2015, pp. 333-342

Universidad de Buenos Aires

Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369147944035>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

# CARACTERÍSTICAS DEL PÚBLICO ATENDIDO EN LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD MENTAL DE LA CIUDAD DE NATAL/RN/BRASIL: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y EPIDEMIOLÓGICO

## FEATURES OF THE PATIENTS ATTENDED IN PUBLIC MENTAL HEALTH SERVICES OF THE NATAL CITY/RN/BRAZIL: SOCIO-DEMOGRAPHIC AND EPIDEMIOLOGICAL PROFILE

*Sanz De Alvarez, Patricia E.<sup>1</sup>; Rosendo, Ernestina<sup>2</sup>; Alchieri, João C.<sup>3</sup>*

### RESUMEN

En el ámbito de la Salud Pública Brasileira el modelo de Atención Psicosocial, que surge con la promulgación de la Ley 10.216/2001, dispone sobre la protección de los derechos de las personas con trastornos mentales y reorienta el modelo de atención de salud mental. Se trata de una forma de tratamiento de base comunitaria y territorial en las instituciones que se encuentran disponibles en los tres niveles de atención salud -primario, secundario y de alta complejidad-. En el nivel secundario de la salud, los cuatro Centros de Atención Psicosocial de una ciudad brasileira conformaron el contexto investigativo del presente trabajo de tipo exploratorio, descriptivo de corte transversal. En él se describe el perfil epidemiológico de una muestra de 202 adultos que reciben tratamiento en esos servicios. Entre otras cosas se identificaron evidencias de inequidad social entre Servicios e índices elevados de comorbilidades de Trastorno Mental y Abuso de Substancias Psicoactivas.

### Palabras clave:

Salud Pública Brasileira - Salud Mental - Perfil epidemiológico

### ABSTRACT

The Psychosocial Care model that arises in the area of Public Health Brazilian with the enactment of Law 10.216/2001 provides for the protection of the rights of people with mental disorders and reorients the model of mental health care. It is a form of treatment inside the Community and territorial base in institutions which are available in three levels of healthcare -primary, secondary and high complexity-. At the secondary level of health, the four Psychosocial Care Centers in a Brazilian city formed there search context of this study: exploratory, descriptive and transversal. It's described of epidemiological profile of a sample of 202 adults receiving treatment in these services. Among other things, were identified evidence of social inequality between services and high rates of comorbidity of Mental Disorder and Abuse of Psychoactive Substances.

### Key words:

Brazilian Public Health - Mental Health - Epidemiological profile

<sup>1</sup>Lic. en Psicología, Brasil. Doctoranda en Psicología, USAL. Becaria Doctoral CAPES- Brasil. Especialista en Salud Mental; Psicología Clínica y Counseling; Psicología de la salud, desarrollo y hospitalización, Brasil. E-mail: patriciaesanz@gmail.com

<sup>2</sup>Profesora e Investigadora, USAL. Lic. en Psicología, UBA. Master en Salud Pública. Doctora de la Universidad de Buenos Aires, UBA, Facultad de Medicina, Área Salud Mental.

<sup>3</sup>Profesor e Investigador, UFRN, Brasil. Lic. en Psicología. Magister, Doctorado y Pós-Doctorado en Psicología, Brasil. Becario de Productividad en Investigaciones, CNPQ – Brasil. Coordinador del Programa Centros Asociados para el fortalecimiento de las Pós-graduaciones Brasil/ Argentina y Movilidad Académica para la Integración en Red de Facultades de Psicología del MERCOSUR.

## 1. INTRODUCCIÓN

En el ámbito de la Salud Pública Brasileira y específicamente en el campo de la Salud Mental los cuidados ofrecidos a las personas que se encuentran en situación de sufrimiento psicológico se ubican alineados en una perspectiva psicosocial. El modelo de atención psicosocial, ofrecido por el Sistema Único de Salud (SUS) a las personas con enfermedad mental, trastorno mental y/o trastornos consecuentes del abuso de sustancias psicoactivas se inicia en virtud de la crisis del modelo de atención hospitalocéntrico y de las reivindicaciones sobre los derechos de los pacientes. La reconducción del modelo de atención y el cambio en la perspectiva de la atención se relaciona con el proceso de la reforma psiquiátrica y el movimiento sanitarista de los años 70, en un contexto de recuperación de la vida democrática del país (Brasil, 2005).

La principal diferencia entre el modelo Ambulatorio del Hospital Psiquiátrico y el modelo Psicosocial se apoya en la expansión de un enfoque centrado en la enfermedad para un enfoque que alcance el bienestar biopsicosocial de los usuarios. Cabe destacar que el uso de la palabra "usuario" en detrimento de la palabra "paciente" se relaciona con el modo de concebir a la salud como un derecho humano y social, regulado por relaciones de ciudadanía. El concepto de usuario incluye no sólo la perspectiva biológica, sino también la psicosocial. Abarca el individuo en todas sus dimensiones, independientemente de la presencia o ausencia de una enfermedad y se refiere a la persona que recibe el tratamiento, prevención o promoción de la salud (Saito, Zoboli, Schveitzer y Maeda, 2013). En ese sentido los usuarios accionan sus derechos de ciudadanía para acceder a los Servicios de salud.

El modelo de Atención Psicosocial, que surge con la promulgación de la Ley 10.216/2001, dispone sobre la protección de los derechos de las personas con trastornos mentales y reorienta el modelo de atención de salud mental, indicando una forma de tratamiento de base comunitaria y territorial, en la modalidad de red, en la cual se garantice el trabajo conjunto de las diversas instituciones que se encuentran disponibles en los tres niveles de atención salud -primario, secundario y de alta complejidad-.

