

UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE - UNIVALE
MESTRADO EM GESTÃO INTEGRADA DO TERRITÓRIO - GIT

MARISA PINTO COELHO

**SAÚDE MENTAL: SATISFAÇÃO E PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS FRENTE
A DOIS MODELOS DISTINTOS DE TRATAMENTO**

GOVERNADOR VALADARES/MG

2020

MARISA PINTO COELHO

SAÚDE MENTAL: SATISFAÇÃO E PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS FRENTE A
DOIS MODELOS DISTINTOS DE TRATAMENTO

Dissertação apresentada ao Programa de
Mestrado em Gestão Integrada do
Território da Universidade Vale do Rio
Doce, como requisito parcial obrigatório
para obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Leonardo Oliveira
Leão e Silva

GOVERNADOR VALADARES/MG

2020

Dedico o presente trabalho aos usuários do CAPSad do município de Governador Valadares/MG a quem tive o privilégio de conhecer as percepções a respeito do seu tratamento no serviço de saúde mental. E, aos meus pais pelo incentivo e apoio. Eterna gratidão!

AGRADECIMENTO

Aos que contribuíram oficialmente para a conclusão do mestrado, meus agradecimentos:

Aos meus pais Adilson e Vanda agradeço pelo incentivo e apoio no decorrer desta trajetória.

À Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE) e, em especial o Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Gestão Integrada do Território (GIT). Agradeço aos professores do GIT pela colaboração e, excelência na qualidade do ensino. Ao Coordenador do Programa Prof. Dr. Haruf Salmen Espíndola, pelo compromisso e comprometimento com o processo de formação do mestrando.

À equipe do Centro de Atenção Psicossocial para tratamento de usuários de álcool e outras drogas (CAPSad) de Governador Valadares/MG, em especial à coordenadora do CAPSad Cida, a quem contribuiu diretamente para a realização deste estudo, agradeço a disponibilidade 'tempo', pelos momentos de partilha de saberes e experiências do cotidiano da saúde mental.

Aos participantes deste estudo, pela disponibilidade em participar da pesquisa, principalmente em compartilhar suas percepções a respeito do tratamento, possibilitando assim, novos olhares sobre a questão.

Ao meu orientador Prof. Dr. Leonardo Oliveira Leão e Silva, que acompanhou o processo de escrita e pesquisa de campo deste estudo. Agradeço pela leitura atenciosa, sugestões de autores e, disponibilidade em sanar as dúvidas e questionamentos. Ao meu orientador, todo o meu reconhecimento pela paciência, pelo incentivo na busca de outros saberes, olhares e percepções. Respeito, admiração e gratidão eternizam essa partilha.

Agradeço a prof.^a Dr^a Suely Rodrigues e Ms. Elisa Braga pela leitura atenciosa, sugestões e apontamentos importantes na banca de qualificação.

Aos colegas de mestrado, agradeço pela oportunidade de termos estado juntos no mesmo 'barco', velejando para mesma direção, ser mestre! Obrigado pelo carinho, trocas de materiais de leitura, conhecimento compartilhados e pelos momentos do cafezinho.

Agradecimento especial às meninas de Ipatinga, Anelise, Fabiane e Fúlvia pelo companheirismo nessa jornada. Obrigada Andreia Antunes, Samara Avanzi, Mariana Torres e Ludmila por toda a ajuda que recebi de vocês durante a nossa caminhada.

Aos meus pais, eterna gratidão pelo apoio e por acreditar que seríamos capazes de alcançar voos cada vez mais altos.

“Pois a vida não é o que se passa apenas em cada um dos sujeitos, mas principalmente o que se passa entre os sujeitos, nos vínculos que constroem e que os constroem como potência de afetar e ser afetado” (BRASIL, 2010, p. 8).

RESUMO

Governador Valadares/MG conta com dois serviços distintos de assistência à saúde mental às pessoas com transtornos mentais e comportamentais devido ao uso e dependência de substâncias psicoativas. A saber, o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad), territorializado na região central do município e, a Comunidade Terapêutica (CT), territorializado em uma região geográfica mais distanciada. Embora tais serviços tenham o mesmo objetivo, cada um tem autonomia para decidir como realizar o tratamento. Ressalta-se que tanto o CAPSad quanto a CT se encontram no rol das políticas públicas de saúde mental, como serviço integrado da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). O presente estudo se propõe a analisar a satisfação dos usuários com transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool e outras drogas, em acompanhamento no CAPSad no município de Governador Valadares/MG, e que tenha passado, também, pelo tratamento em alguma CT, considerando suas percepções a respeito da territorialização (proximidade/afastamento) dos serviços de saúde mental. Trata-se de estudo observacional, descritivo com recorte transversal e abordagem qualitativa; como instrumentos de coleta de dados foram utilizados prontuários do CAPSad, a Escala de Avaliação da Satisfação dos Pacientes com os Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR) e, uma entrevista semiestrutura com os usuários em tratamento no CAPSad. A coleta de dados foi realizada no período de 2019 a 2020, participaram do estudo 15 usuários com idade igual ou superior a 18 anos e, funcionalmente independentes. A análise dos dados foi realizada segundo a Análise de Conteúdo proposta por Bardin. Em relação à descrição da amostra, obtivemos os seguintes resultados: a maioria (93%) dos usuários é do sexo masculino, solteiro (60%), está entre 51-60 anos (40%) e, estudou até o ensino fundamental incompleto (33%), quanto a renda, grande parte (67%) possuem de 1 a 2 salários mínimos. Observa-se que maioria (67%) dos usuários foi por conta própria realizar o tratamento. Grande número (73%) apresentam problemas de saúde, em relação ao tratamento psicológico todos (100%) os usuários são atendidos também por este profissional (psicólogos/psiquiatra). Quanto à comorbidade psiquiátrica, grande número (73%) apresentam comorbidade. Já o uso de medicalização contínua, todos (100%) os usuários do CAPSad fazem uso de algum tipo de medicamento. Das internações psiquiátricas, uma pequena parcela (7%) já passou por esta experiência, e, a realização de atividades terapêuticas, foi observada em uma pequena (33%) parcela dos usuários. Quanto à análise de conteúdo, identificamos os seguintes temas com suas respectivas categorias: Territorialização (isolamento; privação de liberdade; proximidade com a família; proteção para evitar recaída; liberdade), Cuidado em saúde (assistência profissional; acompanhamento medicamentoso; humanização; apoio/ajuda; abandono/descaso) e Normas e procedimentos das CT's (visitas restritas; regras; rotina religiosa e disciplina rígida; tempo/momentos de reflexão). Complexas são as reflexões entorno destes modelos de tratamento, isso inclui desde as discussões teóricas no campo da saúde mental até a percepção e satisfação dos usuários a respeito da assistência. Embora se observe uma evolução nas políticas de saúde mental, ainda há um longo caminho a ser percorrido, para que de fato, estes serviços possam a ser visto pelo usuário, familiares e/ou comunidade, sem o estigma e preconceitos que a saúde mental carrega. Principalmente aquelas que ainda realizam suas intervenções prezando pelo isolamento social.

Palavras-chave: Satisfação. Percepção. Tratamento. Saúde Mental. Territorialização.

ABSTRACT

Governador Valadares/MG has two distinct mental health assistance services for people with mental and behavioral disorders due to the use and dependence on psychoactive substances. Namely, the Psychosocial Care Center for Alcohol and Drugs (CAPSad), territorialized in the central region of the municipality, and the Therapeutic Community (CT), territorialized in a more distant geographic region. Although these services have the same objective, each has the autonomy to decide how to carry out the treatment. It is noteworthy that both CAPSad and TC are on the list of public mental health policies, as an integrated service of the Psychosocial Care Network (RAPS). This study aims to analyze the satisfaction of users with mental and behavioral disorders due to the use of alcohol and other drugs, being monitored at CAPSad in the city of Governador Valadares / MG, and who has also undergone treatment in some CT, considering their perceptions regarding the territorialization (proximity / distance) of mental health services. This is a study that uses a quantitative and qualitative approach; cross-sectional, exploratory and descriptive study; analysis of medical records; Patient Satisfaction Rating Scale with Mental Health Services (SATIS-BR) and a semi-structured interview with users undergoing treatment at CAPSad. Data collection was carried out in the period from 2019 to 2020, 15 users aged 18 years or older and functionally independent participated in the study. The analysis of the quantitative data was performed using the Microsoft Office Excel® software, version 2010, and the qualitative data were analyzed according to the Content Analysis proposed by Bardin. Regarding the quantitative data, we obtained the following results: the majority (93%) of the users are male, are single (60%), are between 51-60 years old (40%), the majority (33%) I am still in elementary school, as for income, a large part (67%) have 1 to 2 minimum wages. It is observed that the majority (67%) of the users went on their own to carry out the treatment. A large number (73%) of the users interviewed have health problems, in relation to psychological treatment all (100%) users are also attended by this professional (psychologists / psychiatrist). As for psychiatric comorbidities, a large number (73%) have comorbidities. As for the use of continuous medicalization, all (100%) CAPSad users use some type of medication. Of the psychiatric hospitalizations, a small portion (7%) has already gone through this experience, and therapeutic activities were performed by a small (33%) portion of the users. As for content analysis, we identified the following themes with their respective categories: Territorialization (isolation; deprivation of freedom; proximity to the family; protection to prevent relapse; freedom), Health care (professional assistance; drug monitoring; humanization; support / help; abandonment / neglect) and CT's rules and procedures (restricted visits; rules; religious routine and strict discipline; time / moments of reflection). Complex are the reflections surrounding these treatment models, this includes from theoretical discussions in the field of mental health to the perception and satisfaction of users regarding assistance. Although there is an evolution in mental health policies, there is still a long way to go, so that, in fact, these services can be seen by the user, family and / or community, without the stigma and prejudices that mental health carries. Especially those who still carry out their interventions, valuing social isolation.

Keywords: Satisfaction. Perception. Treatment. Mental health. Territorialization.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Vinculação do presente projeto.....	44
Figura 2 - Mapa dos bairros do município de Governador Valadares/MG	Erro!

Indicador não definido.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 - População total por gênero, rural/urbana - Município de GV/MG**Erro! Indicador não definido.**
- Tabela 2 - Tipos de CAPS 46
- Tabela 3 - Características sociodemográficas dos usuários**Erro! Indicador não definido.**
- Tabela 4 - Características clínicas dos usuários. Procedência**Erro! Indicador não definido.**
- Tabela 5 - Características clínicas dos usuários. Problema de Saúde**Erro! Indicador não definido.**
- Tabela 6 - Dados sobre o consumo de álcool e outras drogas. Idade do primeiro uso**Erro! Indicador não definido.**
- Tabela 7 - Dados sobre o consumo de álcool e outras drogas. Tempo de uso**Erro! Indicador não definido.**
- Tabela 8 - Dados sobre o consumo de álcool e outras drogas. Frequência que consumia**Erro! Indicador não definido.**
- Tabela 9 - Análise da consistência da Escala SATIS-BR **Erro! Indicador não definido.**

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CAT	Casas de Acolhimento Transitório
CT	Comunidade Terapêutica
DQ	Dependência Química
FEBRACT	Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MS	Ministério da Saúde
NAPs	Núcleos de Atenção Psicossocial
OBID	Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
PSF	Programa Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SATIS-BR	Escala de Avaliação da Satisfação dos Pacientes com os Serviços de Saúde Mental
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNODC	Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
I - REVISÃO DA LITERATURA.....	16
1 Política Nacional de Saúde Mental: diretrizes e estratégias de assistência	16
1.1 Política Nacional Sobre Drogas: um alcance social	23
1.2 Modelo de atenção à saúde mental: rede de atenção psicossocial.....	27
1.3 Território da saúde mental.....	34
1.3.1 Territorialidades em atenção à saúde mental.....	35
1.3.2 A percepção do sujeito e sua satisfação com o serviço de saúde mental	36
II - CAMINHOS METODOLÓGICOS	40
2 Enunciado do problema de pesquisa	40
2.2 Objetivo geral	43
2.2.1 Objetivos específicos.....	43
2.3 Projeto original e atual.....	43
2.4 Tipo de estudo e abordagem.....	44
2.5 Universo do estudo	45
2.5.1 Amostra do estudo	48
2.6 Critérios de inclusão/exclusão	48
2.7 Estudo piloto.....	48
2.8 Etapas de realização da pesquisa	49
2.8.1 Primeira etapa: Análise documental	49
2.8.2 Segunda etapa: qualitativa.....	51
III - RESULTADOS E DISCUSSÃO	54
3.1 Perfil sociodemográfico, epidemiológico e a satisfação do usuário de álcool e outras drogas.....	58
3.1.1 Características sócio demográficas.....	58
3.1.2 História da queixa.....	64
3.1.3 Dados sobre o consumo de álcool e outra drogas.....	69
3.2 Escala de avaliação e satisfação - SATIS	79
3.3 Tratamento para o uso e abuso de álcool e outras drogas na perspectiva do usuário.....	84
3.3.1 Análise de conteúdo: temas e categorias	85
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	104
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	107
ANEXOS	126

INTRODUÇÃO

O presente estudo aponta uma discussão teórica e reflexiva a respeito dos serviços de assistência à saúde mental às pessoas com transtornos mentais e comportamentais devido ao uso e dependência de substâncias psicoativas. Por este grupo ser considerado um problema de saúde pública, a criação de ações destinadas às pessoas dependentes de substâncias psicoativas tem se tornado uma prioridade das políticas públicas. Tais ações devem possuir por base a organização dos serviços; a articulação das redes de atenção à saúde mental; e, a resolução de demanda, tendo como referência os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (VARELA; SILVA; MONTEIRO, 2016).

Observa-se que foi a partir da aprovação da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que as pessoas portadoras de transtornos mentais passam a ter proteção e seus direitos assegurados em lei, e que ocorreu a reorganização do modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001), como apontado:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra (BRASIL, 2001, s/p).

Dessa forma, pessoas dependentes de substâncias psicoativas passaram a ser foco das políticas públicas sobre drogas, em especial na área da saúde mental. As redes de cuidados a estas pessoas começaram a priorizar o cuidado extra hospitalar, destacando assim a importância da assistência integral ao dependente químico (MACHADO; BOARINI, 2013).

Observa-se que novos paradigmas foram se estabelecendo na saúde mental. Se antes o destino das pessoas dependentes de substância psicoativa era os hospitais psiquiátricos, distantes do convívio social, atualmente essas pessoas contam com serviços que incorporam a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (Estratégia Saúde da Família, Ambulatórios de saúde Mental, Centros de Convivência, Unidades de Acolhimento, Residências Terapêuticas, Centros de Atenção Psicossocial, SAMU, leitos em hospitais gerais e Comunidades Terapêuticas) que prezam pela redução de danos e/ou abstinência, buscando a integração de suas ações com a comunidade e a família do usuário. Este novo modo de compreender e tratar a saúde mental possibilita a democratização dessas instituições, bem como seu engajamento e responsabilização no acompanhamento/tratamento do usuário do serviço (TREVISAN; CASTRO, 2019).

Em outras palavras, a atenção às pessoas com transtornos mentais e comportamentais devido ao uso e dependência de álcool e outras drogas passaram por mudanças significativas. Os serviços de saúde mental eram marcados pelo isolamento e condições que, em muitos casos, eram caracterizados pelo abandono em hospitais psiquiátricos. Atualmente, os serviços de saúde mental são pautados no acolhimento; humanização; integração; e, na ressocialização do usuário da saúde mental com a família e com a comunidade (BRASIL, 2005).

Conforme a literatura, nas últimas décadas, o uso nocivo de álcool e outras drogas tem se tornado um problema de saúde pública endêmico tanto no Brasil quanto no mundo. Dada à gravidade que este problema assume “não parecem existir estratégias capazes de diminuir efetivamente sua incidência e seus agravos”, ou seja, possibilidade de atender as dimensões política; econômica; social; cultural; e, familiar em que o sujeito dependente da substância se encontra (MOLGOR, 2018, p. 9).

Frente a este cenário endêmico, o Ministério da Saúde (MS) por meio de programas/políticas públicas de saúde tem implementado ações de redução ao uso e abuso de álcool e outras drogas bem como destinadas a criminalidade/violência correlacionada à dependência de substância psicoativa (BRASIL, 2007¹).

Ressalta-se que os serviços que ofertam assistência a este grupo devem levar em consideração as particularidades de cada usuário; o ambiente em que o mesmo se encontra/transita; e, como os vínculos familiares/sociais são estabelecidos. Para além disso, a relação entre equipes de profissionais x usuários x comunidade/família é de suma importância para um tratamento de qualidade e, para o fortalecimento da relação comunidade e serviço de saúde (OLIVEIRA et al., 2014). Em termos estatísticos, a Organização Mundial de Saúde (OMS), aponta que cerca de 10% das populações dos centros urbanos (no mundo) consomem abusivamente substâncias psicoativas, independentemente da idade; sexo; nível de instrução; e, poder aquisitivo (BRASIL, 2003; OMS, 2011). E devido a tendência do aumento do uso abusivo, o Relatório Mundial sobre Drogas de 2017 do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) aponta que aproximadamente 250 milhões de pessoas usaram drogas no ano de 2015 (UNODC, 2017).

¹ Decreto nº 6.117, de 22 de maio de 2007 - Aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências (BRASIL, 2007).

Segundo a folha informativa da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a OMS sobre o consumo de álcool (OPAS/OMS, 2019, s/p):

- Em todo o mundo, 3 milhões de mortes por ano resultam do uso nocivo do álcool, representando 5,3% de todas as mortes.
- O uso nocivo de álcool é um fator causal para mais de 200 doenças e lesões.
- Em geral, 5,1% da carga mundial de doenças e lesões são atribuídas ao consumo de álcool, conforme calculado em termos de Anos de Vida Perdidos Ajustados por Incapacidade (DALY, sigla em inglês).
- O consumo de álcool causa morte e incapacidade relativamente cedo na vida. Na faixa etária de 20 a 39 anos, aproximadamente 13,5% do total de mortes são atribuíveis ao álcool.
- Existe uma relação causal entre o uso nocivo do álcool e uma série de transtornos mentais e comportamentais, além de doenças não transmissíveis e lesões.
- Foram estabelecidas recentemente relações causais entre o consumo nocivo do álcool e a incidência de doenças infecciosas, tais como tuberculose e HIV/aids.
- Além das consequências para a saúde, o uso nocivo do álcool provoca perdas sociais e econômicas significativas para os indivíduos e para a sociedade em geral.

Nesse contexto da saúde mental, surgem serviços pautados em tratamentos menos invasivos e, que prezam pela ressocialização, evitando assim as internações e o distanciamento social a saber os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e, especificamente os Centros de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPSad). Estes serviços assumiram a responsabilidade de ofertar tratamento às pessoas dependentes de álcool e outras drogas que ora era destinado exclusivamente para os hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

Ressalva-se que os CAPS se constituem em um dos pontos de atenção que compõem a RAPS instituída pela Portaria MS/GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, tendo por objetivo:

I – ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; II – promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e III – garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (BRASIL, 2015, p. 57)

Recentemente (em 2019), houve um marco na saúde mental, a inclusão das Comunidades Terapêuticas (CTs) no rol das políticas públicas de saúde mental, como serviço integrado da RAPS. Oficializado a partir da nota técnica² que dispõe sobre mudanças nas políticas e diretrizes no tratamento da dependência química (DQ) em âmbito nacional (BRASIL, 2019).

² NOTA TÉCNICA Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS Assunto: Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Disponível em: <<http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>>. Acesso em 11 mai. 2020.

Visando o bem-estar dos usuários dos serviços de saúde mental, a OMS preconiza que os serviços sejam avaliados, considerando as especificidades de cada território e os recursos humanos e materiais que cada um possui. A avaliação visa à qualidade do atendimento tanto dos usuários quanto dos familiares (OMS, 2001).

Para tanto, uma das medidas utilizadas para avaliar³ a qualidade dos serviços é a satisfação dos usuários (EINSEN, 2010). Ao avaliar a satisfação a respeito do tratamento e atendimento de forma geral, torna-se possível identificar possíveis situações que podem estar relacionadas com o abandono e/ou recaídas no decorrer do tratamento (CESARI; BANDEIRA, 2010; HASLER et al., 2004; PRIEBE; AMP; GRUYTERS, 1995; RUGGERI, 1994). Além disso, a percepção dos usuários no momento da avaliação do tratamento pode contribuir em sua autoestima e, no seu empoderamento. Em outros termos, o usuário pode se sentir valorizado uma vez que sua opinião a respeito do atendimento está sendo levada em consideração ou pelo menos, sendo ouvida (TAIT; AMP; LESTER, 2005).

A primeira parte deste estudo, *revisão da literatura*, aborda os conceitos que fundamentam a pesquisa em pauta. Apresenta a política nacional em saúde mental, com destaque para os CAPSad e, as CTs, bem como as diversas políticas sobre drogas implementadas no Brasil. Apresenta ainda, outros estudos que também descrevem sobre a percepção e a satisfação dos usuários a respeito do tratamento ofertando pelos CAPSad e as CTs. Por fim, apontamos a importância dos estudos territoriais no campo da saúde mental, destacando o processo de territorialização das políticas em saúde mental.

A partir da revisão da literatura, identificamos os autores que contribuíram com as reflexões deste estudo a respeito das políticas públicas de saúde mental, a saber: Paulo Amarante Paulo Delgado, Ana Marta Lobosque. Como referência para essa discussão no campo dos estudos territoriais, utilizamos os geógrafos: Yi Fu Tuan e Rogério Haesbaert.

A segunda parte “*Caminhos metodológicos*” apresenta os seguintes tópicos: justificativa do estudo; enunciado do problema de pesquisa; objetivo geral; objetivos específicos; projeto original e recorte atual; tipo de estudo e abordagem; universo do estudo; amostra do estudo; critérios de inclusão/exclusão; estudo piloto; etapas de realização da pesquisa.

Este estudo utiliza uma abordagem qualitativa; estudo transversal, exploratório, descritivo; com a análise de prontuários e utilização de instrumentos de coleta de dados, Escala de

³ Escala de Avaliação da Satisfação dos Pacientes com os Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR).

Avaliação da Satisfação dos Pacientes com os Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR) e entrevista semiestruturada, com os usuários em tratamento no CAPSad no município de Governador Valadares/MG no período de 2019 e 2020. Em relação os resultados da pesquisa de campo, os dados relativos à descrição da amostra foram analisados utilizando o Microsoft Office Excel versão 2010. Quando aos dados qualitativos, realizamos a análise de conteúdo proposto por Bardin(2004).

A terceira parte *resultados e discussão* apresenta os resultados obtidos a partir dos dados coletados junto aos usuários do CAPSad articulados com as reflexões anteriormente realizada. A partir de fragmentos das falas dos usuários identificamos as temáticas e categorias que foram posteriormente analisadas. Nossa expectativa é de que o referencial teórico e a análise dos dados coletados tenham oferecido subsídios consistentes para responder à questão central que motivou esse estudo.

I - REVISÃO DA LITERATURA

1 Política Nacional de Saúde Mental: diretrizes e estratégias de assistência

Durante a segunda metade da década de 1970 no Brasil, os trabalhadores em saúde mental, iniciaram um movimento social de denúncias a situações vivenciadas pelos usuários dos hospitais psiquiátricos, tendo como objetivo desconstruir (acabar) com os manicômios (BRASIL, 2005; CFP, 2013; LARENTIS; MAGGI, 2012; TENORIO, 2002) possibilitando a “construção de novas formas de cuidar em mental [...] objetivando a reinserção social do usuário da saúde mental” (OLSCHOWSKY, 2009, p.782).

