



Universidade Federal Fluminense

ESCUELA DE ENFERMERÍA
AURORA DE AFONSO COSTA



Artículos Originales



Adhesión al tratamiento por el equipo de un servicio de salud mental: estudio exploratorio

Cilene Despontin Malvezzi¹, Helena Cavaleri Gerhardinger², Luís Felipe Pereira Santos², Vanessa Pellegrino Toledo², Ana Paula Rigon Francischetti Garcia²

¹ Secretaria Municipal de Salud de Campinas

² Universidad Estadual de Campinas

Resumen

Objetivos: comprender como el equipo multidisciplinar profesional concibe la adhesión al tratamiento de los usuarios insertados en un Caps AD. **Metodología:** investigación descriptiva-exploratoria, con enfoque cualitativo, realizada con los profesionales de un servicio de salud mental por medio de entrevista semiestructurada y posterior análisis temático de los datos. **Resultados:** surgieron dos categorías - *la concepción de adhesión al tratamiento* que destacó el vínculo, el reconocimiento de la voluntad de tratar por parte de la persona y la comprensión sobre la abstinencia; y *como el equipo cuida de los usuarios y del servicio*, que mostró trabajo multidisciplinar, organización del proceso de trabajo, flexibilización de las agendas, búsqueda activa de los faltosos, proyecto terapéutico individual y la atención a las necesidades asistenciales de la persona en tratamiento. **Conclusión:** es evidente la importancia de la actitud acogedora para fortalecer el vínculo, permeando la comprensión sobre la adhesión e influenciando el proceso de trabajo del equipo multidisciplinar.

Descriptor: Cooperación del Paciente; Trastornos Relacionados con el Uso de Substancias; Usuarios de Drogas; Centros de Tratamiento de Abuso de Substancias.

INTRODUCCIÓN

El uso de drogas por la humanidad es una práctica milenaria y universal que se inserta en diferentes culturas, contextos y propósitos. Pasó de la forma ritualista, consumida en pequeñas cantidades, para el abuso y la dependencia, caracterizándose como un grave problema de salud pública. Clasificado como un trastorno mental, puede tener consecuencias la desestructuración de la persona, de su bien-estar físico y mental y de su relación con la familia, el trabajo y la comunidad^(1,2).

Se estima que en los EUA cerca de 246 millones de personas (o una en cada 20) entre 15 a 64 años de edad hicieron uso de sustancias ilícitas al menos una vez en 2013, lo que corresponde hasta 6,6% de la población del mundo en esta edad⁽³⁾. En Brasil, en un estudio que involucro las 108 mayores ciudades del País, 22,8% de la población con edad entre 12 y 65 años ya hizo uso en la vida de cualquier droga psicotrópica (excepto alcohol y tabaco), lo que correspondió a casi 12 millones de personas⁽⁴⁾. De igual forma en el escenario brasileño, el alcohol es la sustancia psicoactiva de consumo más común durante el curso de la vida, seguida por el tabaco y la cannabis⁽⁴⁾. La preocupación con los perjuicios para la persona y la sociedad llevo al desarrollo de políticas públicas que consideran las características socioeconómicas regionales^(4,5).

La mayor parte de los servicios de tratamiento para problemas decurrentes del uso de drogas en Brasil pertenece a la red pública de salud, regida por los principios del Sistema Único de Salud (SUS) y por el modelo de atención a los usuarios de alcohol y otras drogas. Presupone acceso universal, asistencia integral y equitativa, consolidación de redes de cuidado de forma regionalizada, jerarquizada e integrada. Define también que

los cuidados en salud mental deben prever la rehabilitación y la reinserción social de la persona, basando la oferta de cuidados en dispositivos extra-hospitalarios articulados con la red de salud⁽⁵⁾.

El Centro de Atención Psicosocial Alcohol y Drogas (Caps AD) es el dispositivo que contempla el cuidado a partir de los supuestos de la política de salud actual y substituye al antiguo modelo asistencial hospital céntrico. Debe funcionar con proyectos terapéuticos singulares y flexibles, respetando la política de reducción de daños y apoyado por camas psiquiátricas en hospital general y estrategias que favorecen la adhesión al tratamiento, caracterizado por considerar la perspectiva del paciente como una persona libre para aceptar o ignorar las recomendaciones del equipo multidisciplinar con relación de su tratamiento^(5,6).