Después de casi una década de funcionamiento y a través del Decreto N° 336/2002 del Ministerio de Salud, se normativizó la creación y la operatividad de los Centros de Atención Psicosocial (CAPS) en el nivel secundario de la salud. Estos centros se destinan a ofrecer tratamiento especializado a las personas con trastornos psicológicos, trastornos mentales y otros cuadros graves y persistentes que demanden de cuidados diarios y de atención personalizada en un ambiente propicio para la vida (Brasil, 2002). Los objetivos de los CAPS fueron luego ampliados por el Decreto MS N° 816/2002 para la atención de personas con trastornos derivados del uso de crack, alcohol y otras drogas en el contexto de la red del Sistema Único de Salud Mental. Aunque sea considerado como una conquista social, existen evidencias de fracasos y de dificultades que algunos de esos CAPS atraviesan para consolidar una práctica eficiente que efectivamente ayude a los usuarios a vivir en la comunidad (Bandera, Pitta y

Mercier, 1999).

Con el fin de proporcionar parámetros que permitan evaluar la eficacia y la planificación de las acciones en los Servicios sustitutos, las organizaciones internacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y las autoridades locales, entre ellas el Ministerio de Salud, propusieron la realización de evaluaciones permanentes. En 2003, sobre las posibilidades de mejorar los Servicios, Louzada afirmó que dicha posibilidad podría lograrse contando con un enfoque epidemiológico que superase la estricta aplicación de técnicas y propiciase la obtención de datos sobre las características de cada Servicio, permitiendo crear estrategias adecuadas a sus necesidades para la promoción de la salud y la humanización de la atención, abordando cuestiones sociales y relaciones interpersonales de manera exhaustiva, que envuelvan a los usuarios y a sus tratamientos.

Los estudios con enfoque epidemiológico ofrecen subsidios teórico-metodológicos para la planificación de las acciones en salud aunque algunos de sus resultados sean difícilmente generalizables por responder a las características particulares de cada contexto. Con relación a las investigaciones sobre las características del público atendido en los Centros de Atención Psicosocial -CAPS-, se han encontrado publicaciones de estudios realizados en diversas ciudades de Brasil sin haber sido registradas investigaciones realizadas en la ciudad de Natal/RN.

## Objetivo

Se pretende describir el perfil sociodemográfico y epidemiológico de los usuarios adultos atendidos efectivamente en los cuatro Centros de Atención Psicosocial (CAPS) de la ciudad de Natal/RN/Brasil.

## 2. METODOLOGÍA

En el contexto de un estudio cualitativo que investiga *La adhesión al tratamiento: perfil epidemiológico, percepciones y expectativas de los usuarios del Sistema Público de Salud Mental en un municipio del nordeste brasileiro* y en el cual se apela a la triangulación inter e intrametodológica, los datos presentados corresponden a la aproximación cuantitativa provenientes de fuentes secundarias (Vasilachis, 1992; Minayo, 2004).

*Tipo de estudio:* exploratorio, de naturaleza descriptiva, de corte transversal.

*Contexto investigativo:* cuatro Centros de Atención Psicosocial (CAPS) de la ciudad de Natal/RN, dos de los cuales atienden Trastornos Mentales (TM) y los otros dos atienden problemáticas asociadas al consumo de Alcohol y Otras Drogas (AD), en el período comprendido entre enero y abril de 2014. La palabra "Servicio" se utiliza en este trabajo como sinónimo de CAPS.

*Participantes y muestra:* participaron usuarios adultos, de ambos sexos y activos al momento de la investigación. Para ello se pautó como criterio de inclusión que su historia clínica registrara por lo menos una atención durante el último año. La muestra (N=202) se estratificó de modo proporcional a la cantidad de historias clínicas disponibles en cada Servicio, considerando los usuarios de cada uno de los Servi-

cios como una subpoblación, que forma parte del universo poblacional de los usuarios adultos de los CAPS.

**Recolección y análisis de datos:** se realizó por medio de una revisión de las historias clínicas, en selección aleatoria simple, a partir de la primera y seleccionado una de cada dos historias clínicas en cada Servicio, comenzando secuencialmente por el Servicio 1. Los datos fueron registrados en las hojas de cálculo estructuradas y posteriormente procesados con el programa estadístico SAS 9.1 para Windows.

**Ética:** el proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Rio Grande del Norte, bajo el dictamen 510825/2014.

### 3. RESULTADOS

En cuanto al sexo, se observa que la mayoría de los encuestados son del sexo masculino en la muestra total (70%), en el Servicio 3 (92%) y en el Servicio 4 (83%) mientras que la prevalencia es del sexo femenino en los Servicios 1 y 2 (52% y 59%, respectivamente). En relación con el estado civil se verificó la mayoría de solteros seguido de casados. El mayor porcentaje de casados (36%) se observó en el Servicio 4 y el más bajo en el Servicio 1 (19%). Sobre la edad, la mayoría de los usuarios se encuentra entre los 41 y 50 años. Con tasas más bajas, la presencia de usuarios de mayor edad fue encontrada en los Servicios 2 (6%), 1 (4%), 4 (2%) y 3 (1%). El 23% de la muestra terminó la Escuela Secundaria. En el Servicio 3 prevalecen usuarios con la Escuela Secundaria Completa (36%), en el Servicio 4 la Escuela Primaria Completa (50%), la Escuela Primaria Incompleta en los Servicios 1 (15%) y 2 (28%). Se destaca la presencia de usuarios No Escolarizados en los Servicios 2 (9%), 3 (1%) y 4 (5%). En cuanto a la entrada en el mercado de trabajo, en sólo el 32% de las historias clínicas del Servicio 1 y en el 41% del Servicio 2 se identificaron registros de las actividades profesionales. La mayoría (35%) en la muestra total y del Servicio 3 (50%) no está trabajando. Se observaron resultados divergentes para el Servicio 4, en el que la mayoría trabaja (54%). (Tabla 1).

Con respecto al Modo de Ingreso al Servicio el Ingreso Espontáneo presentó las frecuencias más altas en los Servicios 3 (35%) y 4 (31%). A pesar de esos resultados en todos los Servicios fue verificado que el ingreso ocurre mayoritariamente por derivación. Con respecto al origen de las derivaciones prevalece el Hospital Psiquiátrico Joao Machado (HJM), responsable por el 42% en la muestra total. Los referidos índices de derivaciones de ese hospital corresponden al 63% en el Servicio 1, al 31% en el Servicio 2, al 30% en el Servicio 3 y al 44% en el Servicio 4. En este último Servicio el 29% de las derivaciones fueron realizadas por las Asistentes Sociales de Empresas Públicas y Privadas. En el Servicio 3 lo más destacado es el Núcleo de Orientación y Seguimiento de Drogodependientes (NOADE) con el 16% de las derivaciones. En el Servicio 2 surge la Atención Primaria de la Salud - APS - y la Atención Secundaria o Especializada -representada por otros CAPS- alcanzando niveles im-

portantes de derivaciones (23% cada uno).