O processo inicial de intervenção nos serviços hospitalares, de denúncia social de maus-tratos e desrespeito ao sujeito em sofrimento, aliado a criação de serviços que se contrapõem a psiquiatria tradicional, a partir dos anos de 1990, traduziu o momento de ampla mobilização social pelo qual passou a história da psiquiatria e da atenção à pessoa com sofrimento psíquico. Demarcou o momento em que a sociedade, como um todo, pressionou o Poder Público na busca da melhoria da assistência psiquiátrica brasileira e denunciou a precariedade do serviço hospitalar e a privatização do serviço público de saúde (TAVARES; SOUZA, 2009, p. 253)

Diante do modelo manicomial vigente, é no contexto da promulgação da Lei nº 10.216 de 2001 e da III Conferência Nacional de Saúde Mental ao alinhar com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, que a política de saúde mental começa a se consolidar, ter sustentação e ter maior visibilidade (BRASIL, 2005; FELIX, 2016) ao propor um olhar diferenciado sobre os portadores de sofrimento psíquico.

No final da década de 1980, as primeiras experiências de uma rede substitutiva ao modelo hospitalocêntrico (também conhecido como modelo asilar), começam a ser idealizadas/planejadas. E em 1987 é inaugurado o primeiro serviço alternativo de cuidado ao louco, chamado CAPS Luiz da Rocha Cerqueira, o primeiro CAPS na cidade de São Paulo (capital) que tinha a proposta de funcionar como uma “estrutura intermediária” entre o “hospital e a comunidade” (FREIRE, 2012, p. 98).

Ainda segundo a autora, na cronologia da construção de uma rede substitutiva em saúde mental, a implantação do CAPS foi um dos primeiros movimentos radicais promovendo também a construção dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) funcionando 24 horas. O CAPS e o NAPS (duas experiências pioneiras) originaram a criação de diversas portarias ministeriais com o intuito de serem incluídas como serviços componentes do SUS (FREIRE, 2012).

A Declaração de Caracas em 1990 reforça a extinção dos modelos psiquiátricos hospitalocêntricos ao reforçar a reestruturação da atenção à saúde, atendimento em equipamentos comunitários e, ações de reabilitação psicossocial com a finalidade de manter o doente/dependentes em seu contexto social (CNS, 2002; MORAIS, 2010)

A Lei nº 10.216 de 2001 também conhecida como Paulo Delgado, regulamenta a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) e estabelece diretrizes para a reformulação do modelo de atenção à saúde mental transferindo o foco do tratamento da instituição hospitalar para o cuidado em serviços substitutos, de base comunitária e aberta visando a reinserção social da pessoa com transtorno mental (BRASIL, 2001; MORAIS, 2010; PINHO, SOUZA; ESPIRIDIAO, 2018). "A construção de uma rede comunitária de cuidados foi fundamental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica"(BRASIL, 2005, p. 25) e a Política de Saúde Mental veio garantir a reinserção e a livre circulação de pessoas com transtorno mental pelos serviços, territórios e cidade bem como sua reinserção(PARANHOS-PASSOS; AIRES, 2013). Nesse sentido, a PNSM, veio salientar que o tratamento/cuidado dos pacientes com transtornos mentais em espaços restritos deixariam de ser o local privilegiado para serem feitos em dispositivos descentralizados e vinculados ao território. (FRANCO, 2013; PINTO, 2013)

Assim, na busca de oferecer aos usuários um tratamento mais humanizado por meio da desinstitucionalização do cuidado da saúde mental e a adoção de uma atenção psicossocial, foi possível enxergar novas maneiras para lidar com a loucura devido à inserção de diferentes olhares profissionais e a inserção do usuário como ator essencial social (LARENTIS; MAGGI, 2012; NASI; SCHNEIDER, 2011). Como diria Aquino (2013), as mudanças nas modalidades dos serviços que subverteram a lógica assistencial psiquiátrica trouxeram um novo desafio para os profissionais de aprendizagem para lidar com a psicose e as crises psicóticas fora dos muros dos manicômios. Era preciso conviver com os impasses da loucura de um novo jeito.

A partir deste contexto, o cuidado em Saúde Mental privilegiou "o indivíduo como um todo, desde o alívio dos seus sintomas das doenças até a sua total integração com o meio, convivendo com a liberdade de seus desejos" interagindo e se relacionando no seu meio social e vivenciando as situações da vida no dia a dia (FRANCO, 2013, p. 209).

Dessa forma, tendo como foco o tratamento em unidades de serviços comunitários e não mais em instituição hospitalar é que o CAPS se consolida, bem como os centros de convivência, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), as equipes de Saúde Mental nos centros de saúde e os dispositivos dirigidos aos profissionais das Estratégias Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2004; FRANCO, 2013), ou seja, "territórios que apontam os afetos, as políticas, as éticas de viver"(CECCIN, 2010, p.67) e que abrem espaços para as relações e apropriação cotidiana para os usuários (BRASIL, 2013)

Em 2002 o MS lança a Portaria/GM nº 336 de 19 de fevereiro de 2002 que define e estabelece as diretrizes para o funcionamento dos CAPS, sendo estes serviços categorizados pelo porte, capacidade de atendimento, clientela atendida e perfil populacional dos municípios brasileiros recebendo as denominações de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad (BRASIL, 2002).

Os serviços CAPS e os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPs) existentes fossem recadastrados nas modalidades CAPS I, CAPS II, CAPS III, Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) e Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), bem como todos os novos serviços os de Saúde Mental no Sistema Único de Saúde (SUS), que viessem a ser criados e cadastrados (TAVARES; SOUZA, 2009, p. 254).

Esses serviços, entre outros dispositivos de atenção a saúde, têm valor estratégico para a RAPS devido a sua função articuladora frente aos níveis de atenção em saúde. Esses serviços, entre outros dispositivos de atenção a saúde, tem têm valor estratégico para a RAPS devido a sua função articuladora frente aos diversos níveis de atenção em saúde. Essa rede tem em seu papel o acolhimento e constitui-se em uma nova clínica e produtora de autonomia onde o usuário é chamado à responsabilização em ser protagonista de seu tratamento (BRASIL, 2005; FARIA, 2009). Vale ressaltar que essas novas modalidades de serviços, começaram a contar com equipes multiprofissionais, atuando de maneira interdisciplinar produzindo consequentemente novas concepções e modalidades de intervenções no tratamento do usuário. Antes, intervenções pautadas na clínica tradicional, agora passa-se a uma clínica ampliada na busca de assegurar a cidadania do "louco" sem normatizá-lo ou silenciá-lo (AQUINO, 2013). Nesse sentido, o CAPS diferencia-se das "estruturas tradicionais ao se orientar pela ampliação do espaço de participação do sujeito em sofrimento, pela democratização das ações e valorização da subjetividade" (TAVARES; SOUSA, 2009, pg. 254).

Os CAPS têm como objetivo principal fornecer atendimento para a população, acompanhamento clínico, reinserção social e fortalecimento dos vínculos familiares e

comunitários. Estão organizados em diferentes modalidades que dependerão da faixa etária e do número de habitantes por municípios ou regiões (BRASIL, 2017, s/p) a saber:

I - CAPS I: atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de quinze mil habitantes.

II - CAPS II: atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes.

III - CAPS III: atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes.

IV - CAPS AD: atende pessoas de todas as faixas etárias, que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes.

V - CAPS AD III: atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes.

VI - CAPS i: atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes.

VII - CAPS AD IV: atende pessoas com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Sua implantação deve ser planejada junto a cenários de uso em municípios com mais de 500.000 habitantes e capitais de Estado, de forma a maximizar a assistência a essa parcela da população. Tem como objetivos atender pessoas de todas as faixas etárias; proporcionar serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana; e ofertar assistência a urgências e emergências, contando com leitos de observação.

Também, oferecem tratamentos personalizados, para cada indivíduo, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial visando tanto à promoção da vida na comunidade quanto à autonomia do público alvo (BRASIL, 2011; BRASIL, 2013).

Em todos os tipos de atendimento, os CAPS são considerados locais de referência e de tratamento a pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, "cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida" (BRASIL, 2004, p.13)

Cada tipo de CAPS tem suas próprias características, quanto à equipe de profissionais, assim como a função de cada um. Cabe destacar que o presente trabalho também ressalta os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad), que atuam com serviços de atenção especializada em saúde mental para o cuidado de pessoas com problemas relacionados ao consumo abusivo e dependente de drogas. Esse serviço de atenção baseia-se no modelo psicossocial de cuidado buscando a inserção social com a adoção de múltiplas práticas e estratégias terapêuticas mais humanizadas.

As equipes do CAPSad devem contar com: 1 médico psiquiatra; 1 enfermeiro com formação em saúde mental; 1 médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas; 4 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; 6 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e Artesão (BRASIL, 2017).

CAPS ad II - Serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000. Recursos Humanos: 01 (um) médico psiquiatra; 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental; 01 (um) médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas; 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2017, s/p).

Os CAPSad deverão estar capacitados para o acompanhamento dos pacientes de forma intensiva (destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitem acompanhamento diário), semi-intensiva (tratamento destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento frequente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAPS) e não-intensiva (atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma frequência menor) (BRASIL, 2017, s/p).

Diante do exposto, observa-se que a organização do quadro de profissionais dos CAPSad apresenta condições técnicas para a oferta de um atendimento humanizado aos usuário, família e/ou comunidade, bem como garantir os direitos civis e humanos dos assistidos,

possibilitando a convivência, permanência, e o fortalecimento dos vínculos e relações sociais. Os CAPSAd são caracterizados pelo tratamento aberto, comunitário, compreendidos não apenas como local geográfico ‘região central do município’, mas um ambiente que transita diversas pessoas nos quais convivem e compartilham experiências do cotidiano (OMS, 2002).

Em contrapartida, temos os serviços ofertados pelas CTs, que se configuram como um atendimento residencial transitório, de atendimento a dependentes químicos, de caráter exclusivamente voluntário e, que tem como base o tratamento fechado (DE LEON, 1994; 2008; NIDA, 2015; RDC nº 29, 2011⁴; VANDERPLASSCHEN; VANDEVELDE; BROEKAERT, 2014).

Conforme a literatura, as CTs surgiram na década de 1940 na Grã-Bretanha para atender os militares que haviam retornado da guerra apresentando problemas psiquiátricos crônicos, principalmente problemas psicológicos e eram tratados por com psiquiatras em hospitais gerais. O objetivo era que priorizar a aprendizagem social sobre a mental privilegiando a interação entre pacientes e equipe médica. Dessa forma, os pacientes poderiam conhecer seu diagnóstico maximizando os efeitos terapêuticos para a obtenção de melhores resultados (FOSSI; FRACASSO, 2011; GUARESCHI, 2015; RAUPP, MILNITISKY-SAPIRO, 2008)

Ao longo da história, a ideia de CT é observada sob diferentes formatos (BOLONHEIS-RAMOS; BOARINI, 2015; DE LEON, 2003) e conforme Fracasso (2011), começaram a ser instituídas em vários países (século XX), apresentando especificidades e contribuições expressivas.

Observa-se que a metodologia básica das CTs tem uma grande influência do grupo de Oxford fundada por Frank Buchman, ministro evangélico luterano. As ideias e práticas do grupo perpassavam pela ética no trabalho, cuidado mútuo, honestidade, altruísmo, autoexame, defeitos de caráter e reparação de danos acarretados ao outro (BOLONHEIS-RAMOS; BOARINI, 2015; DE LEON, 2003; FRACASSO, 2011)

Na contemporaneidade, Bolonheis-Ramos e Boarini (2015) apontam que os formatos das CTs ora direcionam o tratamento para o campo da psiquiatria social, tratamento psicológico e

⁴ RDC: Art. 19. No processo de admissão do residente, as instituições devem garantir: I - respeito à pessoa e à família, independente da etnia, credo religioso, ideologia, nacionalidade, orientação sexual, antecedentes criminais ou situação financeira; II - orientação clara ao usuário e seu responsável sobre as normas e rotinas da instituição, incluindo critérios relativos a visitas e comunicação com familiares e amigos, devendo a pessoa a ser admitida declarar por escrito sua concordância, mesmo em caso de mandado judicial; III - a permanência voluntária (RDC nº 29, 2011).

psiquiátrico dos pacientes dentro ou fora de ambientes hospitalares, ora são programas de tratamento residencial para dependentes de drogas.

Perrone (2014) descreve que após a 2ª Guerra Mundial, na metade do século XX, inicia-se o movimento de reforma da psiquiatria por Maxwell Jones que desenvolveu o modelo de CT psiquiátrica que teve repercussão nos EUA como alternativa ao tratamento psiquiátrico manicomial (BOLONHEIS-RAMOS; BOARINI, 2015). Em meados da década de 1960, surgiram as primeiras comunidades dedicadas ao tratamento de dependência de drogas que, além de ter influência do grupo de Oxford, também recomendavam os princípios dos Alcoólicos Anônimos que surgiram em 1935 (BOLONHEIS-RAMOS; BOARINI, 2015; DE LEON, 2003; OBID, 2007).

Apesar dos "serviços" prestados pelas CTs, até o ano de 2001, elas não faziam parte da rede de atenção à saúde. No Brasil, a regulamentação deste serviço para funcionar como instituição de tratamento de usuários de drogas como serviço de atenção da rede pública, aconteceu somente a partir de 2011, através da RDC nº29 /11 pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), sendo incluídas na RAPS pela portaria nº 3.088 (BOLONHEIS-RAMOS; BOARINI, 2015 ; FOSSI; GUARESCHI, 2015). Essa resolução, que revogou e substituiu a resolução 101 da ANVISA, de 30 de maio de 2001 (RDC nº 101/2001) oficializou a nomenclatura CT, definindo no seu artigo 1º

Estabelecer Regulamento Técnico disciplinando as exigências mínimas para o funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial, também conhecidos como Comunidades Terapêuticas, parte integrante desta Resolução (RDC nº 101/2001, s/p)

Enquanto a primeira RDC nº 101/2001 representou um primeiro passo na necessidade de qualificar os serviços prestados por entidades civis, a segunda RDC nº 29/ 2011, veio estabelecer requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de entidades em regime de residência que prestassem serviços ao público em questão - pessoas com transtornos decorrentes de uso, abuso e dependência de drogas – tendo como instrumento terapêutico a convivência entre os pares (RDC nº 29/ 2011, s/p)

Nas últimas décadas as CTs tem atuado ativamente no atendimento para dependentes químicos no país. O Mapeamento das instituições governamentais e não-governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil, realizado

pelo Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID), em 2007, relata que 55% das instituições que ofereciam atendimentos para dependentes químicos no Brasil se autodenominavam CTs, e 80% desse tipo de atendimento era realizado dentro destas CTs (PERRONE, 2019).

Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), em 2014, foi registrado quase 1900 CTs no Brasil (IPEA, 2014). Destas, cerca de 300 estavam sendo financiadas pelo Governo Federal, no âmbito do programa “Crack: é possível vencer”. A maior parte destas CTs, cerca de 40%, encontravam-se na região Sudeste e a minoria, cerca de 7%, na região Norte (PERRONE, 2019)

Esses dispositivos funcionam em residências que oferecem “um ambiente protegido, técnico e eticamente orientado” apresentando como objetivo a “manutenção da abstinência”, uma melhoria “na qualidade de vida, assim como a reinserção social do indivíduo” (PERRONE, 2019, p. 29).

As CTs diferentemente dos CAPSad prezam por uma abordagem terapêutica guiada na perspectiva da recuperação da DQ, por meio do desenvolvimento de um novo estilo de vida com a convivência restrita aos ambientes da própria CT. Ou seja, a convivência ocorre somente entre os pares e os profissionais. Assim, os que se encontram em momentos mais avançados do tratamento, suas histórias de superação e seu sucesso na “recuperação pessoal, servem de guias no processo dos outros” (PERRONE, 2019, p. 29).

Faria (2013) nos chama a atenção para os diversos processos de implantação e manutenção dos dispositivos necessários para a transformação da assistência a saúde mental. Segundo a autora, é preciso evitar que o processo de reforma não se limite apenas à facilitação ou preparação do usuário para a sua reinserção social fazendo-se necessário também a articulação das políticas de saúde com as demais políticas públicas garantindo os direitos sócios constitucionais como: moradia, lazer, segurança entre outras (MOREIRA; ANDRADE, 2007).

1.1 Política Nacional Sobre Drogas: um alcance social

Na tentativa de reduzir a oferta e a demanda de drogas, na primeira metade do século XX, o Brasil, assim como a maioria dos países, implementou uma política nacional sobre drogas,

pautada na repressão tendo como referência as convenções internacionais sobre drogas, a exemplo: Convenção de Haia (1911), que representou a consolidação da postura proibicionista (MACHADO; MIRANDA, 2007). Essa postura baseava-se no controle de entorpecentes, na adequação das legislações com orientações repressoras e criminalizantes, enquadrando como ações criminais a posse, comércio e o consumo de drogas (CARVALHO, 1996; VENTURA, 2009).

A primeira norma legal a tratar do assunto como segurança nacional, foi o Decreto-Lei nº 891/1938, conhecido como Lei de Fiscalização de entorpecentes, com conteúdo moralizador e que consolidou ações de prevenção, tratamento e repressão de drogas no Brasil (BRASIL, 1938)

Este decreto foi substituído pela Lei n. 6.368/76 que dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao uso indevido de substâncias entorpecentes que determinem dependência física ou psíquica. Mesmo com a criação de leis visando o combate às drogas, o foco principal ainda permaneceu na repressão, não se preocupando com a devida atenção à saúde física e mental dos usuários e nem com a prevenção e tratamento de transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas (DEGASPARI 2013).

Mesmo com o controle repressivo, houve um crescimento do consumo e da produção de substâncias ilícitas impactando no aumento dos danos à saúde pública devido ao contínuo uso de drogas sem controle sanitário e prevenções adequadas. Por isso surgiram vários questionamentos sobre a eficácia das estratégias estritamente repressivas elaboradas pelos representantes das políticas públicas (RODRIGUES, 2006).

Em 2009, houve uma mudança de paradigma, com a Portaria nº 1.190 de 2009, que instituiu o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde. O referido plano estabeleceu a diversificação das “[...] ações orientadas para a prevenção, promoção da saúde, tratamento e redução dos riscos e danos associados ao consumo prejudicial de substâncias psicoativas” (BRASIL, 2009, p. 4). Também sinalizou a necessidade da “construção de respostas intersetoriais efetivas, que considerem o ambiente cultural e os direitos humanos, e que possam enfrentar a situação de vulnerabilidade e exclusão social dos usuários” (RAMOS, 2012, p. 54).

Em 2010, o MS lançou uma série de documentos para regulamentação da atenção a usuários de drogas, dando atenção especialmente ao crack:

a) O 55 Decreto nº 7.179 em 2010, instituiu o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, criando o seu comitê gestor, o qual posteriormente sofreu alterações indicadas pelo Decreto nº 7.637 em 2011.

b) Em setembro de 2010, o Governo Federal também lançou editais e portarias para ampliação e qualificação da rede de atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, com investimentos na ampliação dessa rede, oferta de capacitação para os profissionais, abertura de leitos em hospitais gerais, CAPSad e CT. Lançou, também, editais visando a implantação e criação das Casas de Acolhimento Transitório (CAT) e para a implantação de Centros de Referência para Formação Permanente dos profissionais.

c) No mesmo ano de 2010, a Portaria nº 2.841 de 2010, instituiu o funcionamento 24 horas dos CAPSad III, no âmbito do SUS. A Portaria nº 2.842 de 2010, aprovou as normas de funcionamento e habilitação dos serviços hospitalares de referência para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas, em situações de urgência que demandem internações de curta duração. E a Portaria nº 2.843 de 2010, criou os Núcleos de Apoio a Saúde da Família/Modalidade 3, que priorizam a atenção integral aos usuários de crack, álcool e outras drogas.

d) Em julho de 2011 o MS lançou a VIII Chamada para Supervisão Clínico-Institucional da RAPS, Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2011b), tendo como objetivo selecionar projetos propostos por profissionais não pertencentes ao quadro de servidores do CAPS, para auxiliar na organização dos serviços e direcionar as ações e reflexões das equipes que atuam nos serviços de saúde mental para álcool e outras drogas.

e) Em dezembro de 2011, o MS lançou a Portaria 3.088, instituindo a RAPS com a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS.

Essa Portaria(3088) é o marco da RAPS, que passa a ser constituída pelos seguintes componentes:

a) Atenção Básica em Saúde: Unidades Básicas de Saúde (UBSs), Consultórios de Rua, Centros de Convivência;

b) Atenção Psicossocial Especializada: CAPS I, II, III, CAPS AD, AD III e CAPSi;

- c) Atenção de Urgência e Emergência: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) 192, Sala de Estabilização, Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas, pronto atendimento, UBS, CAPS e outros;
- d) Atenção Residencial de Caráter Transitório: Unidades de Acolhimento – ambiente residencial 24 horas, com permanência de no máximo 6 meses; Serviços de Atenção em Regime Residencial (Comunidades Terapêuticas) – permanência por até 9 meses para pacientes com necessidades clínicas estáveis;
- e) Atenção Hospitalar: enfermarias especializadas em hospitais gerais; Serviço Hospitalar de Referência;
- f) Estratégias de Desinstitucionalização: iniciativas que buscam garantir às pessoas em situação de internação de longa permanência os seus direitos, promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando sua progressiva inclusão social;
- g) Reabilitação Psicossocial: iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários, cooperativas sociais.

A partir de 2012, mediante a criação da rede composta pelos serviços anteriormente relacionados, foram lançadas as seguintes Portarias:

- a) Portaria nº 121 de 2012, que institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial.
- b) Portaria nº 130 de 2012, que redefine o funcionamento dos CAPSad III (24 horas) e os respectivos incentivos financeiros;
- c) Portaria nº 131 de 2012, que dispõe sobre incentivo financeiro aos Serviços de Atenção em Regime Residencial, como as CTs, no valor de R\$ 15.000,00 mensais para cada módulo de 15 vagas, sendo que cada entidade pode ser beneficiada com no máximo 2 módulos (30 vagas);
- d) Portaria nº 132 de 2012, que institui incentivo financeiro para o desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da RAPS do SUS, do qual participam iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais;

e) Portaria nº 148 de 2012, que define as normas de funcionamento e habilitação, bem como institui incentivos financeiros aos Serviços Hospitalares de Referência para atenção a pessoas com sofrimento/transtorno mental e com demandas de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Como destaca Ramos (2004) diversas são as legislações criadas para que a rede comunitária de cuidados seja efetiva. O autor ainda ressalta que não são as políticas públicas nem seus dispositivos ou serviços que possibilitam o tratamento das pessoas com transtornos mentais pelo uso de álcool e outras drogas, mas sim a organização em rede dos diferentes dispositivos do município.