Se enfatiza la necesidad de un enfoque, por parte de los profesionales, servicios y sociedad, consistente con los desafíos que ocurren en la asistencia a los usuarios de sustancias psicoactivas. Hay que considerar efectos colaterales que esas sustancias pueden producir, como comportamientos compulsivos, síntomas físicos y psíquicos de abstinencia, que pueden llevar a recaídas frecuentes y su consumo mantenido durante el tratamiento. La posición de los profesionales, cuando permanece asociada a la búsqueda de una "fórmula mágica" para la sobriedad, puede dificultar la adhesión al tratamiento⁽⁶⁾.

El no adherir a las terapias es descrita en la literatura como "fenómeno universal independiente de clase social, origen étnica, nivel de educación o gravedad de la enfermedad"⁽⁷⁾.

Entre los dependientes químicos, fueron tarifas indicadas de até 50% de abandono de tratamiento, sugiriendo un cuadro preocupante y costoso al sistema de salud. Hay una tendencia

Malvezzi CD, Gerhardinger HC, Santos LLP, Toledo VP, Garcia APRF. Adherence to treatment by the staff of a mental health service: an exploratory study . Online braz j nurs [internet] 2016 Jun [cited year month day]; 15 (2):177-187. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5201>

en responsabilizar los dependientes por la no adhesión, sin considerar las expectativas, los conocimientos y las características individuales que podrían llevar a una atención más calificada por parte del equipo de salud^(8,9).

Siendo así, este estudio se justifica al considerar el preparo del equipo de salud para lidiar con las idiosincrasias relativas al tratamiento de esta población, reconociendo la falta de adhesión como parte del proceso terapéutico, ampliando a lectura de este fenómeno para que se pueda calificar la atención a la salud del dependiente químico^(8,9). Par lo tanto, se tiene como objetivo comprender como al equipo multidisciplinar concibe la adhesión al tratamiento de los usuarios insertados en un Caps AD.

MÉTODO

Investigación descriptiva-exploratoria, con enfoque cualitativo, que tienen la finalidad de revelar el universo de los significados, motivos, creencias y valores de los profesionales entrevistados, relacionados con el concepto de adhesión al tratamiento⁽¹⁰⁾.

La colecta de datos fue realizada en el Caps AD responsable por la atención a la salud de los habitantes de los Distritos de Salud Norte y Este del municipio de Campinas, SP.

Como criterios de inclusión, trabajar en el servicio en cuestión hace más de un año, ser del equipo multidisciplinar y aceptar participar de la investigación por medio de la firma del término de consentimiento libre e informado. Se excluyeron los individuos que no atendieron a uno más criterios de inclusión. Fueron considerados sujetos en este estudio ocho profesionales del equipo multidisciplinar profesional, contemplando las siguientes categorías: psiquiatra, enfermero, psicólogo, terapeuta ocupacional, técnico de enfermería,

técnico de farmacia y agentes de reducción de daños.

Las entrevistas - semiestructuradas, grabadas y transcritas integrales - ocurrieron en julio de 2013, y tuvieron la siguiente cuestión que direcciona: para usted, ¿como es la adhesión al tratamiento de los usuarios en este Caps AD?

Se realizó análisis temática de los datos enfocando las siguientes etapas:

1. Pre-análisis: desarrolla de la lectura fluctuante de las entrevistas, la constitución del cuerpo y la formulación de hipótesis y objetivos. En esta etapa se determinan las unidades de registro, los recortes, la forma de categorización, la codificación y los conceptos teóricos generales que orientarán el análisis;
2. Exploración del material: transformación de los datos brutos visando alcanzar el núcleo de comprensión del texto;
3. Tratamiento de los resultados e interpretación: permitió colocar en relevo las informaciones obtenidas, articulándolas a la comprensión teórica, que en este estudio fue desarrollada a partir de conceptos que fundamentan el referencial teórico de Carl Rogers^(10,11). Siendo así, la discusión está ancorada en el concepto de empatía, que se caracteriza por una técnica que contribuyó para el desarrollo de un clima incentivador, favoreciendo la formación del vínculo, la aceptación incondicional, la autenticidad y la actitud acogedora, y fundamentándose en la forma como el profesional comprende la realidad del usuario, colocándose en su lugar⁽¹¹⁾.