En la Modalidad de Tratamiento - la clasificación de los usuarios de acuerdo a la cantidad de días mensuales que asisten al Servicio - la categoría de "Semi-intensivo" prevalece en la muestra total. El "No Intensivo" predomina en los Servicios 1 (59%) y 2. (89%), la "Semi-intensiva" predomina en el Servicio 3 (70%), y la modalidad "Intensiva" predomina en el Servicio 4 (47%). (Tabla 2)

En el caso de Diagnóstico Único y de Comorbilidades, se encontró que 52,7% de la muestra total presenta registros de Comorbilidad, especialmente en el Servicio 3 (51,5%). (Tabla 3)

El promedio de Diagnóstico Único en la muestra total fue de 47,3%. Acerca de Diagnóstico Único el 43% de la muestra total corresponde a los Trastornos Mentales y del Comportamiento debidos al Uso de Sustancias Psicoactivas (F10-F19), 36% a Esquizofrenia y Trastornos Esquizotípico y Delirante (F20-F29) y en menor medida (19%) a los Trastornos del Estado de Ánimo (F30-39). En los Servicios 1 y 2, el Diagnóstico Único prevalente es el F20-F29 (62% en el Servicio 1 y 65% en el Servicio 2), seguido por F30-39 (38% en Servicio 1 y 28% en el Servicio 2). En los Servicios 3 y 4 se registró exclusivamente el Diagnóstico Único F10-F19.

Las Comorbilidades identificadas con mayor frecuencia en la muestra total son F10-F19 (69%), F20-F29 (40%), F30-F39 (37%) y la Hipertensión Arterial Sistémica (29%). En el Servicio 1 identificamos que el 76,9% de los usuarios con diagnósticos del eje F presentan comorbilidad con otros diagnósticos de los cuales el 29% corresponde a F10-F19 seguido por el 25% de Hipertensión, el 21% de otros diagnósticos del Eje F, 18% de F30-39 y el 14% de Diabetes; en el Servicio 2 el índice de comorbilidad entre F30-F39 con otro diagnóstico fue de 80%, observándose el 20% para F20-F29 e igual porcentaje en la Diabetes y en la Hipertensión. En el Servicio 3 las comorbilidades corresponden en un 35% a F20-29, el 33% a la Hipertensión, el 28% a F30-39, el 24% a otros diagnósticos del Eje F y 14% a Diabetes. En el Servicio 4, el 47% de los usuarios sufre de Hipertensión y se registraron tasas del 27% en F30-39 y en Diabetes, del 20% en F20-29, y del 13% en otros diagnósticos del Eje F en comorbilidad con otros diagnósticos.

Entre los fármacos recetados se observó la prevalencia de Vitaminas en la muestra total, responsable por los resultados fueron los Servicios 3 (54%) y 4 (80%). Los Antihistamínicos el 50% en el Servicio 1 y los Hipolipídicos el 20% en el Servicio 4. Sobre los Psicofármacos prevalecen los Antipsicóticos en la muestra total. En los Servicios 1 y 2 los Antipsicóticos (50%-43%) fueron seguidos por Antiepilépticos (21% -24%) y Antidepresivos (13%-17%). En el Servicio 3, coincidentemente, fue verificada la prevalencia de la prescripción de Antipsicóticos (34%), seguido por Antiepilépticos (31%), sin embargo, surgen en tercer lugar las Benzodiazepinas ansiolíticas (16%). Aunque el Servicio 4 presente la tasa más baja de la prescripción de psicofármacos, resulta en el primer lugar en la preva-

lencia de las Benzodicepinas ansiolíticas (27%), seguido en idéntico porcentaje por Antiepilépticos, Antipsicóticos y Antidepresivos (23% cada uno) (Tabla 4).

Sobre las sustancias psicoactivas consumidas por los usuarios de los Servicios 3 y 4 -específicos para el Tratamiento de Abuso de Alcohol y otras Drogas prevalece el Alcohol (89%), seguido por el Tabaco (47%) y el Crack (44%). Los niveles más bajos se encontraron en sustancias como la Marihuana (28%) y la Cocaína (24%) (Tabla 5).

El Tiempo de Patología identificado en usuarios con Trastorno Mental fue de 14 años (Servicios 1 y 2) y el Tiempo de Consumo de Substancias Psicoactivas entre 17 y 24 años (Servicios 3 y 4). (Tabla 6).

#### 4. DISCUSIÓN

Los resultados del estudio revelan la prevalencia del sexo femenino en los Servicios 1 y 2 cuyo foco son los Trastornos Mentales y están de acuerdo con los resultados de Pelisoli y Moreira (2005). Por el contrario, en los Servicios de 3 y 4, con foco en los problemas causados por el consumo de Alcohol y otras Drogas, se verifica la prevalencia de usuarios del sexo masculino, confirmando datos de la literatura que afirman que, históricamente, los problemas de abuso de alcohol y drogas son más comunes entre los hombres (Spohr, Leitão y Scheneider, 2006). Aunque, la prevalencia más baja de las tasas femeninas de estos Servicios no debe estar asociado a una menor demanda, las mujeres con problemas de alcohol y drogas pueden sentirse avergonzadas y no buscar o alejarse del tratamiento (Rosetti y Santos, 2006) pudiendo representar un sesgo epidemiológico (Faria y Scheneider, 2009).

Respecto a la edad media de 41 años, no hubo diferencias predominantes entre los Servicios. Los resultados coinciden con la literatura, sobre la búsqueda de tratamiento en plena edad productiva (41 a 50), representando en muchas oportunidades la necesidad de suspender sus actividades laborales, y, consecuentemente un impacto negativo en la renta familiar. Aunque en menor medida, se identificaron casos de personas mayores con Trastorno Mental frecuentando los Servicios 1 y 2.