As discussões entorno da saúde mental, principalmente em decorrência do uso e dependência de substância psicoativa é um problema antigo e complexo que por muito tempo teve pouca intervenção do Estado em ações mais específicas à saúde, o que pode ter contribuído para ‘demora’ da criação e implementação de políticas específicas (CAPSad) a este grupo e, a inserção das CTs no rol das políticas públicas. Tal fenômeno pode ter contribuído com a disseminação das CTs:

"alternativas de atenção" de caráter total, fechado, baseadas em uma prática predominantemente psiquiátrica ou médica, ou, ainda, de cunho religioso, tendo como principal objetivo a ser alcançado a abstinência. Esta rede de instituições – em sua maioria filantrópicas – cumprem um papel relevante, e apontam a necessidade de assunção pela saúde pública de uma política mais clara e incisiva para o problema (BRASIL, 2005, p. 40)

Lima (2013) aponta que a participação do Brasil entre os signatários das convenções internacionais repercutiu conseqüentemente na formulação de uma política sobre a repressão e uso de drogas condizente com um discurso proibicionista. Entretanto, tem se observado nos últimos anos que essas políticas têm se demonstrado mais permeáveis às estratégias de redução de danos. Assim, depois da vigência da Lei Federal nº 10.216/2001, as políticas sobre drogas passaram a destacar o direito a saúde e a proteção dos usuários de drogas e a privilegiar a rede de cuidados extra-hospitalar como os CAPSad.

1.2 Modelo de atenção à saúde mental: rede de atenção psicossocial

As redes de cuidado foram essenciais para uma nova organização dos serviços levando ao surgimento da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 que instituiu a RAPS para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas levando o SUS a operar sob a lógica de Redes de Atenção

(BRASIL, 2011). Essa rede passa a ser composta pelos serviços da Atenção Básica, Centro de Atenção Psicossocial, Atenção de urgência e emergência, Atenção residencial de caráter transitório, Atenção hospitalar, Serviços Residenciais Terapêuticos e Reabilitação psicossocial. De acordo com o Art. 3º dessa portaria são objetivos gerais da Rede de Atenção Psicossocial:

I - ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; II - promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e III - garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (BRASIL, 2011, s/p).

Assim, a construção de redes de atenção pode ser considerada uma teia complexa, costurada entre os diversos serviços e estratégias de saúde. Nessas interconexões, as redes propiciam convívio, trocas, atravessamento e como diz Garcia (2013, pg.78) "onde os efeitos se fazem sentir, ora vindos de uma série, ora de outra".

Franco (2006) aponta que o trabalho em saúde se estabelece a partir dos encontros entre trabalhadores e usuários onde os fluxos de conexões dessas relações - políticos, comunicacionais, simbólicos, subjetivos, formam uma rede de relações a partir da qual, os produtos que se referem ao cuidado ganharão materialidade e condições de consumo. Para o autor, a imanência das redes nessas relações traz a ideia de pertença por meio dos fluxos-conectivos com a própria equipe, com outras equipes, com outras unidades de saúde expandindo suas conexões para o território da área da unidade bem como para o domicílio do usuário. Então, sob a perspectiva do autor, as redes são fundamentais nos processos produtivos de saúde.

Cabe refletir que o funcionamento das redes formadas dentro do sistema de saúde enfrenta crises “oriundas de uma teia complexa de aspectos individuais, familiares e sociais” (QUINDERÉ; JORGE; FRANCO, 2014, p. 256-257), interconectados com os diversos serviços de saúde, evitando a fragmentação dos atendimentos visto que:

têm expressão no meio social, mediante diversos agenciamentos; elas propiciam o surgimento de novos modos de relação, constroem-se no meio social onde cada sujeito está inserido. Adaptam-se às novas possibilidades de atuação dos sujeitos no campo de produção da vida, produzem múltiplas conexões e fluxos construídos a partir de processos, que interligam os diversos atores, e criam linhas de contatos entre os agentes sociais, que são a fonte de produção da realidade (QUINDERÉ; JORGE; FRANCO, 2014, p. 256).

Neste sentido, Vieira Filho e Nóbrega (2004), alertam para a importância do planejamento em nível territorial para a não fragmentação dos atendimentos via interconexão dos serviços prestados pelos CAPS com os demais serviços do sistema de saúde.

No território, a prática terapêutica modula-se de forma diferente do consultório: trabalha-se com a população local e no serviço comunitário. O centro de gravitação dos atendimentos em saúde mental se localiza no CAPS e o da saúde geral, no Programa de Saúde da Família (PSF). Esses serviços devem estar interconectados num circuito interinstitucional integrado no SUS. Situação que pode evitar a fragmentação dos atendimentos e ainda ser facilitadora do planejamento de área de saúde distrital, sobretudo concernente aos atendimentos domiciliares e às intervenções clínicas na rede pessoal significativa do usuário (VIEIRA FILHO; NÓBREGA, 2004, p. 375).

Assim, para o funcionamento adequado da rede, os CAPS precisam articular-se com os demais serviços de saúde ofertados em sua área de cobertura. Observa-se que os CAPS de maneira geral “estão inseridos em determinada cultura, num território definido, com dificuldades, problemas e potencialidades”. Essa articulação dos CAPS com os demais serviços de saúde aumenta as chances dos usuários de serem atendidos e, conseqüentemente, a realização de todo o tratamento. Apesar disso, nem sempre o que está previsto nas políticas é posto em prática, ora pela ausência de profissionais ora pela falha nos encaminhamentos (referência e contrareferência) dos serviços de saúde (QUINDERÉ; JORGE; FRANCO, 2014, p. 257).

Especificamente, os debates entorno da atenção à saúde mental tem problematizado as práticas e os processos de trabalho, bem como a resolução dos problemas de saúde da população. Nestes debates, três dimensões têm sido contempladas: a político-gerencial, a organizacional e a tecnológica (ALVES, 2009).

A dimensão político-gerencial, “corresponde à esfera de formulação e implementação de políticas”. A dimensão organizacional “refere-se às relações estabelecidas entre as unidades de saúde, que geralmente consideram a hierarquização dos níveis de complexidade assistencial”. Por fim, a dimensão tecnológica “contempla o conteúdo das práticas e a organização social dos processos de trabalho em saúde” (ALVES, 2009, p. 2309).

O autor ainda aponta que a reorientação do modelo de atenção à saúde mental consiste em um processo complexo, cuja efetivação demanda iniciativas nas esferas tanto político-gerencial e organizacional, quanto tecnológica. Este processo deve resultar em um conjunto de propostas e estratégias sinérgicas nas três dimensões, ainda que parciais, operadas em dimensões isoladas, proporcionando transformações mais amplas nos serviços.

Conforme a literatura, o posicionamento das políticas a respeito do enfrentamento das questões relacionadas ao consumo/abuso de álcool e outras drogas é marcado pelo proibicionismo e, a abordagem de redução de danos (CANTY; SUTTON; JAMES, 2005; RIBEIRO; SILVEIRA; MOREIRA 2006). “As políticas proibicionistas concentram esforços na redução da oferta e da demanda de drogas, com intervenções de repressão e criminalização da produção, tráfico, porte e consumo de drogas ilícitas”. Por outro lado, as políticas e programas, de redução de danos propõem “intervenções orientadas para a minimização dos danos à saúde, sociais e econômicos relacionados ao consumo de álcool e outras drogas, sem necessariamente coibi-lo” (ALVES, 2009, p. 2310).

Estes posicionamentos podem ser utilizados conforme a demanda de cada usuário, assim como a intensidade no qual é exigida e/ou imposta ao mesmo. Na perspectiva proibicionista, nas políticas públicas de saúde o tratamento caracteriza-se como de “alta exigência”. Nenhum padrão de consumo é tolerado e a abstinência desponta como condição, meio e finalidade do tratamento. Esta é a perspectiva normalmente adotada no modelo de tratamento ofertado pelas CTs, que segue o caminho oposto à construção do SUS e da RAPS onde o cuidado à saúde não deveria se basear na política de segurança pública (proibicionismo) e nem ser atravessado pela visão moralista daqueles que usam (FROSSI; GUARESCHI, 2019).

Uma das limitações apontadas para o modelo de atenção à saúde baseado exclusivamente na abstinência é a censura e as recriminações aos episódios de recaída ou reincidência ao uso de drogas, tornando as instituições de saúde espaços pouco acolhedores àqueles estigmatizados como “fracos, vagabundos, sem-vergonha, imorais” (ALVES, 2009, p. 2311-2312; MARLATT, 1999), seguindo o caminho oposto ao da Reforma Psiquiátrica em que o cuidado à saúde não deveria perpassar pela concepção moralizante do uso de drogas (FOSSI; GUARESCHI, 2015).

Pautado pela redução de danos, a lógica de tratamento na política pública de saúde, não prioriza a abstinência no tratamento para os usuários de drogas. Frente a essa questão, existe um embate entre gestores e trabalhadores da saúde comprometidos com o cuidado e com a defesa do SUS contrapondo-se ao tratamento adotado nas CTs de caráter proibicionista, moralizante e ligada a política de segurança (FOSSI; GUARESCHI, 2019).

Em contrapartida, as políticas de redução de danos se sustentam no pragmatismo de que o consumo de drogas sempre esteve e sempre estará presente na história da humanidade. De

acordo com Alves (2009, p. 2312) "esse enfoque tem sido apontado como aquele que confere maior racionalidade ao enfrentamento da questão das drogas", compreendendo o "consumo como um problema de saúde pública e o tráfico como um problema jurídico-policial",

Essa forma de tratamento é descrita como de "baixa exigência", por não demandar dos usuários a abstinência como um pré-requisito 'obrigatório', o que não significa que o enfoque da redução de danos contraponha-se à abstinência como um resultado ideal ao tratamento (KELLOGG, 2003; MACMASTER, 2004; MARLATT, 1999).

As políticas de redução de danos é a perspectiva normalmente adotada no modelo de tratamento ofertado pelos CAPSad. Ao invés de estabelecer a abstinência como única meta aceitável da prevenção e do tratamento, a redução de danos concilia o estabelecimento de metas intermediárias, busca minimizar os danos sociais e à saúde, mesmo que a intervenção não produza uma diminuição imediata do consumo. A atenção centra-se nas necessidades sociais de saúde do usuário, que precisa ser engajado de forma respeitosa no delineamento das metas para o tratamento (ALVES, 2009).

Conforme preconiza o MS os CAPSad, "devem contar com planejamento terapêutico individualizado de evolução contínua, possibilitando intervenções precoces, além de apoio de práticas de atenção comunitária e de leitos psiquiátricos em hospitais gerais" (LARENTIS; MAGGI, 2012, p. 123).

Caracterizado como serviço aberto e de base comunitária, funciona em articulação com demais serviços da RAPS e outros setores. Compete aos profissionais juntamente com o usuário e seus familiares realizar o Projeto Terapêutico Singular (PTS), para o adequado acompanhamento, promovendo e ampliando a qualidade de vida dos usuários e seus familiares (BRASIL, 2012).

A construção do PTS e as intervenções propostas pelos profissionais de saúde, contemplam uma noção tanto interdisciplinar (reconhece a importância das distintas áreas de conhecimento) quanto multiprofissional (reconhece a importância da participação de distintos profissionais). Assim, após uma análise da equipe multiprofissional, denominada de equipe de referência, são estabelecidos os procedimentos e as intervenções que serão desenvolvidas tendo como referência o contexto em que os usuários estão inseridos (PINTO et al., 2011).

Ainda de acordo com os autores, o cerne do PTS está relacionado diretamente à dimensão singular do usuário. Neste contexto, infere-se que “[...] é o locus onde se inscreve a concepção de ser humano que determina a ação de saúde oferecida para alcançar o objetivo de criar produtos de saúde: cuidar, melhorar a qualidade de vida dos usuários, ampliar o entendimento e a apropriação do processo saúde-doença, entre outros” (PINTO et al., 2011, p. 494).

O projeto terapêutico pode ser realizado tanto individualmente quanto coletivamente, a escolha dependerá dos recursos que a equipe tem, assim como a demanda que a comunidade apresenta. O cuidado em saúde mental abarca as relações entre comunidade, família, usuário e gestores da saúde (OLIVEIRA, 2007; PINTO et al., 2011).

Especificamente, a literatura tem sinalizado que o PTS é um instrumento importante de cuidado aos usuários dos serviços especializados de saúde mental, pois envolve um conjunto de propostas de condutas terapêuticas, direcionadas a um sujeito, família ou comunidade (HORI; NASCIMENTO, 2014).

As reflexões em equipe de casos clínicos, sobretudo os mais complexos, é um procedimento clínico e gerencial de suma importância. Caracteriza-se, portanto, como um momento em que todos os profissionais apontam opiniões/sugestões no entendimento das demandas de atenção de cuidados em saúde do usuário, e, posteriormente no desenvolvimento de intervenções e ações a todos os que demandam cuidados (BRASIL, 2010).

O MS aponta que o PTS geralmente é direcionado a situações mais complexas, sendo realizado em ambientes de assistência à saúde mental com forma de propiciar uma atenção e atuação integrada da equipe aos usuários (BRASIL, 2010). A construção coletiva de um PTS requer a participação e comprometimento da equipe com as propostas e condutas terapêuticas articuladas. Este processo envolve quatro momentos, sendo: 1) diagnóstico; 2) definição das metas; 3) divisão de responsabilidades; e, 4) reavaliação (BRASIL, 2010; HORI; NASCIMENTO, 2014).

No que tange o primeiro momento, *diagnóstico*, verifica-se que este processo envolve a problematização e avaliação dos fatores biopsicossociais em que se encontra o usuário. Em outros termos, é o momento de identificar o quão vulnerável e exposto ao risco este sujeito está, fica evidente que um bom diagnóstico contribui no desenvolvimento das intervenções e na atenuação das demandas (BRASIL, 2010; HORI; NASCIMENTO, 2014).

Em relação ao segundo momento, *definição das metas*, compete aos profissionais que estão envolvidos no caso, desenvolver propostas de curto, médio e/ou longo prazo conforme as demandas e necessidades do usuário e das pessoas envolvidas. No momento das intervenções o acompanhante deverá ser a pessoa que preferencialmente apresenta um melhor vínculo com o usuário (BRASIL, 2010; HORI; NASCIMENTO, 2014).

O terceiro momento, *divisão de responsabilidades*, descreve sobre a importância da escolha de um profissional de referência (pode ser qualquer membro unidade de saúde) bem como a definição de tarefas que cada profissional deverá desenvolver. A escolha de um profissional de referência é uma estratégia que favorece a permanência do usuário no serviço e a articulação entre formulação, práxis e reavaliação das ações (BRASIL, 2010; HORI; NASCIMENTO, 2014).

Por fim, o quarto momento, *reavaliação*, é considerado o período em que se analisará a evolução e/ou retrocesso das intervenções e se serão necessárias mudanças nas ações tomadas inicialmente (BRASIL, 2010).

O PTS se configura como um recurso em saúde mental nos processos de melhoria e nas ações e cuidados em saúde. Além de ser viável na consolidação de ações de saúde que levem em consideração as particularidades dos indivíduos envolvidos no processo de atenção à saúde (OLIVEIRA, 2007).

Pode-se inferir, mediante ao exposto que os territórios que não contam com uma equipe multiprofissional de qualidade e não compreendem a importância do PTS na construção de intervenções e estratégias, tendem a vivenciar de maneira mais intensa os problemas de saúde mental do usuário e/ou da comunidade. Outro agravamento está mais relacionado à valorização do profissional pela quantidade de procedimento que realiza do que pela qualidade e resolutividade das ações. Tal atitude conduz a um fazer tecnicista e centralizado no modelo biomédico distanciando da humanização em saúde.

Embora a construção do PTS seja um recurso importante na orientação e na atuação dos profissionais na assistência em saúde mental, sobretudo no sistema público, verifica-se que na literatura existem poucas reflexões e discussões (recente) neste campo. Fica evidente que as discussões sobre os cuidados em saúde mental envolvem o pensar o indivíduo de maneira integral. Esse fato requer um olhar atento ao ambiente e suas territorialidades (vivência, aspectos sociais, econômicos, familiares, biológicos, psicológicos e culturais). Por isso,

comprometer-se com os cuidados e assistência em saúde mental é um desafio tanto para a equipe multiprofissional quanto para o usuário e seus familiares que também se encontram envolvidos no processo.

1.3 Território da saúde mental

A compreensão do que é território demanda um entendimento para além do conceito geográfico. Requer conhecimento de múltiplos saberes diante das diversidades de concepções que existem em torno do termo utilizado por varias áreas do conhecimento. Faz-se necessário ampliar o conceito para diversas perspectivas, sejam elas dimensões política/ jurídica, cultural e até mesmo simbólica. Nesse sentido, o território assume um conceito polissêmico, pois cada área é focada em uma determinada perspectiva (BARCELOS; PEREIRA, 2006; FRANCO, 2013; HAESBAERT, 2009). Assim, diante das diversas concepções em relação ao território, nos permitirá além da identificação dos problemas de saúde, também propor intervenções levando em consideração as delimitações das áreas de saúde com suas diferentes necessidades.

Etimologicamente o termo deriva do latim *territorium*, ou terra na Língua Portuguesa. O conceito de território se propagou com um duplo sentido: à terra, o território como materialidade, e aos sentimentos que o território inspira: satisfação, medo, posse, exclusão, dentre outros (HAESBAERT; 2004)

Para o autor (2003) o território é um ato, uma ação, uma relação, um ritmo, um movimento (de territorialização e desterritorialização), que se compreende à luz dos processos históricos e socioespaciais.

Sob o ponto de vista de Santos (1994, 2002) o território é composto por atributos fixos e fluxos que compõe as estruturas do espaço e é determinado pelas diferentes funções espaciais ou pelos diferentes usos espaciais. “Revela memórias, desejos, expectativas, rituais, ritmos pessoais e hábitos cotidianos” (FELIPPE, 2009, p. 126).

Não obstante este conceito também é empregado no campo da saúde. Apresentando se em diversos sentidos e dimensões, seja em documentos que expressam princípios e diretrizes das políticas de saúde e está presente no planejamento das ações locais (LIMA; YASUI, 2014).

No campo da saúde pública, território pode ser analisado e entendido sob diversas óticas. Território não é apenas como espaço geográfico, mas, o território de pessoas onde as relações

se estabelecem e se constituem com referência de cuidado, direito, cidadania e inclusão de todos (BRASIL, 2016). O reconhecimento desse território é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para a avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

A vivência e ou/permanência nos programas de tratamento de saúde mental se apresenta como indutor de experiências multiterritoriais⁵, cujas vivências interferem na relação do sujeito com o outro e consigo mesmo. No viés da saúde, o território pode ser entendido não apenas por espaços geográficos, mas ainda, pelos espaços de sociabilidade, pelas vivências cotidianas que integram o processo de relações sociais e de poder e as representações desse processo (HAESBAERT, 2005, 2009).

No que se refere à territorialização das políticas de saúde mental, as mesmas são de base territorial cartográfica e administrativa. A saber, os CAPSad são localizados na região central do município. Em contrapartida, a maioria (74,3%) das CTs encontram-se instalada em áreas rurais, geograficamente mais afastadas (IPEA, 2017).

1.3.1 Territorialidades em atenção à saúde mental

Especificamente, nos CAPSad e nas CTs as propostas de reinserção ou reintegração social, “guarda estreito vínculo com os conceitos de territorialidades e privacidade, pois busca [...] promover ao indivíduo estratégias de enfrentamento de seus problemas e sofrimentos psíquicos dentro do contexto territorial em que foram desencadeados” (FARIA, 2009, p. 109).

As territorialidades são entendidas como condutas e atitudes apresentadas por um indivíduo e/ou grupo, baseado no controle percebido do espaço físico das CTs ou CAPSad, dos serviços por elas ofertados, ou mesmo das ideias ou concepções subjacentes aos tratamentos propostos.

À medida que o usuário conhece os diferentes modelos de tratamento de saúde mental, o mesmo pode desenvolver sentimento de pertença ou, caso contrário, sentimento de estranheza/rejeição. Ou seja, essas questões estão intimamente ligadas às territorialidades presentes nos serviços de saúde mental. Os espaços, por ele vivenciados positivamente, se transformarão em lugar, passando a ser dotado de valor, com apropriações afetivas(TUAN,

1983). Devido ao tempo de convivência, o espaço passa a ter significados, atribuídos pelos usuários que estabelecem mais vínculos afetivos e subjetivos do que racionais e objetivos

Para Tuan (1983) o lugar tem muitos significados que são atribuídos pelas pessoas e traduz os espaços com os quais as pessoas têm vínculos mais afetivos e subjetivos que racionais e objetivos: uma praça ou uma rua onde se brinca desde a sua infância, o alto de um morro de onde se observa a cidade. Lugar é por sua vez definido por e a partir de apropriações afetivas que decorrem com os anos de vivência e as experiências atribuídas às relações humanas.

Em relação ao espaço, “o mesmo é um conceito mais abstrato que o de lugar. O que começa como espaço indiferenciado, transforma-se em lugar à medida que o conhecemos melhor e o dotamos de valor. Só nos familiarizamos com um lugar após algum tempo” (TUAN, 1983, p. 203).

1.3.2 A percepção do sujeito e sua satisfação com o serviço de saúde mental

Percepção é a resposta dos sentidos aos estímulos externos, como a atividade proposital, na qual certos fenômenos são claramente registrados, enquanto outros retrocedem para a sombra ou são bloqueados. Muito do que percebemos tem valor para nós, para a sobrevivência biológica, e para propiciar algumas satisfações que estão enraizadas na cultura (TUAN, 1980, p. 4).

O termo percepção é bem complexo, mas fundamental para explicar a relação de uma sociedade com seu território. “Como tema específico teve seu campo de origem na Fisiologia e Psicologia e foi sendo ressignificada pelas demais áreas a fim de tornar compreensíveis os comportamentos humanos, em particular aqueles voltados à relação pessoa-ambiente” (KUHLEN, 2017, p. 250-51).

Segundo Tuan (1980) as experiências adquiridas pelas sociedades, são formadas por uma longa sucessão de percepções experienciadas. Assim, pode-se inferir que as percepções são formadas a partir das vivências refletidas, não basta ver ou viver determinada situação, é preciso refletir sobre ela. Nesse sentido o autor explica que as pessoas percebem o mundo por meio dos órgãos dos sentidos e, também da cognição.

Algumas correntes da Psicologia explicam a percepção como uma experiência sensorial consciente. Assim, seria preciso recorrer às diferentes áreas das Ciências Humanas e Sociais, a saber: Sociologia, Antropologia, Linguística, Serviço Social, Ciência Política, Psicologia Social, dentre outras, para se encontrar uma resposta que alcançasse a complexidade do conceito de percepção.

Kuhnen (2017, p. 253) descreve que a percepção não pode ser subordinada apenas à cognição nem “confundida com nossas divagações, juízos ou memória”. Assim, perceber requer “atuação no mundo, e a partir desta atuação as pessoas vão construindo sua subjetividade”.

Para um tratamento efetivo se faz necessário que as percepções; emoções; sentimentos; e, o imaginário dos usuários sejam reconhecidos, pois favorecem a compreensão de comportamentos e reações que apresenta, no decorrer do tratamento e, que através da entrevista semiestruturada, o usuário consciente de sua condição e de seus sentimentos, consiga expressar-se mais facilmente (SAES, 2003).

As percepções não surgem do vazio; elas existem e consistem em uma produção social, que é, ao mesmo tempo, cultural e política (SANTOS, 2004). Ou seja, a percepção dos usuários dos CAPSad e CTs precisam ser analisadas na relação destes com os objetos do território, visto que a relação entre a percepção de tais pacientes e a satisfação com os serviços, ofertados pelo CAPSad e CTs, são indissociáveis.