Fueron respetados los aspectos éticos, de acuerdo con la Resolución n. 466/2012 del Consejo Nacional de Salud. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Estadual de Campinas, sobre el parecer n. 294.918 de 6 de junio de 2013.

RESULTADOS

La comprensión del equipo multidisciplinar sobre el concepto de adhesión al tratamiento de los usuarios del CAPS AD se dio a partir del discurso de los participantes posteriormente divididos en dos categorías: *la concepción de adhesión al tratamiento y como el equipo cuida de los usuarios y del servicio.*

La concepción de adhesión al tratamiento

El vínculo establecido entre el usuario y el profesional fue citado como un importante criterio para la buena adhesión al tratamiento.

Si usted no consigue formar un vínculo, usted tampoco consigue hacer la adhesión del paciente en el servicio. (E-6)

Construir un buen vínculo con el profesional favorece la adhesión. (E-7)

Tener un vínculo con ellos, yo creo que ayuda mucho en el tratamiento. (E-1)

La forma como el equipo recibe el usuario, habla con él, lo acoge y explica el funcionamiento del servicio fue mostrada por los entrevistados como decisivo para la adhesión al tratamiento.

Cuando el paciente viene por la primera vez al Caps encaminado o por demanda espontánea, yo creo que la forma de atención, la forma como él es acogido, [...] dependiendo de la forma como usted lo dice, o explica el servicio, puede ser positivo o no para la adhesión [...] (E-6)

Puede ser un paciente de la calle, un mendigo de la calle. Llegó aquí, nosotros lo tratamos bien. Entonces es decisivo. Esa acogida es la que hace la diferencia para ellos. (E-4)

Las ganas de tratarse por parte del usuario y la comprensión de que él necesita de ayuda entonces está relacionada a la mayor adhesión al tratamiento.

Entonces, adherir... Yo creo que él tiene que tener esas ganas de querer tratarse. (E-1)

Cuando él habla "no yo voy" y "yo tomo la decisión, yo necesito de ayuda", creo que ya es un gran paso. Yo ya lo considero como adhesión. (E-3)

La identificación del aumento de la frecuencia de los usuarios en el servicio está directamente relacionada con el aumento de los trastornos de salud, contribuyendo para aumentar la adhesión.

[...] se quedaron tres días sin alimentarse, usando drogas, con vómitos, diabetes alterado, totalmente debilitados... Entonces él fue para la cama, estabilizo... Ese es el paciente adherido. (E-2)

[...] en adhesión, cuando ya tiene comprometimiento de la salud, otras comorbilidades [...] cuando ellos están muy malos, debilitados, ellos acaban frecuentando más los servicios. (E-7)

El equipo tiene opiniones divergentes sobre la comprensión de la abstinencia. Algunos entienden que ella no es el objetivo central del tratamiento. Aceptan la recaída como una forma

peculiar de los usuarios transitar por el servicio, compatible con el fenómeno de la drogadicción. Llamamos eso de adhesión fluctuante o inestable.

[...] si el paciente está aquí, él no necesita estar abstinentes, la abstinencia no es el objetivo central del proceso. Se puede convivir con los momentos de intoxicación, con esas fluctuaciones de la sobriedad y eso me parece más consistente con la realidad clínica. [...] Están, la adhesión de él ella es fluctuante e inestable. (E-5)

Creo que tiene un grupo que se adhiere mucho al tratamiento. Sabe que recaída va a tener de todas formas porque es así que tienen que ser. (E-1)
Un paciente adherido en el Caps es un paciente que frecuenta, que hace tratamiento, que hace una terapia [...] que tienen sus recaídas, [...] tiene sus altos y bajos. (E-2)

Otros profesionales tienen un sentimiento negativo delante de las recaídas, comprendiendo que la adhesión se da cuando el usuario está desintoxicado al servicio, participa de los grupos y cumple con las reglas establecidas.

Ese paciente que viene frecuentemente desintoxicado, nosotros entendimos que él está adherido al tratamiento. (E-4)

Él tiene una buena adhesión [...] Él participa de los grupos correctamente, busca no venir intoxicado en el CAPS, busca llegar en los horarios. Cuando no, se preocupa para avisar. (E-3)

Como el equipo cuida de los usuarios y del servicio

El grupo valoriza su carácter multidisciplinar profesional y organiza su proceso de trabajo distribuyendo la carga horaria de los profesionales a lo largo de la semana, flexibilizando las agendas para los encajes y haciendo una búsqueda activa de los faltosos.