Con respecto al Estado Civil la mayoría de los usuarios de la muestra total eran solteros corroborando los datos de la literatura que se refiere tanto a CAPS-TM (Pelisoli y Moreira, 2005) como a CAPS-AD (Monteiro et al., 2011). Sin embargo, el mayor porcentaje de usuarios casados y en unión estable se observó en el Servicio 4. Cabe señalar que en este Servicio, específico para Alcohol y Drogas, es en el que se verificó la mayor tasa de inserción en el mercado laboral pudiendo inferirse una relación positiva entre esta variable y el estado civil casado o en unión estable. En este punto, nuestros resultados son contrarios a los encontrados en un estudio realizado en una ciudad del Estado de Alagoas en la que la mayoría de los usuarios no trabajaba (Santos et al., 2013)

Sobre la variable Nivel de Instrucción fue alto el índice de "No Registrado" en los Servicios 1 y 2 referente a usuarios portadores de Trastorno Mental. Sin embargo, los resul-

tados varían ampliamente en todos los Servicios. Entre los usuarios con problemáticas asociadas al Alcohol y otras Drogas predominan aquellos que terminaron la Escuela Secundaria (Servicio 3) y los que terminaron la Escuela Primaria (Servicio 4). Cabe señalar que la mayoría de estos últimos usuarios trabajan en empresas que exigen la Educación Primaria Completa para ingresar a su cuadro de funcionarios. Ya entre los pacientes con Trastorno Mental (Servicios 1 y 2) se registraron niveles de educación más bajos, de Escuela Primaria Incompleta. En cuanto a ese público, las manifestaciones del trastorno mental producidas generalmente a una edad temprana sería una justificativa en la interrupción de los estudios (Ozinaga, Furegatoy Santos, 2007)

A pesar de las discrepancias en los resultados del Nivel de Educación, las tasas más altas de Secundario Completo fueron identificadas en los Servicios 3 y 4. Los resultados de otros estudios corroboran los resultados del Servicio 4 (Pereira et al., 2012; Santos et al., 2013; Quinderé y Tófoli, 2007; Monteiro et al., 2011; Sousa, Silva y Moura, 2012) y se diferencian de los resultados del Servicio 3. De modo que llama la atención que los usuarios del Servicio 3 presenten niveles mayores de educación lo que podría estar relacionado con la ubicación geográfica de dicho Servicio que recibe usuarios residentes en barrios de mayores ingresos. En ese sentido puede observarse la ausencia de usuarios sin educación en este Servicio habiendo sido registrados casos en los Servicios 2, 3 y 4. En relación al Modo de Ingreso prevalecen en todos los Servicios las Derivaciones, cuya lógica se relaciona con el modelo clásico asilar/manicomial en el cual el derecho de los usuarios a recibir atención es ratificado y validado por la institución y/o el profesional que lo deriva. Sobre este particular puede relacionarse con la cristalización de repertorios antiguos y con las dificultades en la organización de los procesos de trabajo con el fin de permitir a los usuarios diferentes maneras de utilizar el Servicio (Rotelli, 2014). El ofrecimiento de una red de atención que se responsabilice por el cuidado de los usuarios es una premisa básica de la Reforma Psiquiátrica (Brasil, 2005) e implica el desarrollo de acciones priorizadas de acuerdo con la complejidad del caso y en la perspectiva de la atención integral a la salud.

Divergente a los resultados de los Servicios 1 y 2 de Trastornos Mentales mayores índices en el Modo de Ingreso de forma Espontánea se verificó en los Servicios 3 y 4 de Alcohol y otras Drogas, con resultados idénticos a los encontrados por Faria y Schneider (2009). Es de destacar que la recepción de usuarios que acuden al Servicio de forma espontánea se encuentra en consonancia con el concepto de "puerta abierta", término polisémico que, entre otras cosas, se destaca como una política central de los Servicios territoriales y como un principio que constituye la estrategia de producción de salud mental comunitaria, colectiva y territorial (Gastão y Campos, 2005). En cuanto al Origen de las Derivaciones prevalecen las instituciones de alta complejidad, como el Hospital João Machado (HJM), responsable por el 42% de las derivaciones de la muestra total. Las derivaciones del HJM revelan

niveles muy altos en todos los Servicios, resultados que demuestran que la vía regia de acceso al sistema de salud pública en los casos de Trastorno Mental y decurrentes del abuso de alcohol y otras drogas sigue siendo el hospital psiquiátrico. El índice significativo de usuarios que llega a los CAPS derivados por este hospital abre espacio para reflexiones sobre las premisas de la Reforma Psiquiátrica y sobre el proceso de desinstitucionalización, poniendo en jaque la efectividad de los CAPS como dispositivos sustitutos del hospital psiquiátrico y demuestra la tímida articulación que se establece entre los CAPS y el resto de los dispositivos que hacen parte de la red de atención de salud y con la sociedad en su conjunto, así como la necesidad de fortalecer y mejorar estos procesos relacionales.

El segundo lugar, en las Derivaciones del Servicio 4, registraron las Empresas de Limpieza y Transporte -Privadas y Públicas-, en las cuales los usuarios se encuentran trabajando. En el Servicio 3, se destacan las Derivaciones realizadas por el Núcleo de Orientación y Seguimiento de Drogodependencias (NOADE). Esta institución, que depende del Tribunal de Justicia del Estado, deriva a los CAPS-AD usuarios que responden por procesos penales originados en los Juzgados Especiales. El segundo lugar en las Derivaciones del Servicio 2 es ocupado por la Atención Primaria a la Salud (APS), compartiendo el segundo lugar con la Atención Secundaria o Especializada -otros CAPS-. Sobre el índice de Derivaciones realizadas por la APS se percibe la necesidad de una aplicación efectiva del dispositivo denominado Apoyo Matricial. Este dispositivo, con vista a implementar una Clínica Ampliada, consiste en ofrecer el conocimiento especializado en Salud Mental que poseen los profesionales de los CAPS a aquellos que no lo poseen y se desempeñan en las Unidades Básicas de Salud (UBS), a través de discusiones de casos. De esa forma se favorece la responsabilidad compartida entre los equipos y se promueve la salud y la diversidad de ofertas terapéuticas a través de un profesional de Salud Mental que sistemáticamente acompaña el trabajo de la UBS (Dimenstein et al., 2009).