Tendo como referência o exposto, é oportuno destacar que a avaliação da satisfação dos usuários, passa por seu entendimento, ou seja, pela percepção. A satisfação é um importante indicador a ser considerado no planejamento das ações dos serviços de saúde mental. E, quando se considera a percepção do usuário, essa importância é ampliada para se dimensionar o reflexo de tais ações, especialmente quando se trata do setor saúde mental (MOIMAZ, et al., 2010).

Há um consenso de que a satisfação é um construto multidimensional, devendo, portanto, ser avaliado por medidas multifatoriais. Medidas multifatoriais são compostas por subescalas, sendo importantes para detectar aspectos específicos dos serviços que determinam a satisfação ou a insatisfação, o que não pode ser avaliado com medidas globais. Avaliações de serviços devem também ser feitas com medidas padronizadas, com suas propriedades psicométricas avaliadas, visando favorecer a validade dos dados coletados e garantir a possibilidade de comparação entre os estudos (PASCOE, 1993; RUGGERI, 2010).

Segundo Donabedian (1992, 1996) para que os serviços de saúde sejam de qualidade, os resultados devem ser congruentes com as perspectivas dos usuários. Além disso, as avaliações subjetivas dos usuários apresentam a vantagem de aferir o impacto real das mudanças produzidas pelo tratamento na vida dos pacientes (MERCIER et al., 2004).

A satisfação dos usuários está relacionada a diversos fatores, tais como: adaptação ao tratamento; características do atendimento; variáveis sociodemográficas; clínicas dos pacientes; tipos de intervenção; redução da sintomatologia; competência da equipe; qualidade da relação entre terapeuta e usuário; acessibilidade aos serviços; qualidade das instalações; continuidade dos cuidados; e, informações recebidas (ANDERSON; BARBARA; FELDMAN, 2007; PERREAULT et al., 2001).

Considerando o usuário apto a julgar o serviço que lhe foi prestado e mensurar o quanto isso está interferindo no seu bem-estar, as instituições devem valorizar esses julgamentos nas suas tomadas de decisões. Essa valoração poderá contribuir para o direcionamento de novas estratégias ou melhorias das existentes, a fim de garantir a qualidade do serviço prestado (COIMBRA et al., 2011).

Os usuários fornecem uma perspectiva única sobre o seu estado clínico e sobre os efeitos das intervenções em suas vidas (MERCIER et al., 2004). Suas experiências com o tratamento e muitos dos resultados obtidos só podem ser experimentados e relatados por eles próprios, sendo inacessíveis a avaliações de terceiros (McCABE; SAIDI; PRIEBE, 2007).

Entendo a importância da inclusão da perspectiva dos usuários no monitoramento e avaliação dos serviços de saúde mental, ela tem sido constantemente recomendada, visando assegurar que os cuidados prestados por esses serviços sejam adequados às necessidades dos usuários e de seus familiares (OMS, 2002).

Os estudos de avaliação da satisfação do serviço, na perspectiva dos usuários, têm sido frequentemente utilizados (PERREAULT et al., 2010; RUGGERI, 2010), haja vista que estes possibilitam uma visão ampliada dos problemas do serviço de saúde mental, buscando-se maneiras de melhorar o atendimento/tratamento (BANDEIRA; PITTA; MERCIER, 1999).

A participação livre e crítica dos usuários da rede de saúde mental pode contribuir para o empoderamento e autonomia deste grupo. Questões essenciais para a viabilização de políticas de promoção da saúde, prevenção de agravos e controle de enfermidades (COTTA et al., 2008).

De modo geral, a avaliação dos serviços de saúde mental, tendo como referência a percepção dos usuários, torna-se um desafio indispensável na construção de espaços onde o indivíduo

tenha possibilidade de exercer sua cidadania, com liberdade de expressão, e que, principalmente, se reconheça como agente de mudança (KANTORSKI, et al 2009).

II - CAMINHOS METODOLÓGICOS

2 Enunciado do problema de pesquisa

A Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, por meio do Informativo Saúde Mental em Dados, de outubro de 2015, apresenta a evolução dos registros de atendimentos aos usuários de drogas no SUS. No Brasil, o número de atendimentos, em 2006, passou de 63.770 atendimentos para 127.470 em 2011 (BRASIL, 2015).

Observa-se que este aumento é explicado pela “ampliação dos CAPS e a maior abertura para o acolhimento destas demandas”. O documento, destaca ainda a relevância da “ampliação da rede de cuidados às pessoas que fazem uso de outras drogas além do álcool, principalmente a partir da implantação de novos CAPS” (BRASIL, 2015, s/p).

É oportuno salientar que o aumento de atendimentos pode estar relacionado com a ampliação do uso de drogas. Neste contexto, o Relatório Mundial da Saúde, do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC), destaca que 5,6% da população global entre 15 e 64 anos já usou drogas, mesmo que esporadicamente (OMS, 2002; WHO, 2001).

Estudo realizado nas principais cidades brasileiras aponta que 22,8% dos sujeitos já usaram drogas (exceto álcool e tabaco). Destes, 2,1% eram dependentes. Além disso, apontou um crescimento de cerca de 3% no número de sujeitos que usaram substâncias psicoativas em um período de quatro anos. Em relação ao álcool, 12,3% foram considerados dependentes (CARLINI et al., 2007).

Atualmente, o consumo abusivo de substâncias psicoativas é considerado um grave problema de saúde pública, tanto no Brasil quanto internacionalmente. Conforme evidencia os dados sobre a extensão do problema, o relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS) destaca que os governos “como gestores finais da saúde mental, precisam estabelecer políticas – no contexto dos sistemas gerais de saúde e dos esquemas financeiros – que irão proteger e melhorar a saúde mental da população” (BRASIL, 2002, p. 132).

Conforme a literatura, a DQ tem atraído olhares e interesses de pesquisadores e governantes, por ser um problema de saúde pública que acompanha a sociedade por décadas, e demanda intervenções multidisciplinares. Esta realidade observada e comprovada por órgãos públicos, profissionais da saúde e pesquisadores da área, demonstra a necessidade de oferta e melhoria

dos serviços de saúde mental, bem como a efetivação de pesquisas na área (CEBRID, 2004, 2007; DÉA et al., 2004; ZALESKI, 2006).

Mediante ao exposto, e entendendo o quão emergente é a situação das pessoas dependentes de substância psicoativa, diversas ações e políticas públicas têm sido criadas e consolidadas no Brasil com a finalidade de atenuar os agravos à saúde. Conforme a literatura durante a década de 70, os trabalhadores em saúde mental iniciaram um movimento social ao denunciar a situação vivenciada pelos usuários dos hospitais psiquiátricos com o objetivo de desconstruir os manicômios (BRASIL, 2005).

Posteriormente, no final da década de 1990, começa a aparecer e fortalecer os serviços substitutos nos moldes dos CAPS, buscando oferecer aos usuários um tratamento mais humanizado. Observa-se que o movimento iniciado pelos trabalhadores em saúde mental proporcionou uma maior abertura para novos modelos de tratamento mental, inclusive para os pacientes com transtornos mentais decorrente do uso de drogas. Dentre os serviços que surgiram nas décadas seguintes estão os CAPSad e a CT, que fazem parte da RAPS.

Em 2001, com a aprovação da Lei Federal 10.216, conhecida também como Lei da Saúde Mental ou Lei Paulo Delgado, se deu a desinstitucionalização e consolidação dos CAPS. Desde então a política de tratamento para as pessoas com transtornos mentais em decorrência do uso de drogas orienta o usuário para um modelo de tratamento de atenção, que apresenta como eixo o CAPSad (BRASIL, 2001a; BRASIL, 2004a).

O modelo de atendimento ofertado pelo CAPSad é direcionado à assistência em saúde mental de base comunitária e territorial, dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. Em outras palavras, o tratamento busca integrar o usuário a seu território de pertencimento (cidade e/ou próximo a região que reside) e, a seus familiares (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2004b).

Em contrapartida, as CTs são instituições ‘fechadas’, com normativas específicas de tratamento. Em relação ao tempo de duração do acompanhamento o mesmo acontece de 6 a 12 meses. Percebe-se que as CTs adotam regras rígidas, as quais devem ser pontualmente seguidas; atividades obrigatórias; e, o pouco contato com o mundo externo. Perrone (2014) destaca que a partir da década de 1950, ocorreu um aumento do número de internações nas CTs, em função da ausência de políticas públicas para os usuários que mantêm uso abusivo de álcool e outras drogas.

De modo geral, a OMS (2002) aponta que a saúde mental é um tema/área complexo e amplo, no qual abarca diversas questões. Especificamente, cabe citar a satisfação que o usuário possui do serviço, ora ofertado pelo CAPSad, ora pela CT. Observa-se que o grau de satisfação é o que vai influenciar diretamente na permanência e conclusão (ou não) deste usuário no tratamento. Diante deste contexto, a inclusão da perspectiva dos usuários no monitoramento e avaliação dos serviços de saúde mental tem sido recomendada, visando garantir os cuidados ofertados aos pacientes e seus familiares. Para reafirmar este entendimento, Donabedian (1966) aponta que para que os serviços de saúde sejam de qualidade, os resultados devem ser congruentes com as perspectivas dos usuários.

Diante da complexidade dos modelos de atenção à saúde ofertados pelos equipamentos da RAPS e sua distinção em relação à perspectiva territorial, a avaliação dos fatores que levam à percepção e satisfação dos usuários com os dois serviços (CAPSad e CT) mostra-se essencial para uma análise das possibilidades de garantia da qualidade dos serviços. Torna-se importante entender os fatores que contribuem para a adaptação dos usuários, visto que o protagonismo dos mesmos é essencial para o sucesso do tratamento (OMS, 2002).

A partir das reflexões a respeito da percepção e satisfação dos usuários dos serviços de saúde mental, vimos a necessidade de compreender este fenômeno a partir de uma perspectiva territorial. Percebe-se que a vivência desse sujeito, que transita por dois serviços distintos de tratamento, pode ser influenciada pelas territorialidades, ou seja, como as relações usuário-profissional é estabelecida nestes ambientes, bem como o processo de territorialização dos serviços.

Destaca-se que, na presente pesquisa, adota-se a concepção de território não apenas como normativo, mas como simbólico/cultural. Ou seja, o local de inserção destes serviços e o processo de socialização, cuidado, direito, cidadania e inclusão (BRASIL, 2016). O território o qual aqui abordamos não é meramente um espaço político-administrativo do sistema de saúde, mas sim, um local onde se verifica a interação população-serviços, vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos e que interagem com os profissionais de distintas unidades de serviços de saúde (MONKEN et al., 2008).

Assim, a questão norteadora deste estudo é: Qual o grau de satisfação dos usuários com transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool e outras drogas, em acompanhamento no CAPSad no município de Governador Valadares/MG, e que tenha

passado, também, pelo tratamento em alguma CT, considerando suas percepções a respeito da territorialização (proximidade/afastamento) dos serviços de saúde mental?

2.2 Objetivo geral

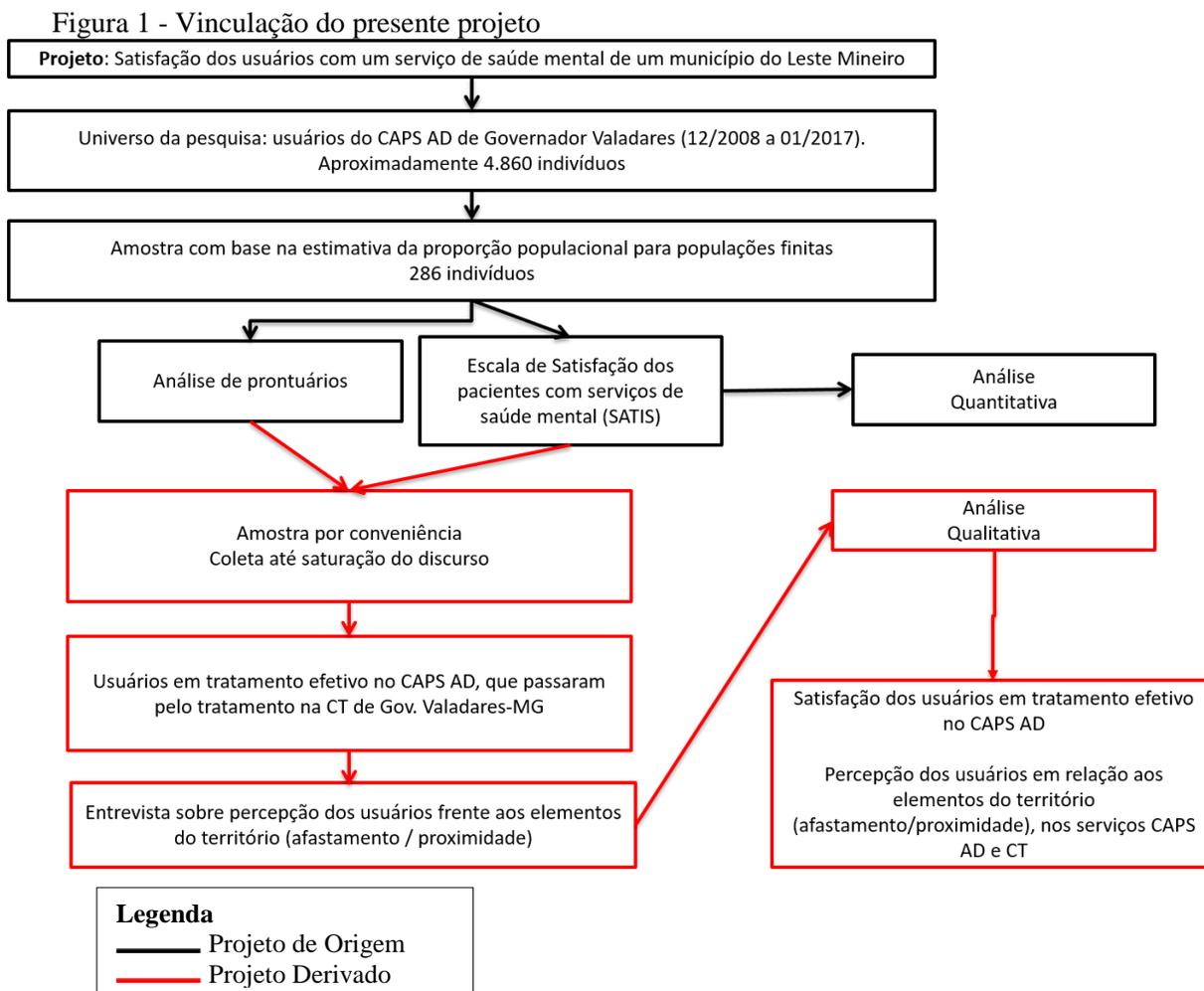
Analisar a satisfação dos usuários com transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool e outras drogas, em acompanhamento no CAPSad no município de Governador Valadares/MG, e que tenha passado, também, pelo tratamento em alguma CT, considerando suas percepções a respeito da territorialização (proximidade/afastamento) dos serviços de saúde mental.

2.2.1 Objetivos específicos

- 1) Caracterizar os usuários segundo variáveis sócio demográficas, às substâncias psicoativas utilizadas e frequência de uso;
- 2) Apresentar o grau de satisfação dos usuários em relação aos fatores: competência e compreensão da equipe a respeito do problema do paciente; ajuda recebida e acolhida da equipe; condições físicas; e, conforto do serviço;
- 3) Descrever a percepção dos usuários em relação as territorialidades presentes nos serviços de saúde mental (CAPSad e CT);

2.3 Projeto original e atual

A presente pesquisa denominada “SAÚDE MENTAL: satisfação e percepção dos usuários frente a dois modelos distintos de tratamento” constitui-se um recorte do projeto de pesquisa intitulado “Satisfação dos usuários com um serviço de saúde mental de um município do leste mineiro”, conforme apresentado (Figura-1).



Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Cabe destacar que tanto o projeto de origem, quanto o derivado respeitam as normas éticas, preconizadas pela Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa com seres humanos. Durante a coleta de dados foram garantidos ao participante o anonimato, a privacidade e a desistência em qualquer etapa. O projeto original foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIVALE, sob o parecer 2.437.641 (ANEXO A).

2.4 Tipo de estudo e abordagem

O estudo de origem tratou-se de um estudo transversal, de caráter exploratório descritivo, com abordagem quantitativa. O modelo de estudo do tipo transversal é apropriado para descrever características das populações no que diz respeito a determinadas variáveis e os seus padrões de distribuição, bem como analisar sua prevalência e interrelação num determinado momento (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2006).

O estudo, também, pode ser classificado como descritivo, pois explicita as opiniões, atitudes e crenças dos participantes da pesquisa, sendo eles usuários dos serviços de saúde mental, com transtornos mentais e comportamentais, devido ao uso e abuso de álcool de outras drogas que passaram pelos dois serviços distintos de tratamento (CAPSad e CT). O propósito do estudo é familiarizar com o problema em questão, tendo em vista torná-lo mais explícito. Considerar e descrever os mais variados aspectos relativos ao fato ou fenômeno estudado, possibilita uma melhor compreensão do contexto (GIL, 2008; FLICK, 2009).

Conforme Flick (2009), nos últimos anos vários pesquisadores de diversas áreas enfatizam em suas pesquisas as relações e combinações possíveis entre a pesquisa quantitativa e a qualitativa. Assim sendo, o projeto derivado utilizou a abordagem qualitativa para explicar de maneira mais adequada as percepções dos usuários, frente ao objeto de estudo. Dessa forma, os resultados foram complementares, enriquecendo a análise e as discussões finais (MINAYO, 2001), do projeto de origem.

2.5 Universo do estudo

Governador Valadares, município onde a pesquisa foi realizada, localiza-se no leste do estado de Minas Gerais, na mesorregião do Vale do Rio Doce, sendo constituída por 14 distritos. Apresenta características como o clima tropical (calor predominante) e acessibilidade a outros estados, devido às rodovias que o permeiam (PMGV, 2015).

Possui 263.689 habitantes, a maioria (96,06%) vive em perímetro urbano. A população feminina gira em torno de 138.452 habitantes (52,51%), superando, em número, a população masculina (47,49%) (IBGE, 2010; PNUD; IPEA; FJP, 2013).

Em 2010 a renda per capita média registrada foi de R\$678,74 e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,727 o que caracterizou o município na faixa de Desenvolvimento Humano Alto⁶ (PNUD; IPEA; FJP, 2013).

Em relação a atenção a pessoa com transtornos mentais e comportamentais, os dados da Secretaria Municipal da Saúde (SMS-GV, 2019) aponta que o Núcleo Integrado de Atenção Psicossocial (NIAPS), realiza atendimento ambulatorial no município. Para visualizar o

⁶ Para o IDHM ser considerado Alto Desenvolvimento Humano seu índice deve estar compreendido entre 0,700 e 0,799.

panorama da saúde mental, no município em pauta, cabe destacar os tipos e a função desempenhada pelos diferentes CAPS, como mostra (Tabela 1), a seguir:

Tabela 1 - Tipos de CAPS

TIPO DE CAPS	FUNÇÃO DESEMPENHADA
CAPS I e CAPS II	São CAPS para atendimento diário de adultos, em sua população de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes.
CAPS III	CAPS para atendimento diário e noturno de adultos, durante sete dias da semana, atendendo à população de referência com transtornos mentais severos e persistentes.
CAPSi	CAPS para infância e adolescência, para atendimento diário a crianças e adolescentes com transtornos mentais.
CAPSad	CAPS para usuários de álcool e drogas, para atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. Esse tipo de CAPS possui leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação.

Fonte: Adaptado do Ministério da Saúde, 2004a.

Em 2002, Governador Valadares credenciou o serviço de Saúde Mental do MS como CAPS II. No ano de 2003 foi inaugurado o Centro de Convivência, em 2006 o Ambulatório de Saúde Mental e, em 2009 o CAPSad. Inicialmente o município criou um sistema de atendimento diário a pessoas adultas com transtornos mentais severos e persistentes. Não foi criado o atendimento noturno para estas pessoas e nenhum atendimento destinado às crianças e adolescentes com transtornos mentais de diferentes origens.

Em 2009 foi criado o atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas, via CAPSad que funciona 24 horas do dia, todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados. A unidade do CAPSad do município em estudo possui 60 leitos, de lotação máxima, para atendimento diário, sendo distribuídos, conforme projeto terapêutico, nas seguintes modalidades: 1) Integral 12 usuários, por até 14 dias; 2) Intensiva, em 1 ou 2 turnos, 18 usuários por até 90 dias; e, 3) Semi-intensiva, semanal, 30 usuários por até 180 dias.

No município em estudo, o CAPSad funciona de porta aberta, sem necessidade de encaminhamento vindo de outros serviços. Os usuários são acolhidos por um profissional (de

nível superior), encaminhados para a avaliação psiquiátrica e em seguida elaborado o PTS, quando se define com o usuário, familiar e equipe sobre o tratamento. Este pode ser de forma voluntária, involuntária ou compulsória. Estas duas últimas modalidades necessitam da indicação médica quando há risco de morte ou complicações graves à saúde e o usuário está incapacitado para decidir. A compulsória ocorre quando é determinada pelo Juiz e autorizada pelo médico após avaliação do usuário.

Importante ressaltar que a participação e decisão do usuário sobre o seu tratamento é a forma mais eficaz para a adesão e sucesso do mesmo. As modalidades de tratamento podem ser não intensiva, semi-intensiva, permanência-dia ou integral de acordo com o seu padrão de uso de substâncias psicoativas, complicações clínicas, vulnerabilidade pessoal e social dentre outros aspectos. O PTS é pessoal e varia de acordo com as mudanças ocorridas.

Na modalidade não intensiva, os usuários são acompanhados semanalmente, quinzenalmente ou mensalmente. Na semi-intensiva, o acompanhamento é realizado alguns dias na semana e na permanência-dia, ficam todos os dias, de 08:00h às 17:00h. O usuário poderá ainda usufruir por um período integral quando permanece por uns 14 dias para se abster e desintoxicar das drogas psicoativas. Estes períodos são flexíveis e se houver necessidade de um tempo maior para a permanência na unidade este poderá ser encaminhado para a Unidade de Acolhimento ao Usuário (UAA), para fortalecer as mudanças de comportamentos e facilitar a sua reinserção social.

A equipe multidisciplinar do CAPSad do município é composta por: 3 assistentes sociais; 4 enfermeiros; 8 técnicos de enfermagem; 1 médico clínico; 3 psiquiatras; 3 psicólogos; 2 terapeutas ocupacionais; 1 farmacêutico; 9 administrativos; e, 1 serviços gerais.

Os profissionais de nível superior que atuam como profissional de referência são os (psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais). Os profissionais possuem vínculo empregatício estatutário e alguns possuem contratos temporários. A carga horária dos profissionais varia de acordo com a categoria, 20, 30 ou 40 horas de trabalho. Os profissionais da enfermagem trabalham em turnos de 12x36 horas. Os médicos são celetistas com contrato de trabalho de 20 horas semanais. De modo geral, os valadarenses usuários dos serviços de saúde mental, inscritos no CAPSad, correspondiam a 5.570 usuários, em março de 2019.

2.5.1 Amostra do estudo

A amostra deste estudo foi selecionada por conveniência, com utilização de técnica de saturação de discurso, constituída por 15 usuários, sendo 14 masculino e 1 feminino, em tratamento no CAPSad no município de Governador Valadares/MG e, que tenha passado, também, pelo tratamento em alguma CT, com idade igual ou superior a 18 anos, funcionalmente independentes.