Es muy bueno trabajar en equipo multidisciplinar, porque nosotros vamos pensando juntos lo que vamos a hacer con los diferentes tipos de adhesión. (E-6)

Creo que el trabajador de esa área de AD necesita tener un vínculo de 36h. No da para hacer 20. No da para ser en la policlínica. [...] Necesito estar aquí todo el día, en la mañana y en la tarde. (E-5)

Aquí yo hago una búsqueda activa. [...] Hoy faltaron cuatro pacientes. Ellos saben que yo estoy aquí [...] Algunos telefonan, nosotros los reagendamos. (E-5)

Enfatizan la importancia del proyecto terapéutico individual entendiendo a las diferencias y la singularidad de los usuarios, con el fin de facilitar la adhesión al tratamiento.

Aquí en el Caps, la gente trabaja con un proyecto terapéutico individual [...] y eso es muy bueno porque cada paciente, ellos son diferentes [...] No da para ser todo igual [...] Es esa flexibilidad en el proyecto terapéutico es una cosa que facilita bastante la adhesión del paciente. (E-6)

Cada paciente tiene un proyecto terapéutico individual. Va a depender si él está trabajando, si tiene disponibilidad de venir todos los días o no... Están, de acuerdo con la necesidad del paciente, la gente hace un proyecto terapéutico [...] Y eso facilita la adhesión. (E-7)

Las necesidades traídas por los usuarios en relación el transporte, vivienda, beneficios sociales, alimentación y ropas cuentan con el cuidado del equipo, que se organiza con recursos propios o asociaciones para estructurar estas ofertas de cuidado. Los profesionales creen que así facilitan la vinculación al tratamiento.

Ellos vienen con una expectativa de los servicios para resolver aquel problema que él tiene con la casa: "No tengo casa, no tengo eso, estoy con hambre". (E-1)

La gente percibe que muchos pacientes vienen por la alimentación. (E-4)

Yo creo que esa asociación con la Transurc facilita la adhesión al tratamiento, porque teniendo el pase él consigue venir a hacer el tratamiento [...] (E-6)

Él busca el Caps porque él sabe que aquí él tiene tratamiento, él sabe que si llega aquí él tiene medicamentos, tiene ropa, él tiene todo. [...] Tiene el servicio social que ayuda con los documentos. Tiene pacientes que consiguieron jubilaciones y que no tenían. (E-2)

DISCUSIÓN

La concepción de adhesión al tratamiento de los usuarios insertados en el CAPS AD, referida

por los individuos de este estudio, está directamente relacionada a la capacidad de construirse un buen vínculo entre el usuario y el profesional de salud. El vínculo es definido como una relación personal estrecha y duradera entre el profesional de salud y la persona en tratamiento, permitiendo que esta reconozca el servicio como capaz de satisfacer sus necesidades, amparada por profesionales interesados por la vida de aquel que demanda el cuidado y no solamente en su patología⁽¹²⁾.

Es evidente que algunos vínculos familiares son rotos debido a las vicisitudes del propio proceso de dependencia de sustancias psicoactivas. Los individuos que aún mantienen algún vínculo con los familiares viven relaciones permeadas por ambigüedad, estrés y desgaste emocional. En la relación con los amigos con quien comparten el uso de alcohol o drogas, los vínculos no fueron considerados significativos, una vez que remiten la continuidad del uso de sustancias, distanciándolos del tratamiento⁽¹²⁾.

Se puede considerar que usuarios que demandan un tiempo más prolongado de cuidado, como en el caso enfermedades de evolución crónica, exigen una relación amigable, pautada en el respeto, en la confianza y sustentada por un diálogo constante durante todo el proceso de tratamiento⁽¹³⁾.

La construcción del vínculo se inicia en el momento de la llegada del usuario al servicio, por medio de la actitud acogedora por parte del equipo. El acto de acoger debe tener la intención de resolver los problemas de salud de las personas que buscan el servicio, pautándose en la escucha y en la producción de vínculo como acciones terapéuticas cuyas finalidades son identificar los riesgos y la vulnerabilidad, acoger los miedos y responsabilizarse por una respuesta la demanda traída^(12,13).