En el caso de las Derivaciones efectuadas de CAPS para otros CAPS pueden ser generadas por razones territoriales -como por ejemplo la mudanza de barrio del usuario- o por la identificación de las Comorbilidades, ya que en muchos casos los Servicios se preguntan sobre el alcance de su competencia en el cuidado de pacientes con un diagnóstico de Trastorno Mental en Comorbilidad con Trastornos derivados de la Uso de Alcohol y otras Drogas (Dimenstein et al., 2012). Frente a tales limitaciones se refuerza la figura de lo que llamamos *usuario itinerante*, refiriéndonos a los usuarios efectivos del CAPS-AD que en tiempos de crisis son derivados a los CAPS-TM y viceversa.

En lo que se refiere a la Modalidad de Tratamiento -clasificación de los usuarios de acuerdo a la cantidad de días por mes que asisten al Servicio - la categoría de "Semi-intensivo" prevalece en la muestra total. Analizando individualmente a los Servicios se advierte que el "No Intensivo"- usuario que asiste de 1 a 3 días por mes- predomina en el Servicios 1, el modo "Semi Intensivo" -usuario que

asiste entre 4 y 12 días por mes- predomina en los Servicios 2 y 3, y el modo de "Intensivo" -usuario que asiste de 13 a 20 días por mes- predomina en el Servicio 4.

En relación a los diagnósticos es preciso destacar que si bien en el Modelo de Atención Psicosocial se trabaja en una perspectiva de Clínica Ampliada, comprendiendo que el usuario en sufrimiento es mucho más que un mero diagnóstico y buscando consolidar prácticas orientadas a la reinserción social, los diagnósticos continúan siendo de vital importancia en la medida en que el tratamiento médico y farmacológico hacen parte del Tratamiento Psicosocial ofrecido en los CAPS. Los registros diagnósticos encontrados en las historias clínicas se encuentran clasificados de acuerdo a la décima versión de la *International Classification of Diseases* (ICD-10).

Sobre los resultados encontrados en la variable Comorbilidad cuyos índices superana los Diagnósticos Únicos en la muestra total, pueden ser destacados como un resultado significativo de este estudio. Acerca de este punto se observó que la mayoría de las Comorbilidades identificadas entre los usuarios adultos de todos los CAPS se clasifican en el eje F, de las cuales el 69% corresponde a los Trastornos por Abuso de Sustancias Psicoactivas, 40% a Esquizofrenia, 37% a los Trastornos del Estado de Ánimo. Entre las Comorbilidades Clínicas se registró el 29% de Hipertensión Arterial Sistémica. En el análisis de los resultados de esta variable es necesario tener en cuenta que la tasa menor de Comorbilidades Clínicas registrada en los Servicios 1 y 2 puede estar relacionada con la ausencia de médico clínico en los CAPS-TM. Cabe destacar que la organización de los equipos de profesionales de CAPS se normativizó en el Decreto Ministerial 336/2002, que prevé la inclusión de médico clínico sólo en el CAPS-AD. De modo que los Servicios 3 y 4, por atender a los usuarios de Alcohol y otras Drogas, además de identificar los casos de comorbilidad con otros trastornos del Eje F, identifican indicadores de comorbilidades clínicas tales como la Hipertensión y la Diabetes, entre otras.

Otro hallazgo del estudio se refiere a la prevalencia de los Trastornos Mentales y Comportamentales debidos al Abuso de Sustancias Psicoactivas (F10-F19) como Único Diagnóstico en la muestra total, seguido por la Esquizofrenia y Trastornos Esquizotípicos y Delirantes (F20-F29) y en menor medida, por los Trastornos del Estado de Ánimo (F30-39). Esto se debe a la diversificación en los Diagnósticos Únicos encontrada en los Servicios 1 y 2 (F20-29:62% en el Servicio 1 y 65% en el Servicio 2; seguidos de F30-39:38% en el Servicio 1 y 28% en el Servicio 2). El registro exclusivo de F10-F19 como Único Diagnóstico en los Servicios 3 y 4 aumenta los índices de la muestra total.

La prevalencia de la Esquizofrenia seguida por los Trastornos del Estado de Ánimo identificada en los Servicios 1 y 2 coincide con los resultados de dos estudios epidemiológicos, uno realizado en Alagoas (Santos et al., 2013) y el otro en São Paulo (Ozinaga et al., 2007). Entretanto, a diferencia de nuestros resultados, estos dos estudios han reportado numerosos casos de Trastorno neurótico (F40-48).

Sobre las sustancias consumidas por los usuarios de los Servicios 3 y 4, específicos para el tratamiento de problemáticas relacionadas con el Abuso de Alcohol y otras Drogas, se verificó la prevalencia en el consumo de Alcohol, en segundo lugar el Tabaco, en tercero lugar el Crack y continuando en orden decreciente sustancias como la Marihuana y la Cocaína. Los resultados coinciden con investigaciones realizadas en CAPS localizados en ciudades de los estados: Porto Alegre, Ceará y Mato Grosso do Sul F. Aunque algunos autores (Carvalho y Jorge, 2010) consideran que las tasas más bajas en el consumo de Crack desmitifican alarmantes datos divulgados por los medios de comunicación en Brasil acerca de una epidemia en el consumo de esta sustancia, consideramos que nuestros resultados permiten sólo reflejar las características del consumo de las personas que efectivamente son atendidas en los Servicios investigados y no permitiría generalizar los resultados sobre el consumo de crack fuera de nuestro contexto investigativo.

Cabe señalar que en el Servicio 3, además de ser registrado un índice mayor de consumo de la cocaína, fue el único Servicio en el que se identificó el consumo de sustancias de mayor costo, tal el caso de la Heroína, Éxtasis y Anfetaminas. Estos resultados, así como los resultados obtenidos sobre el nivel de educación, refuerza la hipótesis de establecerse una relación con la ubicación geográfica de los Servicios en barrios más acomodados.