2.6 Critérios de inclusão/exclusão

Foram incluídos no estudo, usuários com transtornos mentais e comportamentais devido ao uso e abuso de álcool e outras drogas, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos, com prontuários devidamente preenchidos e que tenham sido atendidos pelo CAPSad e, em alguma CT, pelo menos há 3 meses antes do início da coleta de dados.

Os usuários foram convidados a participar da pesquisa. A inclusão se deu a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B). De acordo com Melo e Guimarães (2005), o período em que a maioria dos pacientes abandonam o tratamento é em média de quatro meses. Foram excluídos todos os usuários que não atendem os critérios de inclusão descritos.

2.7 Estudo piloto

A princípio foi realizado um estudo piloto com três usuários do CAPSad, respeitando os critérios de inclusão/exclusão da pesquisa, com a finalidade de verificar se as questões estavam de fácil entendimento. É oportuno salientar que os dados não foram utilizados na pesquisa principal. Observamos que o instrumento utilizado permitia a realização do estudo maior.

De acordo com Bailer, Tomitch e D'Ely (2011, p. 130), o estudo piloto é uma “mini versão do estudo completo”. Este tipo de estudo é necessário pois reproduz em pequena amostra a realização de todos os procedimentos e métodos propostos na metodologia para verificar a necessidade de alguma alteração dos instrumentos para a coleta de dados definitiva que antecede a investigação propriamente dita (MACKEY; GASS, 2005; SILVA; OLIVEIRA, 2015).

2.8 Etapas de realização da pesquisa

Inicialmente foi solicitado ao atual secretário de saúde do município a realização da mesma, embora a pesquisa já havia sido aprovada e autorizada tanto pelo CEP quanto pelo secretário de saúde da época (2016). Assim, o recorte temporal da pesquisa atual é 2019 a 2020, ano de coleta e análise dos dados deste estudo.

Para o acesso aos dados dos sujeitos da pesquisa, foi solicitado formalmente à coordenadora do CAPSad tendo em vistas o levantamento dos prontuários dos pacientes que fariam parte da amostra da pesquisa de acordo com o critério estabelecido na metodologia.

Para o levantamento dos prontuários tivemos o auxílio da Coordenadora do CAPSad. A mesma solicitou que cada técnico de referência (psicólogo, assistente social, médico e enfermeiros) selecionasse os pacientes que atendessem aos critérios de inclusão da pesquisa. Após este procedimento, os usuários foram convidados a participarem da pesquisa.

2.8.1 Primeira etapa: Análise documental

Essa etapa foi realizada no projeto principal, sendo que os dados referentes ao perfil do usuário foram coletados nos prontuários clínicos dos participantes do estudo. Para registro destes dados foi utilizado um formulário específico elaborado para o estudo, denominado Roteiro de coleta das informações dos prontuários (ANEXO C).

Nesse formulário foram registradas as seguintes variáveis: data da coleta do prontuário; responsável pela coleta; número do prontuário; nome; data de nascimento; escolaridade; idade; sexo; naturalidade; profissão; estado civil; ocupação; renda; procedência (espontâneo, família, mídia, médico/outro profissional, outro paciente, ordem judicial, emprego, instituição/secretaria/escolas); Já fez tratamento neste centro (CAPSad); tempo e data de início do tratamento; se teve problemas de saúde; história de internação psiquiátrica; se está fazendo ou faz algum tratamento psicológico; comorbidade psiquiátricas (CID 10); uso de medicação continua; participação em atividades terapêuticas; substâncias psicoativas utilizadas; idade do primeiro uso; tempo de uso; padrão de uso; última vez que usou e se fez algum tratamento. Este formulário foi desenvolvido com base no prontuário clínico utilizado no CAPSad do município em estudo. Os prontuários serão analisados em uma sala específica do CAPSad de Governador Valadares/MG.

Os dados coletados no formulário e durante a entrevista estruturada foram tabulados programa Excel® Versão 2010. A satisfação dos usuários com os serviços foi avaliada por meio da Escala de Avaliação da Satisfação dos Pacientes com os Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR). Essa escala foi elaborada pela divisão de Saúde Mental da Organização Mundial de Saúde e validada para o Brasil por Bandeira et al. (2012).

A Escala SATIS-BR para pacientes deve ser aplicada no contexto de uma entrevista dirigida, a ser realizada por um entrevistador previamente treinado para este fim. Este treinamento prévio é importante para garantir condições semelhantes e padronizadas de aplicação para todos os pacientes, visando à precisão dos dados. Um cuidado especial foi tomado no momento da entrevista, para que o entrevistador não induza as respostas dos usuários. Para isto, o entrevistador deve apenas ler as instruções e as questões da escala para o usuário, marcando em seguida suas respostas. Nos casos que o usuário teve dúvida em responder a alguma questão, o entrevistador repetiu a leitura do item em questão.

O questionário completo, no qual está contida a escala SATIS-BR, possui um total 44 questões dentre os diversos tipos de questões, se incluem as variáveis quantitativas da escala SATIS-BR, que visam avaliar o grau de satisfação dos pacientes com os serviços de saúde mental, as questões descritivas e qualitativas referentes à percepção dos usuários sobre diversos aspectos dos serviços recebidos e as questões referentes aos seus dados sócio-demográficos (ANEXO D).

Doze itens compõem a escala propriamente dita, utilizados para o cálculo do grau de satisfação dos pacientes com os serviços de saúde mental. Estes itens contém alternativas de respostas dispostas em uma escala do tipo Likert de 5 pontos, sendo 5 (cinco) muito satisfeito e 1(um) muito insatisfeito. Quanto maior a média dos escores obtidos pelos pacientes, na aplicação da escala, maior é o seu grau de satisfação com o serviço. Estes são os únicos itens que foram retidos após a análise fatorial e da consistência interna e que fazem parte da estrutura dimensional ou fatores da presente escala. São, portanto, os únicos itens que podem ser utilizados para o cálculo do grau de satisfação dos pacientes. Seis questões abertas de tipo qualitativo fazem parte integrante do questionário e visam avaliar: os aspectos do serviço que foram mais apreciados pelo paciente, os aspectos menos apreciados por ele, os tipos de dificuldades que ele possivelmente encontrou no serviço, as razões pelas quais ele recomendaria ou não o serviço de saúde mental, assim como suas sugestões para

aperfeiçoamento. Estas questões requerem a redação das respostas dos usuários pelo entrevistador.

Para avaliar globalmente o grau de satisfação dos pacientes, basta calcular a média das respostas obtidas para os 12 itens da escala breve (questões 1 a 12 da escala breve). A média obtida, entre os valores 1 a 5, indica o grau de satisfação dos pacientes. Os cálculos referentes aos três fatores são os seguintes:

Fator ou sub-escala 1: Grau de satisfação dos pacientes com relação à competência e compreensão da equipe a respeito do seu problema. Para avaliar o grau de satisfação dos pacientes com relação a esta dimensão, calcula-se a média das respostas obtidas para as questões 2, 3, 4, 5, 6, 9 e 10 da escala breve.

Fator ou subescala 2: Grau de satisfação dos pacientes com relação à acolhida da equipe e à ajuda recebida no serviço. Para avaliar o grau de satisfação dos pacientes com relação a esta dimensão, calcula-se a média das respostas obtidas para as questões 1, 7 e 8 da escala breve.

Fator ou sub-escala 3: Grau de satisfação dos pacientes com relação às condições físicas e conforto do serviço. Para avaliar o grau de satisfação dos pacientes com relação a esta dimensão, calcula-se a média das respostas obtidas para as questões 11 e 12 da escala breve.

2.8.2 Segunda etapa: qualitativa

Após a fase de análise documental e identificação dos perfis elegíveis para a presente dissertação, foi utilizada entrevista semiestruturada (APÊNDICE A) com usuários que experimentaram as duas realidades distintas de tratamento. Essa etapa teve o objetivo de compreender a percepção dos participantes, em relação as territorialidades, nos dois serviços de saúde mental (CAPSad e CT).

O registro das informações coletadas nas entrevistas foi realizado com o auxílio de um gravador de voz digital. Após consentimento do participante visando ter o registro de todo o processo, apresentando uma fidelidade quanto à fala e viabilizando o retorno ao material sempre que se fizesse necessário para as análises posteriores. Nas entrevistas foi mantido um caráter informal, a fim de que o pesquisado se sentisse à vontade para relatar suas impressões quanto aos questionamentos.

Foram realizadas na instituição (CAPSad) de segunda a sexta-feira, nos dois turnos de atendimento. Os participantes foram entrevistados individualmente em sala cedida pela coordenação, de modo a garantir o sigilo. As entrevistas foram pausadas, a qualquer momento, caso a pessoa entrevistada se

sentisse desconfortável em responder algum dos questionamentos propostos. Só foi retomada após o consentimento da mesma, ou definitivamente interrompida se ela explicitasse o desejo de não continuar o processo.

A análise prévia do perfil dos usuários, ajudou a selecionar apenas os que estavam há, no mínimo, 3 meses em tratamento medicamentoso e psicossocial. Tal procedimento foi adotado para evitar casos violentos ou de oscilação de humor. Segundo Laranjeira et al. (2000), Ribeiro; Laranjeira; Cividanes (2005), Estrela et al. (2018), o tempo necessário para estabilização de quadro violentos, com uso de medicação adequada, não são superiores a 48h. Em casos relacionados às substâncias psicoativas a estabilização perpassa por períodos de 15 a 30 dias.

Para organizar os dados obtidos, as entrevistas foram todas transcritas, organizadas, ouvidas exaustivamente, e em seguida sistematizadas, categorizada, classificadas e analisadas utilizando como metodologia, a análise do conteúdo, definida por Bardin (1997), como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 1997, p. 42)

Essa é uma técnica tradicionalmente utilizada em pesquisa qualitativa. Caracteriza-se por ser sistematizada e com rigor metodológico de análise de textos e entrevistas (Bardin, 2009). As questões abordadas e respondidas dentro de uma conversação informal (BARDIN, 2011) versaram sobre as categorias (posteriormente utilizadas na análise).

- a) Percepção ao modelo de tratamento fechado
- b) Percepção ao modelo de tratamento aberto
- c) Adaptação ao modelo de tratamento
- d) Preferência do tratamento

As questões da entrevista semiestruturada foram analisadas até a saturação. Segundo Fontanella, Ricas e Turatto (2008) a amostragem por saturação é uma ferramenta conceitual muito utilizada em investigações qualitativas, em diferentes áreas no campo da Saúde, para estabelecer ou fechar o tamanho final de uma amostra em estudo, interrompendo a captação de novos componentes. Isto ocorre quando os dados obtidos passam a apresentar certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados, pois as informações fornecidas pelos pesquisados

pouco acrescentará ao material já obtido não mais contribuindo para o aprimoramento da reflexão teórica fundamentada nos dados coletados.

Para organização dos dados, as entrevistas foram transcritas sem a intenção da correção linguística, para preservar o caráter espontâneo das falas. Para preservar a identidade dos entrevistados, as falas foram identificadas por F1 (feminino/1ºentrevistado) ou M1 (masculino/1ºentrevistado) sendo que o número se refere à ordem da entrevista.

Na apuração das falas dos participantes, foi utilizada a técnica de “Análise de Conteúdo”, proposta por Bardin (2004). Esta técnica de análise é um processo sistemático de avaliação de mensagens, que objetiva a descrição do conteúdo e inferências de conhecimentos sobre a produção e recepção dessas mensagens, permitindo agrupar os dados em categorias para análise, dentro dos temas identificados.

Tal processo seguiu os seguintes passos. Primeiro, as entrevistas coletadas foram transcritas mantendo-se a forma original de expressão dos respondentes. Em seguida foi feita a pré-análise, por meio de uma leitura flutuante, a partir da qual emergiram impressões e orientações, de forma a identificar as grandes categorias abordadas pelos respondentes. Posteriormente, após leituras exaustivas dos conteúdos, para sua organização e sistematização, foi possível agrupá-los em grandes categorias.

A análise dos conteúdos das falas dos sujeitos, reunidas por categorias, permitiu identificar unidades de significados, estabelecer subcategorias e proceder-se aos agrupamentos finais. Foi possível identificar as seguintes temas e categorias:

Territorialização: isolamento; privação de liberdade; proximidade com a família; proteção para evitar recaída; liberdade;

Cuidado em saúde: assistência profissional; acompanhamento medicamentoso; humanização; apoio/ajuda; abandono/descaso.

Normas e procedimentos das CT's: visitas restritas; regras; rotina religiosa e disciplina rígida; tempo/momentos de reflexão;

III - RESULTADOS E DISCUSSÃO

O movimento da Reforma Psiquiátrica veio transformar os modelos de atenção e de gestão das práticas em saúde mental, consolidando mudanças significativas na forma de tratar, entender e valorizar o cuidado aos portadores de transtornos mentais, usuários de drogas e seus familiares por meio de ações intersetoriais, acompanhamento e reabilitação psicossocial (Lei nº 10.216/2001). Nesse contexto, os transtornos mentais, passaram a ser cuidados nos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico que eram pautados na exclusão social, na violência e na cronificação do sujeito (TREVISAN; CASTRO; 2019).

Nos anos de 1990, a atenção aos usuários abusivos de álcool e outras drogas entra como destaque e se torna pauta das políticas públicas no Brasil, tendo como concepção de cuidado fundamentada nos direitos do usuário (RIBEIRO; MINAYO, 2015; LIMA, 2010), indo na contramão das práticas excludentes adotadas pelos modelos asilares.

O Ministério da Saúde, a partir de 2003, garantiu seu compromisso de enfrentamento aos problemas associados ao consumo de drogas e nesse mesmo ano é publicada a política do Ministério da Saúde para a atenção de forma integral aos usuários de álcool e outras drogas, de forma articulada, integral objetivando a prevenção, tratamento e reabilitação no campo da saúde pública (MACHADO; MIRANDA, 2007; TREVISAN, 2018)

Com o desenvolvimento de diversas estratégias desenvolvidas nos campos técnico, assistencial, social, político e jurídico, em 2011, a RAPS é instituída possibilitando uma nova dimensão das ações em saúde mental no SUS, garantindo a articulação e integração dos serviços de atenção das redes de saúde no território, com a qualificação do cuidado através do acolhimento, escuta, acompanhamento contínuo e atenção psicossocial dos usuários com transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso do álcool e outras drogas e de seus familiares em diferentes níveis de complexidade (AMARANTE; NUNES, 2018).

O modelo de atenção psicossocial leva em consideração a valorização do saber do usuário e de sua família, assim como suas opiniões para a construção do seu projeto terapêutico. Sendo assim, a terapêutica não se limitará a apenas ao saber médico, dos fármacos e a cirurgia, mas sim, a valorização terapêutica da escuta, da palavra, da educação em saúde e do apoio psicossocial (CAMPOS; AMARAL, 2007)

Conforme já apresentado anteriormente, a RAPS é composta por diversos serviços territoriais. Além da criação dos diversos serviços, a política reforça a necessidade da qualificação, formação e capacitação dos profissionais no compromisso de proporem novas práticas no cuidado do usuário e que atuem no processo de transformação no modelo de cuidado em saúde mental (BRASIL, 2011; BRASIL, 2013).

Dentre os diversos dispositivos que compõem RAPS, destacamos a CT, alvo de constantes críticas, questionamentos, apontamentos e até mesmo relatórios demonstrando diversas irregularidades, práticas desumanas e abusos (CFP, 2011; CFP, 2018; CRP-SP; 2013, CRP-SP, 2016). Em relação aos apontamentos acima, Perrone (2019) rebate apontando a falta de critério dos estudos e resultados supracitados afirmando serem elaborados de forma não científica e enviesada. O mesmo autor demonstra algumas falhas dentre elas: a quantidade de CT inspecionada (minoridade), o não enquadramento nos critérios mínimos para poder ser denominada de CT e a não afiliação à FEBRACT (Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas).

Nesse sentido, cabe a qualquer dispositivo inserido na rede de atenção extrapolar as dimensões biomédicas do cuidado como também instigar os profissionais a compreender o processo saúde/doença de forma ampliada, abrangendo as especificidades de cada usuário na qualidade de sujeito social implicando a cada um a construção de um PTS (NOBREGA; OLIVEIRA, 2005). Confirmando o estabelecido, é necessário um plano de cuidado ao usuário que engloba atividades terapêuticas de tratamento, reabilitação e reinserção social constando a participação do mesmo, de sua família bem como da equipe de profissionais da saúde (SOUZA; OLIVEIRA; NASCIMENTO, 2014)

Muitas são as falhas e contribuições apontadas em diversos dispositivos. Dentre elas, o matriciamento que é uma metodologia de trabalho que objetiva assegurar retaguarda especializada - assistencial quanto suporte técnico-pedagógico- para os profissionais ou equipes de referência responsáveis pela condução de casos individuais, familiares ou comunitários (CAMPOS; DOMITTI, 2007) através da interação dos diversos profissionais e saberes nos variados níveis de atenção (CHIAVERINI, 2011). Nesse sentido, o matriciamento estimula e facilita o contato direto entre equipes através de encontros periódicos objetivando a discussão de casos ou problemas de saúde elegidos pela equipe de referência no intuito elaborar projetos terapêuticos e intervenções a serem feitas (CAMPOS; DOMITTI, 2007)

Essa estratégia (matriciamento) foi implementada em 2008 pelo Ministério da Saúde, mas vem encontrando algumas resistências, conforme demonstram as pesquisas de Cella e Oliveira (2015) e Ferro et al. (2014). Ferro e os colaboradores (2014) mostraram que alguns profissionais das ESF e UBS estudadas apresentam dificuldades com o novo modelo de trabalho por demandar tempo - pelo encontro e troca - impactando na redução de consultas. Além disso, existem práticas fragmentadas centradas apenas nos atendimentos médicos e na lógica dos encaminhamentos principalmente para o ambulatorial (CELLA; OLIVEIRA, 2015; FERRO et al., 2014), sem a inclusão de profissionais de outras equipes (CELLA; OLIVEIRA, 2015)

As reuniões são importantes para as trocas de informações, discussões de planos terapêuticos e para articular diversos e diferentes serviços. Nesse sentido, Lapischies et al. (2012) apontam a importância do trabalho em equipe na atenção psicossocial como ponto significativo para obter sucesso no cuidado aos usuários, visto que, no encontro de diversos saberes de cada profissional, há a produção de um conhecimento diversificado e integral .

Reafirmando a importância do projeto terapêutico singular, ele possibilita cuidados diferenciados, e leva em consideração as especificidades do usuário de droga, foco do nosso objeto de estudo. É ao redor desse sujeito que os diversos profissionais com diferentes formações, crenças e abordagens teóricas diferenciadas se reúnem e compõem equipes multidisciplinares com os usuários e sua família, no trabalho do dia a dia dos serviços de saúde mental e no âmbito da atenção psicossocial (CASTRO; OLIVEIRA; SILVA, 2007)

Como ferramenta clínica onde há o envolvimento de diversos atores no processo de cuidado, visa traçar estratégias de intervenção de acordo com o usuário, com os recursos da equipe, do território, da família e do próprio sujeito através de discussões em relação ao problema a ser enfrentamento tendo a implicação de todos os envolvidos nesse processo bem como a distribuição de responsabilidades, realização de cronogramas e avaliação do processo (ONOCKO-CAMPOS; GAMA, 2008)

Dentre os resultados, pode-se verificar um “progressivo aumento de profissionais contratados e remunerados, com formação técnica” (IPEA, 2017, p. 35) destacando dentre eles o Psicólogo, Assistente Social, Terapeuta Ocupacional, Enfermeiro e Médico (PERRONE, 2019). O autor evidencia a discrepância entre as percepções veiculadas ao modelo de CT pelas lideranças corporativas dos Psicólogos e Assistentes Sociais de um lado; e o

engajamento desses profissionais nessas instituições, de outro lado. Ou seja, enquanto os Conselhos Federais de Psicologia e de Serviço Social mostram-se resistentes ao financiamento Federal às CTs, os profissionais de suas bases têm encontrado nesse dispositivo amplo espaço de atuação através do trabalho remunerado.

Outro fato evidenciado no relatório do IPEA (2017) e apontado por Perrone (2019) é a presença de profissionais devidamente capacitados nas equipes das CTs, principalmente por cursos oferecidos pela Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT), pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) e pela Unidade de Pesquisas sobre Drogas (UNIAD), sendo que, FEBRACT (2018) capacitou quase 25.000 trabalhadores de CTs. Reforçando o exposto acima, Fracasso (2019) em uma entrevista para o (Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID) declara acreditar no modelo e método da CTs, pois todos os envolvidos tem se preparado tecnicamente através de documentos, avaliação e monitoramento de todo o processo para demonstrar com pesquisas científicas a validade do método da CT.

Destacou-se também nos resultados da pesquisa a participação e engajamento das CTs nas Políticas Públicas municipais, estaduais e federais, com progressiva representatividade no cenário político nacional como também sua busca na vinculação à RAPS como equipamento de interesse à saúde e articulação junto aos equipamentos de Assistência Social, visando legitimar seu papel dentro da rede de serviços bem como seu modelo psicossocial de atendimento (IPEA, 2017; PERRONE, 2019).

Perrone (2019, pg.48) defende a ideia da necessidade do reconhecimento das CTs no Brasil como importante dispositivo dentro da rede de atenção da dependência de drogas pois, "oferece acolhimento voluntário para aquele que deseje e preencha os critérios de elegibilidade, a fim de que políticas públicas que legitimem e regulamentem seu funcionamento possam ser estabelecidas", para se tornarem progressivamente serviços de "excelência técnica", sem necessariamente "ficarem desprovidas da essência humanista que motivou sua fundação e funcionamento".

No cenário das políticas públicas, são diversos os atores institucionais envolvidos, mas temos que ter em vista que a principal pessoa participante desse processo não é institucional, e sim o ser humano. Faz-se necessário que a ele seja ofertado o acesso ao tratamento adequado às suas necessidades e que seja garantido todos os direitos enquanto cidadão. Além disso,

mesmo que cada dispositivo tenha suas especificidades para o enfrentamento do uso abusivo das drogas, é necessário que os serviços sejam articulados e operacionalizados em função de um atendimento qualificado, adequado e que seja interdisciplinar.

Diante do exposto, independente do local de oferta pública de cuidados em saúde, a avaliação do grau de satisfação dos usuários do sistema de saúde é um importante indicador a ser considerado no planejamento das ações (MOIMAZ, et al., 2010) como também as informações a respeito da sua percepção fornecem uma visão mais abrangente dos efeitos do tratamento, sendo importantes para a prestação dos serviços de saúde mental (COSTA et al., 2011; SILVA, 2011)

-A literatura aponta que a satisfação dos usuários está relacionada com diferentes fatores tais como a competência da equipe, qualidade da relação terapeuta/paciente, características do atendimento dentre muitas outras. O interesse por esta variável foi reforçado pelos resultados de algumas pesquisas que apresentaram que, usuários satisfeitos tendem a aderir ao tratamento prescrito, fornecer informações importantes para o profissional de referência do cuidado e continuar utilizando os serviços de saúde. Além disso, as informações obtidas a respeito da percepção do usuário fornecem um panorama dos efeitos globais do seu tratamento, sendo relevante para a prestação dos serviços de saúde mental (SILVA, 2011).