La actitud acogedora, referida por los profesionales de este estudio, puede ser una

Malvezzi CD, Gerhardinger HC, Santos LLP, Toledo VP, Garcia APRF. Adherence to treatment by the staff of a mental health service: an exploratory study . Online braz j nurs [internet] 2016 Jun [cited year month day]; 15 (2):177-187. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5201>

condición facilitadora del crecimiento personal, presupone la aceptación incondicional del individuo a partir de la confianza y comprensión de sus experiencias, su personalidad y el que quiere que él sea en aquel momento⁽¹¹⁾.

La motivación del usuario para la búsqueda de ayuda, entendida como un estado de disponibilidad a cambios que puede oscilar dependiendo de la situación o del momento en que la persona se encuentra, se convirtió en un factor relevante en lo que se refiere a la comprensión de la adhesión al tratamiento, de acuerdo con la fala de los profesionales⁽¹⁴⁾. Es de destacar que la motivación sufre influencia de factores externos y internos al individuo, tal reconocimiento puede favorecer a la acción de los profesionales cuando identifican, por medio de la actitud acogedora, los aspectos motivacionales, y los utilizan para organizar la propuesta terapéutica, lo que puede fortalecer el vínculo y, por consecuencia, la adhesión al tratamiento.

sobre la motivación, es importante destacar que el desarrollo de un clima pasible de actitudes psicológicas facilitadoras, como la autenticidad, la sinceridad, la aceptación incondicional, el interés por el otro y la empatía en la relación persona-persona, favorece la activación del vínculo, lo que posibilita a la persona utilizar recursos para la auto comprensión y para la modificación de sus conceptos⁽¹¹⁾. De esta forma, el desarrollo de la relación terapéutica puede convertirse en una alternativa tanto de tratamiento como de efectucción de la adhesión y responde a las demandas pautadas en la concepción de la integralidad del cuidado. Siendo así, es importante que esa respuesta sea ofertada por un equipo multidisciplinar, pues esa dimensión favorece al reconocimiento de distintos factores que pueden contribuir para el entendimiento del pedido, y diversificar las posibilidades de respuesta, lo que puede promover la instalación de vínculos singulares y duraderos.

Para favorecer la búsqueda por tratamiento, según los entrevistados, los usuarios necesitan reconocer los perjuicios físicos, emocionales, sociales y profesionales que los afecta a lo largo del tiempo. Cuando se ven debilitados, frágiles y enfermos, tienden a aumentar la frecuencia en el servicio y, consecuentemente, la adhesión al tratamiento.

El deseo de recuperar la familia, el miedo de perder la esposa, los hijos, la pérdida de bienes materiales y del empleo, el reconocimiento de la impotencia ante la adicción, evidenciada principalmente en los síntomas físicos indeseables, son factores que impulsa a la búsqueda por tratamiento^(15,16).

Sin embargo, el auto reconocimiento no sucede de forma aislada, a partir de la presentación de las dificultades. Él es desarrollado en la medida en que el profesional de salud tiene condiciones de establecer la relación terapéutica, que debe ser conducida a partir del vínculo y de la empatía que sustentan la actitud acogedora y, aún, articulándola a la comprensión de los determinantes sociales que llevan la persona a establecer una relación con las sustancias psicoactivas⁽¹¹⁾.

De esa forma, para sustentar actitudes que favorezcan la adhesión, se debe reconocer la importancia de la existencia de políticas de atención que privilegie la singularidad de los usuarios, una vez que la relación que cada persona establece con la substancia de uso puede determinar la forma como irán a comportarse delante del tratamiento⁽¹⁴⁾.

Los resultados indican las divergentes opiniones del equipo en lo que se refiere a la abstinencia: mientras algunos creen que sea la adhesión como la desintoxicación y el cumplimiento de las reglas del servicio, otra parte acepta la recaída como una forma peculiar de los usuarios lidiar con el tratamiento, los que nombran de adhesión fluctuante o inestable,

compatible con el modo singular del uso de las sustancias psicoactivas. Las dos posiciones indican que la adhesión es direccionada por la abstinencia; incluso cuando los profesionales mencionan un modo fluctuante e inestable de tránsito del usuario en el servicio, ellos son guiados por la expectativa de la abstinencia. Esta concepción puede indicar una lectura frágil de la comprensión del equipo cuanto a la adhesión, pues es importante reconocer el movimiento que los usuarios de sustancias psicoactivas hacen. Tal movimiento es influenciado por los factores relacionales que estas personas desarrollan para caminar en la vida y buscar soluciones para sus problemas^(11,14).