En cuanto al Tiempo de la Patología, 14 años fue la media verificada en el caso de los usuarios portadores de Trastorno Mental (Servicios 1 y 2). Ya en el público cuyas problemáticas se encuentran asociadas al abuso de sustancias psicoactivas la media en el Tiempo de Consumo se eleva a 24 (Servicio 3) y 17 (Servicio 4). Considerando que la edad media de los usuarios es de 41 años nuestros resultados indican la aparición de los Trastornos Mentales en la edad adulta (27 años) y el consumo de sustancias psicoactivas después de los 17 años. Sobre este último resultado y teniendo en vista que el Estatuto del niño y el adolescente en Brasil (ECA, 1990) considera que la adolescencia se extiende entre los 12 y los 19 años nuestros resultados corroboran con los encontrados por Pasuch y Oliveira (2014) donde prevalece el inicio del consumo en la adolescencia y difieren de los encontrados por Marques y Cruz (2000) que señalizan el pasaje de la infancia para la adolescencia como la etapa inicial en el consumo de psicoactivos.

## 5. REFLEXIONES FINALES

A diferencia de estudios que fueron realizados en ciudades de otros estados de Brasil investigando un único Centro de Atención Psicosocial (CAPS), el presente trabajo se realizó en un amplio campo investigativo compuesto por cuatro CAPS- dos de los cuales ofrecen tratamiento a personas con Trastornos Mental (CAPS-TM) y los otros dos a personas con problemáticas de Alcohol y Drogas (CAPS AD) - .

La bastedad en el campo investigativo permitió caracterizar tanto el perfil sociodemográfico y epidemiológico general de los usuarios adultos de CAPS como también

permitió caracterizar el perfil de los usuarios de cada uno de los Servicios, pudiendo establecer semejanzas y diferencias entre ellos. Esto resulta importante. Si bien todos los Servicios se rigen por las mismas normativas, nuestros resultados permiten afirmar que las diferencias entre los CAPS-TM y los CAPS-AD superan la disimilitud de sus objetivos. Así, constatamos diferencias predominantes en el perfil de los usuarios señalando la necesidad de que la planificación de las acciones e intervenciones sea adecuada a sus particularidades. Del mismo modo, las diferencias en materia de instrucción, la falta de integración en el mercado laboral y de las sustancias que se consumen en Servicio 3 puede representar indicadores de desigualdad social respecto al Servicio 4.

Entre otros datos, es preciso destacar en primer lugar la elevada tasa de prevalencia de Comorbilidades entre Trastorno Mental y Trastornos derivados del Abuso de Sustancias Psicoactivas, que supera el 50% de los casos. Este dato resulta preocupante si tenemos en cuenta que la propia red de atención psicosocial ignora la existencia de dichas comorbilidades al ofrecer dispositivos de tratamiento segmentados, por un lado los CAPS-TM y por el otro los CAPS- AD. Como si fuera posible disociar al ser humano que sufre por su doble problemática, la falta de recursos humanos con competencia en el cuidado de usuarios con tales características se traduce en un elemento más de sufrimiento y los convierte en *usuarios itinerantes*, por momentos derivados a los CAPS-TM y por momentos derivados a los CAPS AD. En segundo lugar se percibe en los Servicios la dificultad de apertura al territorio, representada a través de dos indicadores: la escasa articulación que se establece con la Atención Primaria a la Salud y el privilegio del Hospital Psiquiátrico como vía regia de derivaciones.

La situación aquí presentada representa un momento en el curso de un proceso e indica un camino a construir. Por lo tanto, se considera de suma importancia la reorganización de los procesos de trabajo en los CAPS, la redefinición de los flujos de atención de los Servicios y la expansión de las acciones de salud mental tanto en la esfera de los cuidados especializados -con foco prioritario en las Comorbilidades identificadas- cuanto en el nivel de la Atención Primaria. Se cree que la aplicación del dispositivo de soporte Apoyo Matricial como una metodología de gestión de trabajo, promueva el diálogo entre las instituciones de salud mental y las unidades básicas de salud en un intento de reorganizar los Servicios y sus procesos de trabajo.

Tabla 1: Frecuencia de variables socioeconómicas - Muestra Total y por Servicio

Variable	Categoría	Muestra Total		Servicio 1		Servicio 2		Servicio 3		Servicio 4	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo	F	60	30	28	52	19	59	6	8	7	17
	M	142	70	26	48	13	41	68	92	35	83
Estado civil	NR	14	7	12	22	2	6	.	.	.	.
	Casado	52	26	10	19	9	28	18	24	15	36
	Soltero	83	41	19	35	12	38	35	47	17	40
	Separado	25	13	8	15	8	25	8	11	1	2
	Divorciado	10	5	3	6	1	3	3	4	3	7
	Viudo	4	2	1	2	.	.	1	1	2	5
	Unión estable	14	7	1	2	.	.	9	12	4	10
Grupo de edad	18 a 30	36	18	12	22	8	25	11	15	5	12
	31 a 40	58	29	18	33	8	25	22	30	10	24
	41 a 50	75	37	16	30	10	31	26	35	23	55
	51 a 60	27	13	6	11	4	13	14	19	3	7
	> 60	6	3	2	4	2	6	1	1	1	2
Nivel de Instrucción	NR	39	19	28	52	9	28	.	.	2	5
	NE	6	3	.	.	3	9	1	1	2	5
	EPC	38	19	1	2	3	9	13	18	21	50
	EPI	42	21	9	17	9	28	21	28	.	.
	ESC	46	23	8	15	2	6	27	36	12	29
	ESI	25	13	4	7	6	19	10	14	5	12
	EUC	1	1	.	.	.	.	1	1	.	.
	EUI	5	3	4	7	.	.	1	1	.	.
Trabajando	NR	61	30	37	68	19	59	1	2	4	10
	Si	56	28	1	2	1	3	32	43	22	52
	No	70	35	8	15	9	28	37	50	16	38
	Jubilado	15	8	8	15	3	10	4	5	.	.