3.1 Perfil sociodemográfico, epidemiológico e a satisfação do usuário de álcool e outras drogas

Este capítulo apresentar os resultados e discussão das entrevistas realizadas junto aos usuários do CAPSad no município de Governador Valadares/MG e, que tenham passado por alguma CT. São analisados os seguintes dados quantitativos: 1) características sociodemográficas dos usuários; 2) características clínicas dos usuários/Procedência; 3) características clínicas dos usuários/Problema de Saúde; 4) dados sobre o consumo de álcool e outras drogas/Idade do primeiro uso; 5) dados sobre o consumo de álcool e outras drogas/Tempo de uso; 6) dados sobre o consumo de álcool e outras drogas/Frequência que consumia; e, 7) análise da consistência da Escala SATIS-BR.

3.1.1 Características sócio demográficas

Dos 15 pacientes acompanhados no estudo, a maioria é do sexo masculino (93%), solteiros (60%) e alfabetizados (100%) com escolaridade predominante de ensino fundamental

incompleto (33%). A idade média era de 45,6 anos, sendo a mínima de 34 anos e a máxima de 63 anos. Foi verificado que a maioria (66,6%) possuía renda familiar entre 1 a 2 salários mínimos. Todos estavam desempregados, mas dentre eles, apenas 1 recebia auxílio do governo e 1 recebia o auxílio doença. Foi expressivo o percentual de usuários que nasceram e residem na cidade de Governador Valadares, 73% (Tabela 2).

Os usuários dos CAPSad da cidade de Governador Valadares são predominantemente do sexo masculino, assim como revelado por outras pesquisas em diversos municípios e regiões do País (CARLINI et al., 2002; CARLINI et al., 2005; LARANJEIRA et al., 2007; ALMEIDA et al., 2014; BASTISTA, 2012; PEREIRA et al., 2012; SCHINEIDER, 2009). Segundo Perrone (2019) e Pinho (2014), a predominância encontrada nos estudos está diretamente relacionada ao perfil do consumo de drogas no Brasil.

Em relação ao tratamento de mulheres usuárias de substâncias psicoativas, o Escritório das Nações Unidas contra as Drogas e Crime – (OFNUDC) em 2004 divulgou que em geral, as mulheres encontram mais obstáculos quando iniciam o tratamento se comparado aos homens e o receio de procurar ajuda é 4 vezes maior. Esse fato deve-se às muitas barreiras pessoais, socioculturais e estruturais encontradas por elas como: estigma, medo, vergonha, culpa, receio, preconceito tanto das próprias mulheres quanto dos profissionais de saúde, falta de profissionais adequados, falta de planejamento e implantação de serviços específicos (ASSIS; CASTRO, 2010; FIGLIE et al., 2010; ROSSETTI; SANTOS, 2006; UNODC, 2004).

Nesse sentido, essas variáveis apontam provavelmente o porquê essas mulheres usuárias de drogas postergarem a procura por tratamento justificando a maior prevalência dos homens que fazem tratamento (FIGLIE et al., 2010; BLUME; ZILBERMAN, 2004). Elbreder et al (2008) observou na pesquisa de Weisner (1993), que o estigma em relação às mulheres usuárias de SPAs operará contra a sua adesão ao tratamento.

Neste estudo, a faixa etária entre 30 a 40 anos (33%) e 51 a 60 anos (40%) apresentaram maior prevalência entre os usuários entrevistados no CAPSAD, sendo essas faixas etárias identificadas em estudos anteriores como fatores de risco para o desenvolvimento de comorbidades (FREITAS; SILVA; ARAUJO, 2012; LIMA; SOARES; MARI, 1999).

O estudo de Faria e Schneider (2009), que foi realizado no CAPSad do município de Blumenau (SC), apresentou as faixas etárias dos usuários em atendimento no serviço acima de

34 anos, correspondendo às mesmas do presente estudo. Os dados acima apresentados corroboram tanto com o de Freitas et al. (2012), que indicou a prevalência de maiores taxas a partir de 31 anos no CAPSad do município de Picos (PI), como os apresentados por Peixoto et al. (2010), onde a média de idade dos pacientes de 41,9 anos no CAPSAD em Campo Grande (MS), e também por Trivisan e Castro (2019), que indicou a prevalência entre 41 e 60 anos no (CAPSad) da região do Triângulo Mineiro, em Minas Gerais.

A maioria dos usuários dos CAPSAD são solteiros (63%) e estavam divorciados (27%) ou separados (7%) sendo também constatado em outros estudos (CONSTANTINO; BATISTA, 2012; MARINI, 2011; ROCHA et al., 2015). Segundo Almeida e Luís (2017), pessoas usuárias de drogas tem maior chance de vivenciarem separações e/ou abandono conjugal. Conforme os autores, a perda dos vínculos, principalmente os familiares e o isolamento social prejudicam a procura e adesão ao tratamento. Os estudos Trevisan e Castro (2019) e também o de Monteiro et al. (2011), confirmaram maiores frequências entre solteiros (55,2% e 50,2%, respectivamente).

De acordo com Fliglie, Bordin e Laranjeiras (2010), a falta do apoio familiar levará o usuário de drogas a apresentar dificuldades em tolerar as dificuldades da vida no dia a dia e de se manter motivado para dar prosseguimento ao tratamento. Nesse sentido, residir com a família pode significar um fator de proteção.

Conforme a literatura tem apontado, a condição de solteiro deve-se ao papel prioritário que a droga assume e representa na vida do usuário. Dessa forma, priorizar a constituição de uma família, tornar-se-á secundária (SILVA et al., 2017)

Trevisan (2019) enfatiza que o estudo realizado por Abreu et al. (2016) foi observado um maior risco de consumo de hipnóticos com média superior para mulheres de estado civil viúvas, assim como evidenciado nos resultados para os homens no que tange ao status civil, apontando maior uso e consumo de substância para os solteiros, os separados e os viúvos. Assim, fica evidenciado que o status civil torna-se fator de risco para aqueles que estão sem companheiros e fator de proteção para os casados e/ou que residem com famílias.

No tocante a escolaridade, o mais referido pelos entrevistados foi o ensino fundamental incompleto seguindo em proporção praticamente igual o ensino fundamental completo, ensino médio incompleto e completo, corroborando com o perfil do I Levantamento Nacional sobre

padrão de uso de drogas, realizado por Carlini et al. (2005), que aponta ser este o perfil de escolaridade que predomina na população brasileira pesquisada.

Podem-se verificar semelhanças proporcionais em outras pesquisas. Nos estudos de Alvarez (2007) na cidade de São João Del Rei (MG) ficou constatado que 58,1% de usuários de álcool, não haviam concluído o primeiro grau. Velho (2010) ao caracterizar o perfil sociodemográfico dos usuários de SPAs no CAPSAD de Londrina, Paraná no segundo semestre de 2008, identificou que 64,3% não completaram ensino fundamental, sem diferença significativa entre os sexos. Balarini et al.(2011) identificou em seus estudos que 33% tinham nível de escolaridade correspondente ao ensino fundamental incompleto, 11,8% tinha o fundamental completo e 12,9% o fundamental médio completo. Araújo et al. (2012) identificou que 85,7% tinham ensino fundamental incompleto e 14,3% ensino fundamental corroborando com a pesquisa em questão.

Tabela 2 - Perfil sociodemográfico dos pacientes atendidos no CAPSAD no município de Governador Valadares (MG), Brasil, 2020

Variáveis	Categorias	Frequência (n=15)	Porcentagem
Sexo	Feminino	1	7%
	Masculino	14	93%
		15	100%
Estado Civil	Solteiro	9	60%
	Divorciado	4	27%
	Separado	1	7%
	Casado	1	7%
	15	100%	
Idade	30-40	5	33%
	41-50	3	20%
	51-60	6	40%
	Acima de 61	1	7%
	15	100%	
Escolaridade	Ens. Fund. Incompleto	5	33%
	Ens. Fund. Completo	3	20%
	Ens. Méd. Incompleto	3	20%
	Ens. Méd. Completo	3	20%
	Ensino Superior	1	7%
	15	100%	
Renda	Menos de 1 salário mínimo	4	27%
	1 a 2 salários mínimos	10	67%
	2,1 a 3 salários mínimos	1	7%
	15	100%	
Naturalidade	Gov. Valadares/MG	11	73%
	Belo Horizonte/MG	1	7%
	Rubim/MG	1	7%
	Carai/MG	1	7%

	Divinolândia/MG	1	7%
		15	100%
Procedência	Espontâneo	10	67%
	Família	1	7%
	Médico/outro profissional	1	7%
	Instituição/Secretarias/Escolas	2	13%
	Empresa	1	7%
		15	100%

Fonte: Pesquisa de campo

Galduróz e colaboradores (2004, pg. 23) observaram “maior defasagem escolar entre os estudantes que já tinham feito uso na vida de drogas ao comparar-se aos sem uso na vida”, bem como o absenteísmo na escola se apresentou em maior proporção entre estudantes que já haviam experimentado substâncias psicoativas.

Entretanto, constata-se a predominância de usuários que apresentam nível de escolaridade que corresponde ao primeiro grau incompleto levando-nos a inferir que a população estudada quanto à escolaridade se assemelha ao perfil médio do usuário dos CAPS encontrados em outros trabalhos.

A baixa escolaridade da população estudada corrobora com os vários resultados disponíveis na literatura o qual sugere a estreita relação entre o abandono escolar e o uso de drogas. Esse fato é justificado pelos prejuízos cognitivos (memória, pensamentos, percepções) impactando no déficit de aprendizagem e do rendimento (ARAUJO et al., 2012; PECHANSKY; SZOBOT; SCIVOLETTO, 2004; VELHO, 2010) como também dificuldades de explorar seu potencial e exercer trabalhos produtivos (WHO, 2010).

Nota-se a escola pode ser considerada como fator de proteção para o consumo de drogas, ou seja, quanto maior escolaridade menor o consumo de drogas. Assim, pode-se inferir que quanto maior o grau de instrução, mais formação a pessoa terá, mais educação escolar e mais informação proporcionando-a uma melhor compreensão na garantia da promoção da saúde e qualidade de vida (JOMAR; ABREU; GRIEP, 2014; JOMAR; ABREU, 2012; BARROSO; MENDES; BARBOSA, 2013)

Na presente pesquisa, a maioria encontrava-se desempregados (93,3%) e a renda familiar média dos entrevistados apresentou-se menor em relação ao rendimento médio mensal domiciliar da população brasileira (IBGE, 2018; IBGE, 2019)

Ao discutir sobre a situação econômica, verifica-se a notoriedade a questão do desemprego entre as pessoas que usam abusivamente das drogas (JORGE; CORRADI-WEBSTER, 2012) sendo considerado um dos principais motivos para a perda de emprego (SANCHES; NAPO, 2002). Apesar de se configurar em uma questão da conjuntura vivenciada na realidade da população em questão, ele torna-se destaque, pois representa um segmento fragilizado, vulnerável e marginalizado dentre os grupos dos socialmente excluídos (COSNTANTINO; BATISTA; BATISTA, 2012; TREVISAN; CASTRO, 2019).

A dependência de SPAs, além de comprometer paulatinamente os aspectos biológicos, psíquicos e sociais dos usuários dependentes tornando-se prioridade em suas vidas, traz estigmas e preconceitos dificultando e até mesmo impedindo novas possibilidades de trabalho e/ou permanência no novo emprego (JORA, 2014; SOUZA; KANTORSKI; MIELKE, 2006). De acordo com a afirmação, ao analisar o perfil dos usuários de SPAs em tratamento em unidade de internação, Silva et al. (2010) identificou em seu estudo que a maioria dos entrevistados afirmou ter perdido o emprego pelo menos uma vez na vida devido ao abuso de drogas.

Assim como Jora (2014) identificou possíveis relações entre uso de cocaína, crack e múltiplas droga e o desemprego/estar fora de atuação do mercado de trabalho, Silva et al.(2010) ao analisar o perfil dos usuários de SPAs em tratamento em unidade de internação, identificou em seu estudo que a maioria dos entrevistados afirmaram ter perdido o emprego pelo menos uma vez na vida devido ao abuso de drogas. Em consoante, outro estudo evidenciou que o uso abusivo do álcool, seguido pela cocaína e o crack, estão associados às baixas taxas de emprego (BATISTA; BATISTA; CONSTANTINO, 2012). Jora (2014) aponta que esses estudos corroboram investigações que apontam altas taxas de desempregos em usuários de drogas nos âmbitos internacionais (SIGAL; LI; RAPP, 2002).As características de procedência/encaminhamentos da amostra estão apresentadas na Tabela 3. Foi expressiva o percentual de usuários que chegaram até o CAPSad por meio de demanda espontânea (67%). A menor frequência dos encaminhamentos foram através das instituições/secretarias/escolas (13%), pela família (7%), pelo médico /outros profissionais (7%). Na categoria outros (7%), o paciente foi encaminhado pela empresa em que trabalhava, pois no momento o mesmo estava afastado para a realização do tratamento.

Ainda que diversos usuários chegassem ao CAPSAD encaminhados pelos diversos serviços, neste estudo, a demanda espontânea que prevaleceu (67%), assim como encontrado em outros

trabalhos como em Almeida et al. (2014), Carvalho, Silva e Rodrigues (2010), Monteiro et al. (2011) e em Almeida, Silva e Silva (2010), representando respectivamente – 54,82%, 68,20%, 49,30% e 75%, que vieram por demanda livre.

A inserção do CAPSAD dentro da RAPS (Portaria GM/ MS nº 3.088 de 23/12 de 2011) viabiliza a esse equipamento o local de referência para o tratamento destinado às pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Assim, sua maior inserção dentro da sociedade possibilita um maior conhecimento desse serviço como estratégia de intervenção acessível e direta, destinados às pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

No presente estudo, a maior prevalência de usuários procurando o serviço por demanda espontânea encontra-se de acordo com alguns dos princípios básicos da Reforma Psiquiátrica, apresentando na concepção de porta aberta, diretrizes centradas nos serviços territoriais com estratégia de produção de saúde mental de base comunitária, coletiva e territorial (GASTÃO; CAMPOS, 2005). Lobosque (2004) chama a nossa atenção de que os centros de atenção à saúde mental não devem se configurar em uma experiência isolada e desconectada de estratégias de atenção e sim, ser voltada para a população como um todo visando assegurar a cada cidadão efetivamente seu direito ao cuidado em liberdade.

Ainda segundo a autora, (2007, pg. 56), os Centros de Atenção devem ser um lugar de portas abertas, sem trancas, sem cadeados e que deem "acesso a um espaço cujo contorno não se faz por muros ou grades". Lugar onde o primeiro laço que devemos fazer é o acolhimento onde não exista "recua diante da gravidade de um quadro ou da intensidade de um transtorno" e que nesse encontro com os momentos críticos da loucura seja pautado no acolher sem reservas, temores e nem na recusa frente a alguma dificuldade encontrada pelos profissionais.

3.1.2 História da queixa

As características clínicas da amostra estão apresentadas na Tabela 3. Dentre os pacientes avaliados, 73% tiveram algum problema de saúde e todos (100%) fazem tratamento psicológico no serviço onde é acompanhado. A maioria dos pacientes (73%) apresentam comorbidades (73%). Foi detectado que todos os pacientes fazem uso de medicação contínua (100%) prescritos pelo psiquiatra e são acompanhados no CAPSad. Das internações psiquiátricas, uma pequena parcela (7%) já passou por esta experiência. Quanto a realização de atividades terapêuticas, a minoria (33%) disse não participar.

De acordo com Relatório Mundial sobre Drogas de 2019, 35 milhões de pessoas em todo o mundo sofrem de transtornos por uso de drogas, enquanto apenas uma em cada sete pessoas recebe tratamento (UNODC, 2019). O uso abusivo de álcool e outras drogas podem ocasionar danos causados à saúde que envolvem desde sintomas físicos, psíquicos como também afetivos e sociais impactando nos relacionamentos interpessoais devido às mudanças de comportamento do usuário de substâncias psicoativas. Laranjeira (2010) afirma que, a maioria dos especialistas aponta que a dependência de drogas é considerada uma doença cerebral com persistentes mudanças na estrutura e função do cérebro, sendo responsável por mudanças significativas na interação do usuário com a família, impactando nas suas relações sociais e profissionais. Segundo Pratta e Santos (2009), o uso de drogas pode trazer consequências devastadoras à saúde.

Tabela 3 - Características clínicas dos pacientes/usuários do serviço. Problema de Saúde

Variáveis	Categorias	Frequência (n=15)	Porcentagem
Outros Problemas de saúde	Sim	11	73%
	Não	4	27%
		15	100%
Tratamento psicológico	Sim	15	100%
	Não	0	0%
		15	100%
Comorbidade psiquiátrica	Sim	11	73%
	Não	4	27%
		15	100%
¹Uso de medicação contínua	Sim	15	100%
	Não	0	0%
		15	100%
Internação psiquiátrica	Sim	1	7%
	Não	14	93%
		15	100%
Atividades terapêuticas	Sim	5	33%
	Não	10	67%
		15	100%

¹Citolaplan, Diazepam, Teanina, Haldol, Tegretol, Gardenal, Carbonato de Litio, Amplictil, Andoclipina, Fluoxitina.

Fonte: Pesquisa de campo

Cada droga causa diversos efeitos tanto físicos quanto psíquicos no nosso organismo conforme uma gama de variáveis relacionadas ao consumo. Entre os principais sintomas clínicos causados pelo consumo de drogas estão: a) álcool: tremores, desidratação, insuficiência renal, hipertensão arterial grave, ansiedade, vômitos, alterações de humor, confusão mental (DIEHL et al., 2011); b) nicotina: ansiedade, irritabilidade, distúrbio do

sono, humor disfórico ou deprimido (PRESSMAN & GIGLIOTTI, 2011); c) maconha: ansiedade, inquietação, ataques de pânico, depressão (ZUARDI & CRIPPA, 2011); d) cocaína e crack: redução do apetite, ansiedade, depressão, irritabilidade, letargia, esgotamento físico, perda de peso (ALVES et al., 2011).

A literatura pontua que as pessoas dependentes de substâncias psicoativas estão predispostas a apresentarem comorbidade psiquiátrica. No estudo da dependência química, a presença de transtornos psiquiátricos associados ao uso de substâncias psicoativas - comorbidade psiquiátrica – vem sendo estudada, tanto nacionalmente (Alves, Kessler, & Ratto, 2004; Scheffer, Pasa, & de Almeida, 2010; Zaleski et al., 2006) quanto internacionalmente (Demetrovics, 2009; Jané-Llopis, & Matytsina, 2006; Lai & Huang, 2009). Indivíduos que são dependentes químicos possuem maior chance de desenvolver algum transtorno psiquiátrico, quando comparados àqueles que não utilizam drogas, sendo a identificação deste outro transtorno relevante tanto para o diagnóstico, prognóstico como também para o tratamento adequado do paciente (Cordeiro & Diehl, 2011; Ribeiro, 2012).

Segundo Cordeiro e Diehl (2011), vários desafios relacionados aos cuidados dos dependentes de substâncias psicoativas estão presentes no que tange ao tratamento dos usuários, que segundo os autores, vão desde a diminuição da disponibilidade de serviços e falta entendimento por parte dos médicos quando os mesmos esbarram com um paciente que além de usar drogas, possui um quadro psiquiátrico associado, constituindo uma comorbidade. Ou seja, ocorrência de duas patologias sofridas pelo mesmo indivíduo na qual uma dificulta o diagnóstico da outra, dificultando o tratamento e o prognóstico de ambas (RATTO; CORDEIRO, 2010; CORDEIRO; DIEHL, 2011)

Entre os dependentes químicos, as comorbidades psiquiátricas comumente encontradas são os transtornos de personalidade e os transtornos depressivos e ansiosos (DUAILIBI et al., 2008; FILHO; TURCHI; LARANJEIRA; CASTELO, 2003; SCHEFFER et al., 2010). Cordeiro e Diehl (2011) afirma ser comum no dependente químico o desenvolvimento de comorbidades psiquiátricas como a esquizofrenia, os transtornos do humor de alimentação, de conduta e de déficit de atenção. Também cabe salientar que, o uso de drogas é considerado um fator de risco importante para o suicídio. Assim sendo, faz-se necessário a compreensão dessas duas situações – uso de drogas e suicídio – ambas carregadas de estigmas e preconceitos para que possamos compreender os suicídios relacionados à dependência química para podermos atuar na prevenção (DIEHL, 2011).

Existem ainda diversos fatores associados ao uso de drogas que podem contribuir para o agravamento dos problemas de saúde de um usuário. Entre eles estão as comorbidades psiquiátricas e o poliuso de substâncias. O desenvolvimento de comorbidades psiquiátricas como a esquizofrenia, os transtornos do humor, de ansiedade, de alimentação, de conduta e de déficit de atenção é considerado comum para o dependente químico (CORDEIRO; DIEHL, 2011). Além disso, cabe destacar, que o uso de drogas é considerado um fator de risco importante para o suicídio. Para Diehl (2011), não é difícil entender essas duas questões – dependência química e suicídio – ambas carregas de vulnerabilidades, estigmas e preconceitos. Para o autor, justifica-se a necessidade de compreender melhor o suicídio relacionado à dependência de substâncias psicoativas para poder prevenir melhor esse fenômeno.

Quanto à internação psiquiátrica, os resultados evidenciaram que a maioria dos usuários dos CAPSad, não estiveram internado em hospitais ou clínicas psiquiátricas por uso de substâncias psicoativas. Com a publicação da Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Drogas (PAIUAD), o SUS assume, segundo Trevisan (2018), o desafio de prevenir, tratar, reabilitar os usuários de drogas por meio de ações na atenção primária, garantia de acesso a medicamentos, atenção a saúde, envolvimento dos usuários/famílias/comunidade, formação de recursos humanos, articulação com outros setores, monitoramento da saúde mental no território bem como o estabelecimento de programas específicos para o público em questão (BRASIL, 2003).

Para a execução dessa política e a priorização da atenção integral à saúde em serviços abertos, os CAPSad são referência no tratamento, articulados à rede assistencial em saúde mental para dar suporte para pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas. Além disso, a rede da saúde mental apoia-se em leitos de internação quando necessário, priorizando a atenção comunitária (BRASIL, 2003). Mesmo com a política estabelecida, verifica-se em alguns estudos um percentual maior de internações psiquiátricas dos usuários dos CAPSAD em Trevisan (2018) e Barbosa (2013) com prevalência de (39,8% e 36%) respectivamente, contrariando os resultados deste presente estudo.

Assim, ao analisar a demanda por internações psiquiátricas, pode ser uma forma de avaliar os serviços substitutivos existentes (COELHO et al., 2014 ; ZURITA et al., 2016; CZYZ; BERNONA; KING, 2016). Pode-se inferir que a diminuição das taxas de internação por uso de drogas resulta-se de esforços dos países em promover melhoria na assistência prestada aos

usuários dependentes de substância psicoativas com o fortalecimento das políticas públicas redirecionando o modelo assistencial na substituição progressiva dos leitos hospitalares psiquiátricos por uma rede de Atenção Psicossocial (DURTE; GARCIA, 2013)

Quanto ao tratamento medicamentoso, mesmo que o uso de seja imprescindível para a recuperação da saúde, os medicamentos não estão imunes de riscos e podem se tornar altamente perigosos quando usados de forma inadequada tornando-se um grande problema mundial de Saúde Pública (OPAS, 2005; PORTELA et al., 2010).