Para que haya un movimiento y un reconocimiento de la adhesión como abstinencia una alternativa es el profesional utilizar técnicas relacionales tales como: la autenticidad, el reconocimiento de sus barreras profesionales y personales, la empatía y la congruencia que, como ya indicado, fundamentan la actitud acogedora, siendo así el profesional abre camino para que el usuario pueda cambiar y crecer de un modo constructivo, y para tal es necesario creer en las potencialidades de cada uno, lo que es un desafío si consideramos los estigmas que los usuarios de sustancias psicoactivas cargan en nuestra sociedad^(1,2,11).

Para favorecer el desplazamiento, en el ámbito de la administración, es interesante apoyar el trabajo en un modelo asistencial centrado en el usuario, con acciones determinadas por las necesidades que puedan producir un compromiso permanente con la tarea de acoger, responsabilizar y promover la autonomía de actores involucrados, lo que caracteriza el trabajo vivo⁽¹⁷⁾. Este trabajo, por tener foco en situaciones complejas de vulnerabilidades social e individual, transforma el trabajo vivo, en la medida en que el cambio de conocimientos ocurre entre usuario y profesional y en el contexto del

trabajo en equipo, lo que puede condicionar el autoconocimiento, factor determinante para la responsabilidad de los individuos y consecuente aumento de la adhesión al tratamiento.

De esta forma, es importante que la administración de los servicios, para el tratamiento de la dependencia química, considere la estructura interna, y su lugar en la red de atención local, además de comprender sus posibilidades y limitaciones, lo que auxilia el proceso de adecuación a las necesidades individuales de aquel que busca tratamiento⁽¹⁸⁾.

Así, se observó en este estudio que la distribución de la jornada de trabajo de los profesionales a lo largo de la semana, la flexibilización de las agendas, la acomodación y la búsqueda de los faltosos mostrarán la preocupación del equipo en adecuar su proceso de trabajo las necesidades individuales de los usuarios. La aceptación incondicional y el interés por la persona, aliados al presupuesto del trabajo vivo, pueden remover las barreras institucionales, las reglas, los juicios, los encuadramientos exteriores y ayudan a ver para la experiencia global de la persona^(11,17,18). Sin embargo, al mismo tiempo en que los profesionales estudiados reconocen la necesidad de retirar las barreras burocráticas de la asistencia, también conciben la adhesión al tratamiento como el cumplimiento de las reglas institucionales ya establecidas, lo que provoca contradicción y dificulta la evaluación de la adhesión.

Otro factor a ser considerado en la atención a estos usuarios y, por consecuencia en la adhesión al tratamiento, es la importancia de construir el proyecto terapéutico a partir de acciones intersectoriales. Sin embargo, hay que considerar que el Caps ofrezca medios al propio usuario para reconstruir, fortalecer sus relaciones y vínculos sociales.

En esta perspectiva, un servicio cuya estructura interna se organiza a partir de la cons-

trucción de proyectos terapéuticos individuales, en que el equipo multidisciplinar, puede lanzar diferentes miradas sobre la salud de este usuario, tiene como efecto a la lectura de la diversidad de factores que llevan al uso de alcohol y drogas, lo que puede inaugurar pactos de cuidado en una dimensión de corresponsabilidad, resultando en el estrechamiento del vínculo y en la confianza establecida en la relación terapéutica y favorece la adhesión al tratamiento.

Es importante que el equipo multidisciplinar también considere que sus estrategias del cuidado no deben ser exclusivas, pues así hay un riesgo del usuario ser dependiente de este único tipo de servicio. Así la constitución del trabajo en equipo puede favorecer la circulación de este usuario, permitiendo que la atención a la salud sea contemplada también por el acceso los varios espacios de la comunidad, lo que fortalece el cuidado en red⁽¹⁹⁾.

Es interesante articular la adhesión a la oferta de tratamiento dimensionada a partir de la experiencia global de la persona, cuya finalidad es fortalecer su autonomía. En este sentido, la relación terapéutica puede favorecer el desplazamiento del foco para la identificación de las potencialidades y habilidades del usuario, en detrimento de intervenciones que reducen su vida solamente la dependencia química. Por lo tanto el cuidado integral es una importante directriz para la organización de las acciones intersectoriales.