Fuente: datos de la investigación

**NR** no registrado, **NE** no escolarizado, **EPC** educación primaria completa, **EPI** educación primaria incompleta, **ESC** educación secundaria completa, **ESI** estudios secundarios incompletos, **EUC** título universitario, **EUI** educación universitaria incompleta.

Tabla 2: Frecuencia de Modo de Ingreso, Derivaciones y Modalidad de Tratamiento - Muestra Total y por Servicio

Variable	Categoría	Muestra Completo		Servicio 1		Servicio 2		Servicio 3		Servicio 4	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Modo de Ingreso	Derivado	137	68	40	74	26	81	43	58	28	67
	Espontáneo	56	28	14	26	3	9	28	38	11	26
	NR	9	4	-	-	3	9	3	4	3	7
Origen de la derivación	APS	16	12	4	10	6	23	4	9	2	7
	Otros CAPS	16	12	4	10	6	23	6	14	-	0
	Juez de menores	2	1	-	-	-	-	1	2	1	4
	Consultorios de calle	1	1	-	-	-	-	1	2	-	-
	Empresa Pública y Privada	10	7	-	-	-	-	2	5	8	29
	HJM	57	42	25	63	8	31	13	30	11	39
	Hospitales (otros)	5	4	1	3	1	4	2	5	1	4
	Hospital Psiquiátrico Privado	5	4	-	-	1	4	2	5	2	7
	NOADE	9	7	-	-	-	-	7	16	2	7
	Policlínicos	9	7	5	13	3	12	1	2	-	-
	Otras Secretarías Municipales	6	4	-	-	1	4	4	9	1	4
Universidades	1	1	1	3	-	-	-	-	-	-	
Modalidad de Tratamiento	NR	7	-	6	-	1	-	-	-	-	-
	Intensivo	38	19	5	10	-	-	13	18	20	48
	No intensivo	47	24	28	58	3	10	9	12	7	17
	Semi - Intensivo	110	56	15	31	28	90	52	70	15	36

Fuente: datos de la investigación

**NR** no registrado, **APS** Atención Primaria a la Salud, **HJM** Hospital João Machado, **NOADE** Núcleo de orientación y seguimiento de drogodependientes.

Tabla 3: Distribución de Único Diagnóstico y Comorbilidades - Muestra Total y por Servicio

Variable	Público	N (*)	%
Único Diagnóstico	Muestra total	89	47,3
	Servicio 1	26	29,2
	Servicio 2	25	28,1
	Servicio 3	17	19,1
	Servicio 4	21	23,6
Co-morbilidades	Muestra total	99	52,7
	Servicio 1	28	28,3
	Servicio 2	5	5,1
	Servicio 3	51	51,5
No registrados e ilegibles	Servicio 4	15	15,2
	Muestra Total	14	6,9

Fuente: datos de la investigación

Tabla 4: Frecuencia de medicamentos recetados - Muestra Total y por Servicio

Tipo de medicamento	Muestra Total		Servicio 1		Servicio 2		Servicio 3		Servicio 4	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Antiácidos	5	6	1	10	-	-	4	6	-	-
Hipoglucémicos	7	8	1	10	-	-	6	9	-	-
Vitaminas	42	49	-	-	-	-	38	54	4	80
Antianémicos	2	2	-	-	-	-	2	3	-	-
Vasodilatadores	1	1	-	-	-	-	1	1	-	-
Diuréticos	7	8	1	10	-	-	6	9	-	-
Bloqueadores beta-adrenérgicos	4	5	1	10	-	-	3	4	-	-
Antihipertensivos	8	9	1	10	-	-	7	10	-	-
Hipolipemiantes	3	4	-	-	-	-	2	3	1	20
Hipouricémicos	1	1	-	-	-	-	1	1	-	-
Antihistamínicos	5	6	5	50	-	-	-	-	-	-
Antiepiléptico	135	25.5	37	21.0	21	24.4	56	31.5	21	23.3
Anticolinérgico	29	5.5	15	8.5	7	8.1	6	3.4	1	1.1
Antipsicóticos	207	39.1	88	50.0	37	43.0	61	34.3	21	23.3
Benzodiacepina ansiolítica	69	13.0	11	6.3	6	7.0	28	15.7	24	26.7
Benzodiacepina hipnótica	3	0.6	1	0.6	-	-	2	1.1	-	-
Antidepresivos	75	14.2	22	12.5	15	17.4	17	9.6	21	23.3
Para la demencia	2	0.4	2	1.1	-	-	-	-	-	-
Para la dependencia AD	10	1.9	-	-	-	-	8	4.5	2	2.2

Fuente: datos de la investigación

Tabla 5: Prevalencia de sustancias psicoactivas consumidas (Servicios 3 y 4, y de forma individual)

Sustancia Psicoactivas	Servicios 3 y 4		Servicio 3		Servicio 4	
	N	%	N	%	N	%
Alcohol	103	89	66	89	37	88
Anfetaminas	1	1	1	1	-	-
Cocaína	28	24	22	30	6	14
Crack	51	44	33	45	18	43
Éxtasis	1	1	1	1	-	-
Heroína	1	1	1	1	-	-
Inhalantes	1	1	1	1	-	-
Marihuana	33	28	19	26	14	33
Mixto	12	10	7	9	5	12
Tabaco	54	47	37	50	17	40

Fuente: datos de la investigación

Tabla 6: Tiempo de Patología (Servicios 1 y 2) y Tiempo de Consumo (Servicios 3 y 4) -en años.