A utilização indiscriminada e irracional de medicamentos proporciona, além de perdas de ordem econômica para o governo e/ou o indivíduo, como também pode produzir danos no campo sanitário, através do aumento das reações adversas, estas muitas vezes prejudiciais a saúde (BARROS; JOANY, 2002; FONSECA; GONDIM; FONTELES, 2014; PORTELA et al., 2010)

De acordo com Fonseca, Godim e Fontales (2014) a utilização de medicamentos prescritos para o dependente químico pode ser justificada, em parte, a partir dos diversos sintomas (depressão, fadiga, anorexia e até mesmo psicoses e convulsões) possíveis no período de abstinência, devido ao uso de algumas drogas (cocaína e crack), bem como pela presença de comorbidades psiquiátricas.

Tais autores apontam que, esse campo da prescrição de psicofármacos, baseada apenas nos sintomas apresentados pelo indivíduo e na capacidade do profissional médico em diagnosticar os transtornos mentais, pode nos remeter a uma prática questionável sobre o uso racional de diversos medicamentos no tratamento na saúde mental. A proposta de alívio imediato do sofrimento tem seu preço, e não necessariamente reflete apenas nos custos financeiros, mas também na percepção de que o remédio é a personificação da solução de todos os problemas, ao invés de serem as mudanças de hábitos para a aquisição de uma vida mais saudável (AQUINO, 2008; FONSECA; GONDIM; FONTELES, 2014).

Além dos psicofármacos possuem elevado potencial de dependência, existe a crença dos próprios usuários ou de seus familiares de que apenas o uso dos mesmos seria capaz de resolver o problema, e, "quando algum problema associado à terapêutica (evento adverso) ou recaída ocorre, é suficiente o para abandono do tratamento" (FONSECA; GONDIM; FONTELES, 2014, pg. 559).

3.1.3 Dados sobre o consumo de álcool e outra drogas

A Tabela 4 apresenta a idade do primeiro uso do álcool e outras drogas. Pode-se verificar que os resultados da amostra apontam que a maioria iniciou o consumo na faixa etária dos 12 a 18 anos incompletos com a prevalência do álcool (53%) e alucinógenos (33,3%). Na faixa dos 18 a 24 anos, houve uma prevalência do tabaco (33,3%) e crack (26,6%). Verifica-se que, antes de completar 12 anos, houve um maior consumo de solvente (19,9%).

A adolescência é uma etapa da vida na qual ocorrem intensas significativas transformações físicas, psíquicas e emocionais gerando no adolescente, crises carregadas de instabilidade emocional. Nessa fase, além da necessidade de formar laços afetivos, necessidade de conviver e interagir com seu grupo de iguais onde se sente pertencido (PAPALIA; FELDMAN, 2013). Considerado um período de vulnerabilidades, o adolescente se encontra em processo de construção de sua identidade bem como de emancipação da família, com crescente direcionamento e importância para os grupos podendo leva-lo a comportamento de riscos, dentre eles, o uso de drogas (CARVALHO; LEAL, 2006; TREVISAN, 2018)

Tabela 4: Idade do primeiro consumo do álcool e outras drogas :

Variáveis	Idade do primeiro uso		Tempo de uso			
	Frequência (n=15)	%	Frequência (n=15)	%		
Álcool	Até 12 anos incompletos	1	7%	11 a 20 anos	2	13%
	12 a 18 anos incompletos	8	53%	Acima de 21 anos	13	87%
	18 a 24 anos	5	33%		15	100%
	25 a 34 anos	1	7%			
	Todos que consumiram	15	100%			
¹Tabaco	Até 12 anos incompletos	2	13,30%	11 a 20 anos	4	26,70%
	12 a 18 anos incompletos	4	26,60%	Acima de 21 anos	9	59,90%
	18 a 24 anos	5	33,30%		13	86,60%
	25 a 34 anos	1	6,70%			
	35 a 44 anos	1	6,70%			
	Todos que consumiram	13	86,60%			
²Cocaína	12 a 18 anos incompletos	4	26,70%	0 a 5 anos	1	6,60%

	18 a 24 anos	1	6,60%	6 a 10 anos	2	13,30%
	25 a 34 anos	2	13,30%	Acima de 21 anos	5	33,30%
	35 a 44 anos	1	6,70%		8	53,30%
	Total que consumiram	8	53,30%			
³Solvente	Até 12 anos incompletos	3	19,90%	6 a 10 anos	2	13,20%
	12 a 18 anos incompletos	2	13,40%	Acima de 21 anos	3	19,80%
	Todos que consumiram	5	33,30%		5	33,30%
⁴Crack	12 a 18 anos incompletos	1	6,70%	0 a 5 anos	1	6,60%
	18 a 24 anos	4	26,60%	11 a 20 anos	6	40%
	25 a 34 anos	2	13,30%	Acima de 21 anos	2	13,40%
	35 a 44 anos	1	6,70%		9	60%
	45 a 54 anos	1	6,70%			
	Todos que consumiram	9	60%			
⁵Alucinógenos	12 a 18 anos incompletos	5	33,30%	0 a 5 anos	1	6,60%
	18 a 24 anos	3	20%	11 a 20 anos	1	6,60%
	25 a 34 anos	1	6,70%	Acima de 21 anos	7	46,80%
	Todos que consumiram	9	60%		9	60%

¹Resultado referente ao número de usuários de tabaco

²Resultado referente ao número de usuários de cocaína

³Resultado referente ao número de usuários de solvente (cola de sapateiro)

⁴Resultado referente ao número de usuários de crack

⁵Resultado referente ao número de usuários de alucinógenos (maconha)

*Categorias (Até 12 anos incompletos; 12 a 18 anos incompletos; 18 a 24 anos; 25 a 34 anos; 35 a 44 anos; 45 a 54 anos) foram incluídas na tabela somente a idade do primeiro consumo da droga.

Fonte: Pesquisa de campo

Esse período do desenvolvimento constitui-se crucial no ciclo de vida do adolescente para o início do uso de drogas, seja para experimentação, ou como consumo ocasional, ou indevido e até mesmo abusivo (SCHENKER; MINAYO, 2005; TREVISAN, 2018). Vale ressaltar que, na adolescência, quando a busca da identidade está associada à carência de recursos psicológicos, quanto mais cedo acontecer a experimentação de drogas, maior será o risco de

evolução para um quadro abusivo ou até dependente (FIGLIE; BORDIN; LARANJEIRA, 2015).

Nesta fase, o uso contínuo de drogas pode acarretar danos cerebrais, uma vez que este se encontra em processo de desenvolvimento; portanto, podendo ocasionar em déficit cognitivo, impulsividade, agressividade, falta de motivação, dificuldade de relacionamento social; prejuízo da memória e da atenção, cujas consequências são difíceis de serem previstas na vida do indivíduo (FIGLIE; BORDIN; LARANJEIRA, 2015; LOPES et al., 2014; TREVISAN, 2018).

Neste contexto, em relação aos dados nacionais para a constatação do aumento do padrão de uso, Jora (2014) e Perone (2019) apontam os vários estudos realizados dentre eles: o I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil (CARLINI, et al.2002); o II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas – II LENAD (LARANJEIRA, 2014) realizado pela UNIAD/UNIFESP; o VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras (CARLINI et al., 2010) e a Pesquisa nacional sobre o uso de crack realizada pela ICICT/FIOCRUZ (BASTOS; BERTONI, 2014).

Os dados nacionais do II Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, de 2005, mostram que os solventes são a quarta droga (depois do álcool, da maconha e do tabaco) abusada com mais prevalência no Brasil (CARLINI, et al., 2006). Corroborando os estudos de Diehl e Cordeiro (2011) o uso de inalantes ocorre predominantemente entre crianças e adolescentes, em especial aqueles em situação de rua, o qual foi observado também neste presente estudo com uma maior prevalência na faixa etária de 12 anos incompletos (19,9%).

Conforme o V Levantamento Nacional Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), observa-se a iniciação cada vez mais precoce o uso de drogas na infância, na faixa etária de 10-12 anos (12,7% dessas crianças) já usaram algum tipo de droga, embora se observada uma porcentagem maior de usuários a partir dos 16 anos (GALDURÓZ et al., 2004).

Os dados nacionais do II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil em 2005 mostram que os solventes são a quarta droga (depois do álcool, da maconha e

do tabaco) abusada com mais prevalência no Brasil (CARLINI; GALDUROZ, 2006; DIEHL; CORDEIRO, 2011). Estudos confirmam que o uso de inalantes não ficam restritas às crianças e adolescentes em situação de rua. Conforme Diehl e Cordeiro (2011), no Brasil, as manchetes de jornais impressos ou notícias na televisão relatam o falecimento de jovens de classe média/alta devido ao uso de substâncias inalantes que são geralmente expostas e associadas a festas (cruzeiros, micaretas, carnaval e raves).

No presente estudo, na análise da faixa etária, a maioria dos usuários iniciou o uso de substâncias psicoativas entre os 12 aos 18 anos incompletos, seguido dos 16 aos 24 anos. Esse dado vai ao encontro com outros estudos que abordaram essa variável (FIGLIE; BORDIN; LARANJEIRA, 2015; HORTA et al., 2011; LOPES; REZENDE, 2014; PEREIRA et al., 2012; TREVISAN, 2018). Os levantamentos epidemiológicos sobre o consumo de drogas no mundo e no Brasil apontam que é nessa fase do desenvolvimento que se inicia o uso (DOMINGOS; DOMINGOS, 2005; GALDURÓZ et al., 2005; LARANJEIRA et al., 2013; PRATTA; SANTOS, 2006; SILVEIRA, 2008).

O Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas – Guia AD (2015), aponta que dados da Pesquisa Nacional de Saúde Escolar do ano de 2011 indicaram a prevalência de 71,4% para experimentação alcoólica e 27,3% para consumo regular do álcool entre adolescentes do nono ano das escolas públicas. Esses dados vão ao encontro dos resultados achados nesse presente estudo. Pesquisas evidenciaram que adolescentes que fizeram consumo de álcool antes dos 12 anos de idade, em comparação àqueles que não o fizeram, "tornaram-se maiores consumidores problemáticos de álcool, em *padrão binge* (consumo de cinco doses ou mais em uma única ocasião), apresentarem padrões de consumo pesado (consumo superior a 19 dias por mês) e fazer uso de drogas ilícitas" (BRASIL, 2015, p.48; DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2011).

Fligie et al (2015) e Laranjeira e colaboradores (2007) ainda nos chamam atenção apontando dados preocupantes relacionados com o consumo de álcool entre os adolescentes brasileiros. Segundo os autores, em estudos realizados, cerca de 35% deles já haviam consumido álcool; 24% (beberam pelo menos 1 a 4 vezes por mês) ; 8% (beberam de 1 a 4 vezes por semana e 1% bebeu diariamente, sendo que, 16% apresentaram *padrão bingue* de consumo. Ou seja, a prevalência de uso abusivo de álcool entre os adolescentes brasileiros é de 12%, sendo o uso nocivo 3%, e o uso com dependência 9%. Ainda salientam que, a população abstinentes representa 48%, e dentre estes, 24% fazem uso frequente e pesado (binge), e 28% são

bebedores pouco frequentes, sem uso abusivo, evidenciando a alta prevalência na faixa desse estudo.

Em relação à maconha, Figlie et al. (2015) e Laranjeira et al. (2013) apontam em seus estudos que, mais de 60% dos usuários de maconha e 45% dos usuários de cocaína, as usaram pela primeira vez antes dos 18 anos, aumentando a probabilidade de desenvolvimento da dependência de outras substâncias evidenciado essa alta prevalência conforme apresentado na tabela 6. A esse respeito, os autores supracitados alertam sobre os dados encontrados nos estudos salientando que 54% dos adolescentes usuários de maconha e 38% dos adolescentes usuários de cocaína na faixa etária entre 12 a 17 anos, consideraram a obtenção de dessas drogas como algo muito fácil.

Em relação ao tabaco, a OMS (2004), estima que um terço da população mundial (1 bilhão e 200 milhões de pessoas) seja fumante, sendo o tabagismo o responsável pela segunda causa principal de morte no mundo (BORDIN et al., 2015; PRESSMAN; GIGLIOTTI, 2011).

De acordo com Pressman & Gigliotti (2011) e Bardin et al. (2015), atualmente, um terço da população mundial de 15 anos de idade ou mais é fumante, sendo que, cerca de nove em cada dez fumantes, iniciaram o hábito antes dos 18 anos, conforme também evidenciado neste presente estudo na tabela 6. A experimentação nessa faixa etária ocorre por diversas razões, dentre elas: influência dos pares e dos familiares fumantes, curiosidade, facilidade de acesso, influência das propagandas e filmes (PRESSMAN; GIGLIOTTI, 2011).

Ainda para as autoras, além dos jovens em geral subestimarem os malefícios do tabaco, os mesmos são tendem a acreditar que podem deixar de fumar a qualquer hora; entretanto, apenas 4% dos fumantes com faixa etária entre os 12 e 19 anos, conseguem alcançar a abstinência a cada ano.

Neste estudo, as substância lícitas foram as mais utilizadas, sendo a primeira delas o álcool (87%), seguido pelo tabaco (59,9%). Quanto às substâncias ilícitas, as mais utilizadas foram a maconha (46,8%), a cocaína (33,3%), o solvente (19,8%) e o crack (13,4%). Do número total da amostra (n=15), todos (100%) consumiam o álcool. O tabaco (n=13) correspondeu a 86,6% da amostra. Já o crack e a maconha, tiveram o mesmo número (n=9) de usuários, ou seja, 60% da amostra utilizaram essas 2 substâncias psicoativas. Em relação a cocaína (n=8), 53,3% da amostra afirmaram consumir essa droga. O solvente (n=5) correspondeu a 33,3% da amostra que afirmou o consumo dessa substância. Nota-se que, entre as drogas ilícitas, mais

da metade consumiram o crack e a maconha seguidos pela cocaína. Assim, observa-se que a substância com uma maior prevalência em relação ao tempo de uso é o álcool, seguidos pelo tabaco, maconha, solvente e cocaína.

As políticas públicas relacionadas ao enfrentamento das drogas se justificam a partir de dados concretos do aumento do uso na realidade brasileira. De acordo com os resultados do II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas – LENAD 2012 verificou-se um crescimento na quantidade e frequência de consumo de doses de bebidas alcoólicas ingeridas pela população brasileira. Os dados mostraram que, em 2006, 42% da população não abstinentes declarou beber pelo menos 1 vez por semana e 58% bebiam menos de uma vez por semana. Já em 2012, a proporção daqueles que declararam beber pelo menos uma vez por semana subiu, ou seja, 53% dos não abstinentes bebem ao menos uma vez por semana (LARANJEIRA et al., 2014; SILVA et al., 2015).

Os resultados desses estudos confirmaram o contínuo crescimento de drogas no Brasil apresentando destaque para o álcool e o tabaco como as drogas mais consumidas (GOLDUROS; SANCHES; NOTO, 2011; JORA, 2014).

Laranjeira et al. (2007) avaliou em seus estudos os padrões de consumo na população brasileira identificando que 48% da população era abstinentes, 28% consumiram bebidas alcoólicas no padrão de intoxicação pelo menos uma vez no ano anterior a entrevista, 24% fazem uso frequente e pesado, 3% fizeram uso nocivo e 9% eram dependentes. Ao comparar os estudos realizados por Carlini et al. (2001 e 2005), notou-se um aumento da prevalência de dependentes de álcool tanto nas mulheres quanto nos homens. Em 2001, a proporção para prevalência de dependência do álcool foi de 17,1% dos homens e 5,7% das mulheres enquanto em 2005, essa prevalência foi entre homens e mulheres respectivamente de 19,5% e 6,9% .

Ainda sobre o álcool, os estudos evidenciam que o início precoce do uso do álcool (em média aos 13 anos de idade), influencia no consumo na vida adulta parecendo aumentar a vulnerabilidade de consumo maior de álcool na vida adulta (BARBOSA, 2015; GALDURÓZ E CARLINI, 2007; VIEIRA, RIBEIRO E LARANJEIRA, 2007;).

Problemas relacionados com o álcool não só afetam apenas a pessoa que bebe, mas também aquelas pessoas que não bebem, incluindo familiares, comunidades, vítimas de violência e

acidentes associados ao uso de bebidas alcoólicas (SILVA; DUAILIBI; LARANJEIRA, 2015; WHO,2005)

Em relação à questão do tabagismo, é indiscutível o extenso dano à saúde causado pelo consumo e exposição a produtos derivado do tabaco. O tabagismo é considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) uma doença, pois a nicotina que o cigarro contém causa dependência e provoca alterações físicas, emocionais e comportamentais na pessoa que fuma. Assim, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID), o tabagismo foi catalogado como "uma desordem mental e de comportamento, decorrente da síndrome de abstinência à nicotina" (ANDREIS; JONHS, 2015, pg.513)

O tabagismo é considerado uma pandemia sendo responsável pela segunda causa principal no mundo. Na atualidade, é responsável pela morte de um entre dez adultos. Dados demonstram que, provavelmente a metade das pessoas que fumam hoje, provavelmente virá a óbito em decorrência de doenças relacionadas ao tabaco. Caso os padrões atuais do tabagismo permanecerem, até em 2020 teremos aproximadamente 10 milhões de óbitos a cada ano e 1 bilhão de óbitos até o final do século 21 (BORDIN et al., 2015)

II LENAD ainda aponta que, em relação ao tabaco, apesar da redução da proporção de fumantes observada nos resultados do estudo, um dado importante verificado foi um pequeno aumento no número médio declarado de cigarros fumados por dia. Evidenciou-se que, em 2006 a população brasileira fumava em média 13,1 cigarros por dia; já em 2012, o número de cigarros fumados pelos adultos passou a ser em média 14 cigarros. Ressalta-se que, tanto os homens como as mulheres passaram a fumar mais em 2012 além de constatar que a média de idade de experimentação do cigarro ocorre em torno da 16 anos idade e a média de consumo regular é 17 anos (LARANJEIRA et al.; 2014). Assim, esses dados corroboram que, "um adolescente usuário de tabaco dificilmente não se tornará um dependente" (MORAES et al.; 2015, p.286).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (2019) e a OMS (2010), existem mais de um bilhão de fumantes no mundo e 80% deles vive em 24 países, sendo dois terços destes, vive em países de baixa e média renda onde a carga das doenças e mortes relacionadas ao tabaco é mais alta. Segundo estimativa, os fumantes atuais consomem cerca de seis trilhões de cigarros todos os anos.

Ainda segundo o INCA (2020), o percentual de adultos fumantes no Brasil tem apresentado nas últimas décadas uma queda expressiva em função de várias ações desenvolvidas pela Política Nacional de Controle do Tabaco. Ainda aponta que, de acordo com a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN), 34,8% da população acima de 18 anos eram fumantes no ano de 1989 e no ano de 2003, constatou-se uma queda significativa no percentual (22,4%) na Pesquisa Mundial de Saúde (PMS). Segundo a Pesquisa Especial sobre Tabagismo (Petab), foi novamente observada outra redução significativa do percentual (18,5%) no ano de 2008.

Portes (2017) aponta os dados do IBGE (2014) ressaltando que, apesar dos avanços alcançados nas últimas décadas, o Brasil ainda apresenta um número elevado de fumantes embora estima-se que a prevalência de usuários que consomem produtos derivados do tabaco no país corresponda a 15% das pessoas de 18 anos ou mais de idade.

Para reforçar, a literatura tem demonstrado que as drogas lícitas - álcool, tabaco e medicamentos - representam a maior parcela de drogas consumidas entre os brasileiros apresentando consequências significativas na saúde dos usuários, na sua vida social e na economia (BARBOSA, 2015; DUALIBI, VIEIRA E LARANJEIRA, 2011; SANTOS, 2010; SOUZA E KANTORSKI, 2007). Segundo Barbosa (2015) os estudos acima corroboram com Laranjo e Soares (2006) e Noto et al.(2003) ao ressaltar que as drogas mais usadas pela população são as lícitas (álcool e tabaco).

Segundo a OMS (2008, pg.7), mais de 1 bilhão de pessoas do planeta fumam sendo que, aproximadamente 1/4 destes são adultos. O "tabaco é a maior causa isolada de morte passível de prevenção no mundo atualmente, matando até metade dos seus consumidores". Em média, mais de cinco milhões de pessoas morrem por ano devido ao seu consumo, e a tendência é aumentar nos países desenvolvidos por causa do crescimento da população e ao marketing agressivo das indústrias do tabaco. Conforme essa projeção, em 2030 será oito milhões de óbitos por ano.

Como forma de reduzir a prevalência do tabaco bem como combater as doenças crônicas, em 2013 a OMS estabeleceu como meta a redução em 30% entre 2010 e 2025 (BRASIL, 2006; OMS, 2009).

Malta (2015), Portes e Machado (2015) e Szklo et al. (2012) aponta que o Brasil tem apresentado uma significativa redução de fumantes. Em 2006 (BRASIL, 2006) e 2013

(BRASIL, 2012), pode-se verificar em adultos fumantes diários a redução de 16,2% para 11,3% respectivamente. Mesmo que os dados demonstrem que a prevalência de fumantes entre os jovens tem diminuído em 2012 em 5,1%, estudos demonstram que as ações preventivas devem ser intensificadas e direcionadas principalmente a crianças e adolescentes (PORTES; MACHADO, 2015; RODRIQUES et al. 2015; SZKLO et al., 2012)

Em relação à maconha, é a droga ilícita mais consumida no mundo (CARLINI et al., 2001; GALDUROZ; DIAS, 2005; GUIMARAES et al., 2004; JUNGGERMAN et al., 2015; LARANJEIRA et al., 2014). Em 2010, a Union Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) estimou que entre 2,6% a 5% da população mundial (entre 15 a 64 anos) tenha consumido maconha (JUNGGERMAN et al., 2015). No relatório da UNODC (2019), mais pessoas estavam usando maconha na América do Norte em relação à década anterior. Nos Estados Unidos, entre os anos de 2007 e 2017 houve um aumento de 60% de usuários de maconha e destes, o número de usuários diários ou quase diários mais do que duplicou o consumo nesse período.

Seu uso no Brasil aparece com a maior prevalência entre a população adulta, ou seja, 5,8% declararam já ter usado a substância alguma vez na vida - 7,8 milhões de brasileiros adultos usaram maconha pelo menos uma vez na vida (LARANJEIRA, et al., 2014; BARBOSA, 2015).

Estudos epidemiológicos têm apurado que indivíduos com transtornos mentais graves estão mais propensos a fazer uso, abuso e dependência de drogas (especialmente a cannabis) quando comparados à população geral (ZUARDI; CRIPPA, 2015; DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2010). Dielh, Cordeiro e Laranjeira (2010) ainda apontam que pacientes com esquizofrenia são mais prováveis fazerem uso abusivo da maconha do que indivíduos saudáveis com aumento de risco de abuso em 10,1% nesta população.

Na literatura há uma variedade de estudos que detectaram que o uso prolongado da maconha pode acarretar alteração nos processos cognitivos (atenção, memória), funções executivas e controle inibitório de respostas (ZUARDI; CRIPPA, 2011; SOLOWIJ; PESA, 2010; JUNGGERMAN et al., 2015). Essas alterações estão associadas a maior frequência do uso, duração, quantidade e o início precoce do uso. Assim, estudos indicam que, quando o neurodesenvolvimento ainda não se completou no início da adolescência, resulta em déficits

mais significativos na atenção e na memória (ZUARDI; CRIPPA, 2011; SOLOWIJ; PESA, 2010).