CONCLUSIÓN

La comprensión del equipo multidisciplinar profesional sobre la adhesión al tratamiento de los usuarios del CAPS ad es desarrollada a partir de la construcción del vínculo, que se apoya en la forma como el usuario es acogido en el servicio, con destaque de la actitud acogedora.

Tal entendimiento puede contribuir para la abertura de la posibilidad de construir una propuesta de tratamiento sustentada por la relación terapéutica, lo que facilita el reconocimiento de las necesidades individuales por colocar el usuario como foco central de las acciones.

Articulado a esta cuestión se observo la motivación, entendida como ganas de tratar por parte del usuario, cuya contrapartida por parte del equipo se caracteriza por la empatía, lo que favorece el reconocimiento de los problemas de salud y amplía la comprensión de los determinantes sociales involucrados en la relación de la persona con el uso de la sustancia psicoactiva.

La búsqueda de soluciones para los problemas decurrentes del uso de sustancias psicoactivas está articulada a los factores relacionales que los usuarios desarrollan para encaminar sus vidas, tales factores pueden ser tratados con mayor amplitud en una perspectiva multidisciplinar profesional, que favorece la diversidad de lecturas que traducen el movimiento que marca la forma como esos usuarios adhieren al tratamiento y así amplían la posibilidad de respuestas las demandas traídas por ellos. En lo que se refiere al equipo, existe la expectativa por la abstinencia, lo que fragiliza e interfiere en la evaluación de la adhesión, al desconsiderar el movimiento que tales usuarios hacen al recurrir a la droga.

En este contexto, este estudio, también, trae su contribución al señalar la importancia del reconocimiento de la singularidad y el tratamiento de estos usuarios, que es considerado en el ámbito de la consolidación de políticas de salud al viabilizar métodos de la administración que privilegien modelos centrados en el usuario, como ejemplo la construcción de la red de salud mental que ve el reconocimiento de la experiencia global de la persona por medio de un cuidado integral desarrollado a partir de acciones intersectoriales.

Malvezzi CD, Gerhardinger HC, Santos LLP, Toledo VP, Garcia APRF. Adherence to treatment by the staff of a mental health service: an exploratory study . Online braz j nurs [internet] 2016 Jun [cited year month day]; 15 (2):177-187. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5201>

CITAS

1. Moraes M. Integral healthcare model for treating problems caused by alcohol and other drugs: perceptions of users, their companions and practitioners. *Ciênc saúde coletiva* [internet]. 2008 Feb [Cited 2014 Aug 02] 13(1). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100017&lng=en. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000100017>.
2. Oliveira EB, Medonça JLS. Family member with chemical dependence an consequent overburden suffered by family: descriptive research. *Online Braz J Nurs (Online)* [internet]. 2012 April 18 [Cited 2012 May 10] 11(1). Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3480>. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20120003>.
3. United Nations Office on Drugs and Crime (USA). World drug report 2015. [serial on the internet]. 2015 [cited 2016 mai 03]; Available from: https://www.unodc.org/documents/wdr2015/World_Drug_Report_2015.pdf
4. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (BR). I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras. [internet]. 2010 [cited 2016 May 03]; Available from: <http://www.grea.org.br/userfiles/GREA-ILevantamentoNacionalUniversitarios.pdf>
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007-2010. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
6. Ribeiro DVA, Turato ER, Azevedo RCS, Campos CJG. Views on treatment adherence among psychoactive substance-dependent women in the outpatient setting: a qualitative study. *Trends Psychiatry Psychother* [internet]. 2012 [cited 2014 Aug 02] 34(4). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-60892012000400005&lng=en. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S2237-60892012000400005>.
7. Cohen MS, Smith MK, Muessig KE, Hallett TB, Powers KA, Kashuba AD. Antiretroviral treatment of HIV-1 prevents transmission of HIV-1: where do we go from here? *Lancet* [internet]. 2013 Nov 2 [cited 2015 Mar 17] 382(9903). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3880570/>. doi: 10.1016/S0140-6736(13)61998-4.
8. Scaduto AA, Barbieri V. O discurso sobre a adesão de adolescentes ao tratamento da dependência química em uma instituição de saúde pública. *Ciênc saúde coletiva* [internet]. 2009 Apr [cited 2014 Aug 02] 14(2). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000200029&lng=en. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000200029>
9. Schaub M, Stevens A, Berto D, Hunt N, Kersch V, McSweeney T, Oeuvray K, Puppo I, Santa Maria A, Trinkl B, Werdenich W, Uchtenhagen A. Comparing outcomes of 'voluntary' and 'quasi-compulsory' treatment of substance dependence in Europe. *Eur Addict Res* [internet]. 2010 Jan [cited 2015 Mar 17] 16(1). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20016186> doi: 10.1159/000265938.
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
11. Rogers CR, 1902-1987. Um jeito de ser. São Paulo: EPU; 1983.
12. Baratieri T, Teixeira M EN, Silva M S. Compreensão de enfermeiros sobre vínculo e longitudinalidade do cuidado na estratégia saúde da família. *Cienc Enferm* [internet]. 2012 Ago [cited 2014 Ago 01] 18(2). Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000200002&lng=es. Doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532012000200002>.
13. Brunello MEF, Ponce MAZ, Assis EG, Andrade RLP, Scatena LM, Palha PF et al . O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). *Acta Paul Enferm* [internet]. 2010 [cited 2014 Aug 01] 23(1). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000100021&lng=en. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000100021>.
14. Souza OE, Zeni APD, Mantesso M, Federizzi T, Hirdes A. Tratamento e Reabilitação de usuários de CAPS AD sob a perspectiva dos profissionais do