Variable	Público	N	Promedio	Mediana
Tiempo Patología	Servicio 1	54	14	13
	Servicio 2	32	14	13
Tiempo Consumo	Servicio 3	74	24	24
	Servicio 4	42	17	19

Fuente: datos de la investigación

## BIBLIOGRAFIA

- Brasil. (2010). Estatuto da criança e do adolescente: lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlata [recurso eletrônico]. - 9. ed. - Brasília : Câmara dos Deputados, Edições Câmara.
- Brasil, MS. (2001). *Lei n.º 10.216*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e re-direciona o modelo assistencial em saúde mental. *Lex-Legislação em Saúde Mental 1990-2004*, Brasília, 5. ed.amp., p. 17-19
- Brasil, MS. (2002). *Manual para Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: Ministério de Saúde.
- Brasil, MS. (2004). Legislação em saúde mental 1990 - 2002. Portarias 336 e 816/2002. *Lex-Legislação em Saúde Mental 1990-2004*, Brasília. 3. ed. rev. e amp. <http://dtr2001.saude.gov.br>
- Brasil, MS. (2005). Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil*. Documento apresentado em la Conferencia Regional de Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 Años después de Caracas. opas. Brasília. Disponible en: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio\\_15\\_anos\\_caracas.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_15_anos_caracas.pdf).
- Bandeira, M.B., Pitta, A.M. y Mercier, C. (1999). Escalas da OMS de avaliação da satisfação e da sobrecarga em serviços de saúde mental. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 48, n.6, p. 233-244.
- Carvalho, M.C. & Jorge, A.C.R. (2010). Analisando o perfil dos usuários de um CAPS AD. *Repositório Digital. UFRGS*. <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/32973>
- Dimenstein, M.; Severo, A.K.; Brito, M.; Pimenta, A. L.; Medeiros, V., & Bezerra, E. (2009). O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. *Saúde e Sociedade*, 18(1), 63-74. [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902009000100007&lng=en&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000100007&lng=en&tlng=pt)
- Dimenstein, M.; Amorim, A.K.A; Leite, J.; Siqueira, C.; Gruska, V.; Vieira, C..... (2012). O atendimento da crise nos diversos componentes da rede de atenção psicossocial em Natal/RN. *Polis e Psique*, v.2, número temático, p.95. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12056922>
- Faria, J.G. & Schneider, D.R. (2009). O perfil dos usuários do CAPS- Ad- Blumenau e as políticas públicas em saúde mental. *Psicol Soc.*; 21(3): 324-33.
- Gastão, F.N. & Campos, G.W.S. (2005). Instituições de "portas abertas": novas relações usuários-equipas contextos na atenção em saúde mental de base comunitária/territorial. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 16, n. 1, p. 40-46, jan./abr.
- Louzada, R.C.R. (2003). Caracterização da clientela atendida no Núcleo de Psicologia Aplicada da Universidade Federal do Espírito Santo. *RevEstPsicol.*; 8(3):451-70.
- Marques, A.C.P.R. & Cruz, M.S.(2000). O adolescente e o uso de drogas. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [online]. vol.22, suppl.2, pp. 32-36.
- Minayo, M.C.S. (2004). El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud, Lugar Editorial, Buenos Aires.
- Monteiro, C.F.S.; Fé, L.C.M.; Moreira, M.A.C.; Albuquerque, I.E.M.; Silva, M.G. & Passamani, M.C. (2011). Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPS-ad do Piauí. *Escola Anna Nery*, 15(1), 90-95. Retrieved August 08, 2015, from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452011000100013&lng=en&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000100013&lng=en&tlng=pt). 10.1590/S1414-81452011000100013.
- Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10. <http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.ht...>
- Ozinaga, L.M.; Furegato, A.R.F. & Santos, J.L.F. (2007). Usuários de três serviços psiquiátricos: perfil e opinião. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]*. vol.15,n.1,pp.70-77. [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692007000100011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000100011&lng=en&nrm=iso).
- Pasuch C. & Oliveira, M.S. (2014). Levantamento sobre uso de drogas por estudantes do ensino médio: Uma revisão sistemática. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos*, v. 22, n. Suplemento Especial, p. 171-183.
- Pelisolí, C. & Moreira, Â.K. (2005). Caracterização epidemiológica dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Casa Aberta. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul [online]*. vol.27, n.3, pp. 270-277. [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-81082005000300006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082005000300006&lng=en&nrm=iso).
- Pereira, M.O.; Souza, J.M.; Costa, A.M.; Vargas, D.; Oliveira, M.A.F.; Moura, W.N. (2012). Perfil dos usuários de serviços de Saúde Mental do município de Lorena - São Paulo. *Acta Paul Enferm.*25(1):48-54.
- Quinderé, P.H.D. & Tófoli, L.F. (2007). Análise do Perfil Epidemiológico dos clientes do Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas (CAPS - AD) de Sobral-CE. *SANARE-Revista de políticas públicas*. Sobral (CE); Jul/Dez; 6(2):62-6.
- Rossetti, A.C.K. & Santos, V. E. P. (2006). Dependente químico: adesão ao tratamento. *Rev Tec-cient Enferm. [on-line]*. <http://www.scielo.br>
- Rotelli, F. (2014). *Vivir sin manicomios: La experiencia de Trieste*. Con prólogo de Vicente Galli. 1ª ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Topia Editorial, 2014.
- Saito, D.Y.T.; Zoboli, E. L. C. P.; Schweitzer, M. C.; Maeda, S. T. (2013). Usuário, cliente ou paciente: Qual o termo mais utilizado pelos estudantes de enfermagem?. *Texto & Contexto Enfermagem* (UFSC. Impresso), v. 22, p. 175-183.
- Santos, G.F.; Nascimento, Y.C.M.L.; Verissimo R. C.S.S.; Cavalcante, J.C.; Breda, M.Z.; Holanda, J.B.L. (2013). O perfil epidemiológico dos usuários de um centro de atenção psicossocial. *Revenferm UFPE online*. Recife, 7(1):679-87, mar. [www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/.../5591](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/.../5591)
- Sousa, G.M.; Silva, L.D.C.E.; Moura, P. T. V. (2012). Perfil de usuários atendidos no centro de atenção psicossocial álcool e drogas: possíveis relações entre comorbidades e álcool. *Revista Interdisciplinar NOVAFAPI*, Teresina. v.5, n.2, p.9-14. Abr-Mai-Jun.
- Spohr, B.; Leitão, C.; Scheneider, D. R. (2006). Caracterização dos serviços de atenção à dependência de álcool e outras drogas na região da Grande Florianópolis. *Revista de Ciências Humanas*, Florianópolis, EDUFSC, n. 39, p. 219-236, Abril.
- Vasilachis, I. (1992). Métodos cualitativos I. Los problemas teórico epistemológicos, Centro Editor de América Latina, Buenos Aires.

Fecha de recepción: 20/04/15

Fecha de aceptación: 24/08/15