Malvezzi CD, Gerhardinger HC, Santos LLP, Toledo VP, Garcia APRF. Adherence to treatment by the staff of a mental health service: an exploratory study . *Online braz j nurs* [internet] 2016 Jun [cited year month day]; 15 (2):177-187. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5201>

- serviço. Saúde em debate [internet]. 2013 dez [cited 2015 Mar 17] 37(n/e). Available from: http://www.saudeemdebate.org.br/UserFiles_Padrao/File/RSD_EspecialDrogas_Web.pdf
15. Carvalho MRF, Brusamarello T, Guimarães NA, Paes RM, Maftum AM. Causes of relapse and search for treatment reported by drug users in a rehabilitation unit. *Colomb Med* [internet]. 2011 Jun [cited 2015 Mar 17] 42(1). Available from <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342011000500007&lng=en&nrm=iso>.
 16. Fontanella BJB, Mello GA, Demarzo MMP, Turato ER. Percepção da síndrome de dependência por pacientes em tratamento. *J bras psiquiatr* [internet]. 2008 [cited 2014 Aug 01] 57(3). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852008000300007&lng=en. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852008000300007>.
 17. Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Campos CR. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o Público*. São Paulo: Xamã; 1998.
 18. Costa PHA, Laport JT, Mota, DCB, Ronzani, TM. A rede assistencial sobre drogas segundo seus próprios atores. *Saúde em Debate* [internet]. 2013 dez [cited 2015 Mar 17] 37(n/e). Available from: http://cebes.com.br/site/wp-content/uploads/2014/06/RSD_EspecialDrogas_REV2905_Web.pdf.
 19. Campos ARC, Rameh-de-Albuquerque RC, Almeida RB, Santos SJ. Principais desafios na construção de uma política integrada sobre drogas:

descrição da experiência na cidade do Recife/PE. *Saúde em Debate*. 2013 [internet]. 2013 dez [cited 2015 Mar 17] 37(n/e). Available from: http://www.saudeemdebate.org.br/UserFiles_Padrao/File/RSD_EspecialDrogas_Web.pdf

Todos los autores participaron de las fases de esa publicación en una o más etapas a continuación de acuerdo con las recomendaciones del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, 2013): (a) participación substancial en la concepción o confección del manuscrito o de la recolecta, análisis o interpretación de los datos; (b) elaboración del trabajo o realización de la revisión crítica del contenido intelectual; (c) aprobación de la versión sometida. Todos los autores declaran para los debidos fines que es de su responsabilidad el contenido relacionado con todos los aspectos del manuscrito sometido al OBJN. Garantizan que las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del artículo fueron debidamente investigadas y resueltas. Eximiendo por lo tanto el OBJN de cualquier participación solidaria en eventuales procesos judiciales sobre la materia en aprecio. Todos los autores declaran que no poseen conflicto de intereses, de orden financiera o de relacionamiento, que inflencie la redacción y/o interpretación de los resultados. Esa declaración fue firmada digitalmente por todos los autores conforme recomendación del ICMJE cuyo modelo está disponible en http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE_final_13-06-2013.pdf

Recibido: 08/04/2015
Revisado: 28/04/2016
Aprobado: 29/04/2016