Em relação a cocaína, acredita-se que atualmente haja um número estimado entre 13,3 e 19,7 milhões de pessoas no mundo que sejam usuárias dessa SPA e seus derivados (BORDIN et al., 2015; UNODC, 2012)

Há evidências de que o uso da cocaína no Brasil aumentou de forma gradual nos últimos 30 anos (BORDIN et al., 2015; GALDUROZ et al., 2004) Entre os anos de 1988 a 1999, foi realizado uma avaliação pelo CEBRID o qual revelou que as internações para tratamento da dependência de cocaína e seus derivados foram as que mais cresceram: 0,8% para 4,6%, com um aumento de 475% (BORDIN et al., 2015).

O IV Levantamento realizado pelo CEBRID em 10 capitais brasileiras no ano de 1997, sobre o uso de drogas entre os estudantes da rede pública de 1º e 2º graus indicou que o uso da cocaína tornava-se popular no meio deles. Em 2004, o V Levantamento nacional do CEBRID sobre drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio, realizado nas 27 capitais brasileiras apontou dados significantes: 2% dos brasileiros fazem uso de cocaína na vida; o Brasil fica abaixo dos EUA onde o uso na vida é de 5,4% ; o uso de cocaína é maior para o sexo masculino (BORDIN et al., 2015)

Já o II Levantamento domiciliar também realizado pelo CEBRID em 2005 com mais de 7.900 entrevistados nas 108 maiores cidades brasileiras obteve os seguintes dados: da população geral, 2,9% já fizeram uso de cocaína na vida; a maior concentração é na região Sudeste (3,7%) seguida pelo Sul (3,1%) e Centro-Oeste(2,3%); o uso de qualquer forma de cocaína é predominante entre a população masculina; dos usuários, 51,1% consideraram ser muito fácil obter a cocaína caso desejassem e 43,9% o crack (ALVES; RIBEIRO; CASTRO, 2011; BORDIN et al., 2015; CARLINI et al.; 2006)

Evidencia-se de que o uso e abuso de múltiplas drogas tem aumentado a cada dia apresentando-se na contemporaneidade mais como uma regra e não como exceção, ou seja, uma grande maioria de usuários usa drogas simultaneamente ou de modo intercalado. Conforme a abrangência dos diversos tipos de uso de SPAs, vários levantamentos verificaram alta prevalência de policonsumo em usuários de cocaína e crack, com particular associação a transtornos relacionados ao uso, abuso e dependência de álcool (AZEVEDO; OLIVEIRA, 2011; CARLINI et al., 2005). Ainda a esse respeito, um estudo que avaliou dependentes de

cocaína e crack que procuraram tratamento encontrou prevalência em relação a dependência de 25% (de mais uma SPAs); 32,6% (de duas SPAs) e 22,4% (de três SPAs), excluindo a nicotina (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, 2012; AZEVEDO; OLIVEIRA, 2011).

Um estudo que avaliou dependentes de cocaína e crack que procuraram tratamento encontrou prevalência de 25% de dependência de mais uma SPA; 32,6% (de duas SPAs) e 22,4% (de três SPAs), excluía a nicotina (ALVES; RIBEIRO; CASTRO, 2011).

Ainda estudos apontam a associação entre abuso de álcool e dependência mais grave de cocaína, além do aumento do poliuso de SPAs. Estima-se que entre 60 a 90% dos dependentes de cocaína tenham diagnóstico de abuso ou dependência de álcool (AZEVEDO; OLIVEIRA, 2011; FERREIRA et al., 2003). Assim, compreende-se a magnitude do poliuso de SPAs e os danos causados na vida do usuário, principalmente quando advém da combinação das drogas de maiores prevalências de uso que são: álcool, cigarro, maconha e cocaína/crack.

Para reafirmar a dimensão da questão posta, a literatura tem evidenciado que há a associação entre o múltiplo uso e os transtornos mentais, incluindo a tentativa de suicídio (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, 2012).

Assim, se faz necessário que o profissional da saúde que se depara com um usuário de múltiplas SPAs, fique atento "aos diversos graus de gravidade e atipicidade na apresentação clínica dos quadros", pois há a probabilidade do poliusuário se expor a mais riscos, apresentar "maior comprometimento no funcionamento laboral, social e afetivo, além de maiores taxas de abandono do tratamento". Para que haja melhores chances de evolução no tratamento, é indicada a realização de uma abordagem multidisciplinar, abarcando as particularidades do sujeito (AZEVEDO; OLIVEIRA, 2011, pg. 124).

3.2 Escala de avaliação e satisfação - SATIS

A tabela 5 mostra os escores de satisfação global dos pacientes com o serviço, avaliada pela escala SATIS-BR. O valor obtido para a média foi de 4,3 (DV = 0,49), em uma escala que varia de 1 a 5 pontos. Esse resultado indica que a avaliação dos pacientes sobre esse serviço se situa entre o sentimento de satisfação (escore 4) e muito satisfeito com o serviço (escore 5).

De acordo com os valores encontrados para cada subescala ou fator da escala, pode-se observar que a satisfação dos pacientes mais elevada refere-se à ajuda recebida e à acolhida da equipe (4,53%) (subescala 2). A média do grau de satisfação dos pacientes com relação à competência da equipe e do profissional de referência, a capacidade de escuta dos profissionais e a compreensão dos profissionais da equipe a respeito do problema apresentado por ele (subescala 2) foi de 4,53%. Em seguida, com a média de 3,26%, observa-se que o grau de satisfação do paciente a respeito das condições físicas e conforto do serviço (subescala 3) foi a terceira mais baixo, indicando menor grau de satisfação com essa dimensão do serviço.

O grau de satisfação global dos usuários com o CAPSAD foi calculado com base nos 12 itens da escala geral de satisfação – SATIS-BR. O escore médio obtido para a escala a geral foi de 4,29%, (DV=0,49), o que demonstra que a maioria dos entrevistados está muito satisfeito com o serviço.

Tabela 5 - Análise da consistência da Escala SATIS-BR

Nome	Qt de Entrev.	Soma Total da Quest.	Média
ITENS DA ESCALA GLOBAL - Grau de satisfação do usuário com o serviço de saúde mental			
Questão 5- Qual a sua opinião sobre a maneira como você foi tratado, em termos de respeito e dignidade?	15	72	4,80
Questão 6 - Quando você falou com a pessoa que admitiu você no (nome do serviço), você sentiu que ele/a ouviu você?	15	68	4,53
Questão 8 - Até que ponto a pessoa que admitiu você no (nome do serviço) pareceu compreender o seu problema?	15	66	4,40
Questão 9 - Em geral, como você acha que a equipe do (nome do serviço) compreendeu o tipo de ajuda de que você necessitava?	15	65	4,33
Questão 11 - .Qual sua opinião sobre o tipo de ajuda dada a você pelo (nome do serviço)?	15	65	4,33
Questão 14 - Até que ponto você está satisfeito com a discussão que foi feita com você sobre o seu tratamento no (nome do serviço)?	15	67	4,47
Questão 16 - Você considerou que a equipe do (nome do serviço) estava lhe ajudando?	15	67	4,47
Questão 17 - Em geral, como você classificaria a acolhida dos profissionais do (nome do serviço)?	15	65	4,33
Questão 20 - Em geral, como você classificaria a competência da equipe do (nome do serviço)?	15	65	4,33
Questão 21 - Na sua opinião, que grau de competência tinha a pessoa com quem você trabalhou mais de perto?	15	69	4,60
Questão 25 - Você ficou satisfeito com o conforto e a aparência do (nome do serviço)?	15	50	3,33
Questão 26 - Como você classificaria as condições gerais das instalações (p. ex., instalações de banheiro/cozinha, refeições, prédio, etc.)?	15	48	3,20
	Média Global		4,26

1° SUB ESCALA - Refere-se a competência e compreensão da equipe a respeito do problema do paciente			
Questão 6 - Quando você falou com a pessoa que admitiu você no (nome do serviço), você sentiu que ele/a ouviu você?	15	68	4,53
Questão 8 - Até que ponto a pessoa que admitiu você no (nome do serviço) pareceu compreender o seu problema?	15	66	4,40
Questão 9 - Em geral, como você acha que a equipe do (nome do serviço) compreendeu o tipo de ajuda de que você necessitava?	15	65	4,33
Questão 11- .Qual sua opinião sobre o tipo de ajuda dada a você pelo (nome do serviço)?	15	65	4,33
Questão 14 - Até que ponto você está satisfeito com a discussão que foi feita com você sobre o seu tratamento no (nome do serviço)?	15	67	4,47
Questão 20 - Em geral, como você classificaria a competência da equipe do (nome do serviço)?	15	65	4,33
Questão 21 - Na sua opinião, que grau de competência tinha a pessoa com quem você trabalhou mais de perto?	15	69	4,60
Média 1° SUB ESCALA			4,43
2° SUB ESCALA - Refere-se a ajuda recebida e a acolhida da equipe			
Questão 5- Qual a sua opinião sobre a maneira como você foi tratado, em termos de respeito e dignidade?	15	72	4,80
Questão 16 - Você considerou que a equipe do (nome do serviço) estava lhe ajudando?	15	67	4,47
Questão 17 - Em geral, como você classificaria a acolhida dos profissionais do (nome do serviço)?	15	65	4,33
Média 2° SUB ESCALA			4,53
3° SUB ESCALA - Refere-se as condições físicas e conforto do serviço			
Questão 25 - Você ficou satisfeito com o conforto e a aparência do (nome do serviço)?	15	50	3,33
Questão 26 - Como você classificaria as condições gerais das instalações (p. ex., instalações de banheiro/cozinha, refeições, prédio, etc.)?	15	48	3,20
Média 3° SUB ESCALA			3,27

O fator que apresentou maior grau de satisfação foi o que avaliou a satisfação do usuário em relação a: ajuda recebida no serviço, qualidade da acolhida dos profissionais, respeito e dignidade com que foi tratado pela equipe. O escore médio foi de 4,5 (DV=0,24), revelando que os usuários estão muito satisfeitos com a ajuda e acolhida da equipe.

O fator que avalia a satisfação dos usuários com relação à competência da equipe e do técnico de referência, a capacidade de escuta dos profissionais e a compreensão da equipe a respeito do problema apresentado por ele, apresentou uma média de 4,4 (DV= 0,11), apontando que os usuários estão satisfeitos ou muito satisfeitos.

O fator com pior avaliação pertence à subsescala referente às condições físicas e conforto do CAPSAD, teve média de 3,3 (DV=0,09), semelhante à média encontrada em Miranda et al. (2015) de 3,48. Essas médias foram muito abaixo encontradas em outros estudos como, por exemplo, em Barbosa et al. (2015) com média de 4,2 e em Kantorski et al. (2009), onde as condições gerais das instalações do serviço apresentou a média de 3,9, e o conforto e aparência do serviço com média 4,1.

Os resultados da análise da escala SATIS-BR revelaram que os usuários dos CAPSAD estão satisfeitos e/ou muito satisfeitos com o serviço, corroborando com os resultados encontrados em outros estudos que realizaram avaliações neste tipo de serviço (CAMILO et al., 2012; KANTORSKI et al., 2009; PINHO, 2014). O escore médio encontrado, para a satisfação geral, foi de 4,29, resultado aproximado ao encontrado por Camilo et al. (2012), que descreveram a média da satisfação global de 35 usuários de um Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM) no valor de 4,52. Os índices se aproximam também dos encontrados por Pinho (2014) na avaliação global da satisfação dos usuários, trabalhadores e familiares em 12 CAPSAD da cidade de São Paulo pertencentes ao projeto “Avaliação de CAPSAD dos Estados de São Paulo, Minas Gerais e Amapá”, com valor de 4,51. E também em Kantorski et al., (2009) na avaliação da satisfação dos usuários de 30 CAPS I e II da região Sul do Brasil (média 4,40).

O fator que apresentou maior grau de satisfação relaciona-se à subsescala 2 que abordou a ajuda recebida, a qualidade da acolhida da equipe e como o usuário foi tratado no serviço em termos de respeito e dignidade, com uma média de 4,5. Este item também foi o mais bem avaliado em outras pesquisas, obtendo média de 4,80 e 4,68 em Kantorski et al. (2009) e Pinho (2014) respectivamente.

No que diz respeito aos itens que compõe a subsescala 1, referentes à competência da equipe e do profissional técnico de referência, a capacidade de escuta dos profissionais e a compreensão da equipe a respeito do problema apresentado pelo usuário; estes também estão satisfeitos apresentando uma média de 4,4. Em convergência com o resultado apresentado, observou-se outros estudos com média aproximadas de 4,3 (BARBOSA et al., 2015), 4,59 (PINHO, 2014) e 4,1 (KANTORSKI et al., 2009).

O fator com pior avaliação pertence à subsescala 3, referentes às condições físicas, conforto e aparência do CAPSAD, que teve a média de 3,3. Novamente os índices corroboram com os

encontrados por Kantorski et al. (2009) sobre a satisfação com o conforto e a aparência do serviço, com média semelhante à descrita por esse estudo.

É importante entender a avaliação ligada à menor satisfação, pois possibilita processos de reflexão e a busca de estratégias de mudanças, como um importante elemento para efetividade do serviço. Neste contexto, a satisfação do usuário é considerada um alvo a ser alcançada pelos serviços, devendo, portanto, ser pesquisada visando a aperfeiçoamentos no sistema de serviços de saúde (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006; PINHO, 2014).

Assim como nesse estudo, a satisfação com as condições físicas e conforto do serviço obtiveram a menor pontuação na escala de avaliação SATIS-BR, e também em outros publicados no Brasil (CAMILO et al., 2012; KANTORSKI et al., 2009; MIRANDA; SOUZA; FERREIRA, 2014; SILVA et al. 2012). Apesar dos usuários estarem satisfeitos ou muito satisfeitos com o serviço na avaliação geral, o relato dos itens que necessitam de melhorias revelou algumas fragilidades principalmente na estrutura física dos CAPSAD.

Mesmo existindo a padronização para a construção dos CAPS no que tange a construção, reforma e ampliação dos espaços desses dispositivos (BRASIL, 2013), ainda observa-se problemas de infraestrutura e falta de padronização (NASCIMENTO; GALVANESE, 2009; SILVA; LIMA, 2017; SILVA; LIMA; RUAS, 2018), que são pontos importantes capazes de influenciar na satisfação dos usuários e que devem ser priorizados tanto pelos gestores quanto pela equipe e demais atores implicados na melhora da qualidade do atendimento.

Pinho (2014, pg. 224) ressalta que a literatura tem evidenciado os altos valores de satisfação encontrados nas pesquisas através das contribuições de vários autores que apontam para a "necessidade de uma definição mais aprofundada do construto da satisfação até a revisão dos métodos e dos instrumentos de pesquisa". Segundo a autora, "tal fenômeno é descrito pela literatura como efeito de "elevação" das taxas de satisfação e, mesmo quando as expectativas sobre o serviço são negativas, ele é reportado". Para Esperidião e Trad (2006) o uso indiscriminado da satisfação para diferentes propósitos é explicado pela fragilidade teórico-conceitual do termo em questão apresentando divergências, críticas e refutamento.

Por exemplo, a gratuidade do tratamento nos serviços públicos, pode explicar a alta satisfação, citada por autores como relacionada ao medo dos usuários em perder o direito ao serviço (GOMES et al., 1999; PINHO, 2014).

O resultado acima é diferente do encontrado em outros estudos (ASPINAL et al., 2003; SOUZA, 1997) em que a variável idade foi o fator associado a satisfação com o serviço de saúde mental. Em relação a variável idade, Aspinal et al.(2003) argumenta que a satisfação não esteja associada diretamente ligada a ela; mas relacionada com características de grupos mais idosos que podem apresentar maior carisma ou menos expectativas. Pinho (2014) aponta que em relação a variável idade, Souza (1997) certificou em seus estudos que a maior idade do paciente foi preditor relevante da satisfação com os serviços de saúde.

Embora a variável gênero não encontre variação para alguns autores, outros afirmam que as mulheres estão mais aptas a criticarem os serviços, sendo enquadradas como boas informantes para as pesquisas (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006).

Outra correlação em relação à satisfação foi a variável renda e escolaridade. Esperidião e Trad (2006) apontam que na literatura brasileira, parece haver uma correlação entre a associação da satisfação com essas duas variáveis (renda e escolaridade) entre os usuários de camadas mais populares; o que divergem da literatura estrangeira.

Várias questões vêm sendo atrelada a satisfação dos pacientes questões, dentre elas: acessibilidade ao serviço, qualidade das instalações, variáveis sociodemográficas, adesão ao tratamento, características do atendimento, competência da equipe, qualidade do relacionamento (profissional x paciente), informação recebida, entre outras (BARBOSA et al., 2015; Silva et al, 2012; Oliveira et al, 2014)

Pinho (2014), acerca dos processos avaliativos em serviços de saúde mental, afirma que a alta satisfação do usuário para com a atenção recebida está diretamente ligada aos vínculos formados com a equipe de saúde, ao acolhimento realizado nas consultas e ao acompanhamento durante todo o tratamento. Tais elementos, segundo Oliveira et al. (2014) mostram-se positivos para adesão ao tratamento e seu melhor sucesso.

3.3 Tratamento para o uso e abuso de álcool e outras drogas na perspectiva do usuário

Os dados qualitativos deste estudo, foram analisados a partir das informações obtidas nas entrevistas semiestruturada aplicada aos usuários em tratamento no CAPSad de Governador Valadares/MG. Nessa perspectiva, buscamos apresentar e discutir os dados coletados de

maneira ampla, mas sem perder os fragmentos das percepções dos usuários a respeito dos modelos de tratamento ofertados por dois serviços distintos de saúde mental. Os temas abordados e analisados com os usuários foram: 1) *Territorialização*; 2) *Cuidado em saúde*; 3) *Normas e procedimentos das CT's*.

A partir dos temas propostos, surgiram diversas categorias as quais são discutidas, tendo como base tanto a percepção dos usuários quanto o referencial teórico identificado na literatura sobre a questão. As categorias analisadas são: no primeiro tema *isolamento, privação de liberdade, abandono/descaso, proteção para evitar recaída, liberdade, proximidade com a família*); no segundo tema *assistência profissional, acompanhamento medicamentoso, humanização, apoio/ajuda, abandono/descaso*; no terceiro tema *visitas restritas, regras, rotina religiosa e disciplina rígida, tempo/momentos de reflexão*.

3.3.1 Análise de conteúdo: temas e categorias

TEMA 1: Territorialização

A apropriação do território – base material da existência humana - para suas diversas formas de uso, é condição necessária para que a vida seja possível. Assim, o conceito de território permite-nos a entender como as pessoas e os grupos se organizam e se relacionam em diversos contextos. Dessa forma, no âmbito da saúde, compreender o conceito e o significado de território no campo das "relações sociais e espaço geográfico, é estratégico para a potencializar" seu uso em ações e "práticas de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde" (GODIM; MONKEY, 2017, pg. 21)

Se "territorializar é ato de estar-fazer-fixar no território", então as pessoas vivem em constante processo de territorialização objetivando a demarcação do território que favoreça a construção da identidade, regras e vínculos. Quando o indivíduo se estabelece em determinado lugar, ele leva em sua bagagem suas histórias, crenças, desejos, medos, experiências, inseguranças, costumes, projetos, pertences, dúvidas e, "ao mesmo tempo que encontra e recebe elementos semelhantes e diversos que, em interação, vão contribuir (positiva ou negativamente) para a territorialização". (GODIM; MONKEY, 2017, pg. 36). A territorialização estaria, assim, intimamente ligada ao modo como os atores se fixam e utilizam o lugar, em um determinado tempo, onde organizarão e estabelecerão relações que possibilitará criar identidade, vínculo e pertencimento àquele lugar.

Categoria 1: Isolamento

É abordado nesta categoria os sentimentos e percepção desencadeados pelo afastamento social que na maioria das vezes é preconizado pela CT no decorrer do tratamento. Este isolamento concretiza-se tanto na localidade (geográfica) das CTs quanto das restrições das relações sociais dos usuários com a própria equipe da CT; convivência entre os pares; e, com os familiares/amigos. Como evidenciado nas falas dos usuários:

“[...] me senti isolado, porquê... porque muitas vezes as pessoas num, num... não vinham, num conversavam [...]” (M6, 40 anos)

“Eu não sentia feliz não (lembrando quando ficou na CT). Ficar preso lá..., no lugar fora da cidade... Era bom o dia que a gente tava trabalhando” (F10, 58 anos).

“[...] Só preso, preso, solidão, solidão lá dentro, mais ou menos jogado, né? Preso num lugar que cê vai ficar assim, cê fica preso e quando você sabe de um lugar que cê tá preso” (M1, 34 anos).

Parece que o isolamento do mundo externo constitui-se uma das premissas do tratamento e se concretiza através do afastamento dos acolhidos de suas relações sociais (limites de telefonemas, visitas, relações sexuais). Segundo o pressuposto doutrinário, "estas restrições promovem uma ruptura espacial e temporal, tida como necessária para a criação da rotina interna" favorecendo sua reabilitação e para tal, é necessário o afastamento de lugares e pessoas que os remetem a tal uso (IPEA, 2017, p,25)

Conforme Tuan (1980), a percepção do ser humano é tanto resposta aos estímulos externos captados pelos sentidos como atividade proposital na qual alguns fenômenos se destacam para nós e outros, de alguma forma, escolhemos não registrar ou perceber. Ainda para o autor, nossa atitude é uma posição que tomamos diante do mundo que se apresenta. Assim, a visão do mundo (tratamento em CT) é uma experiência parcialmente pessoal, social permeado por um sistema de crenças. Sendo o tratamento da dependência química inserida em um contexto histórico e social onde o indivíduo está inserido para o seu reestabelecimento, ele passa a fazer sentido na sua constituição estabelecendo uma relação com a sua visão de mundo.

No espaço social que podemos denominar como o território da CT, é uma realidade relacional, composta, de um lado pelos objetos naturais e geográficos, e de outro lado, por uma coletividade em movimento. A dinâmica que envolve o tratamento corresponde às inter-

relações os indivíduos, mediadas tanto pelo social, quanto pela cultura, pelo econômico, político que produzirá transformações através do cenário momentâneo, da história social vivida e refletida nos modos de viver e no que é percebido e entendido acerca do lugar (SANTOS, 2007; 2008)

Categoria 2: Privação de liberdade

Nesta categoria é apresentado as percepções dos usuários a respeito da privação de liberdade no decorrer do tratamento na CT. Segundo o Relatório de Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas (CFP, 2017, p. 10), "a privação de liberdade é a regra que sustenta esse modelo de atenção", independente se for por internação involuntária (decisão do usuário, a pedido de terceiro e realizada por um médico), compulsória (determinação judicial) ou voluntárias (com consentimento do usuário). Conforme as falas abaixo:

“Lá tudo que você vai fazer não pode, não pode, não pode [...]” (M3, 57 anos).

“Agora, quando a gente tá dentro numa... numa casa terapêutica, aí você já não pode andar, você não tem liberdade de poder sair, né? Aí você fica ali confinado ali dentro ali ó” [...] Dificuldade que eu tinha era de poder querer poder andar, eu gostava de poder andar, sair... Fazer minhas correrias, né? Comer o que eu queria comer [...] não tinha nada que me impedia” (M14, 38 anos).

“[...] é, mais lá a gente não pode, lá gente pode sair não eu. A gente vai sair é quando era, tipo assim num domingo, período curto, né?(M15, 63 anos)

De acordo com o CFP (2018), a privação de liberdade é a regra que sustenta esse modelo de atenção ao cuidado, não oportunizando ao acolhido a interrupção do seu tratamento seja através da imposição de barreiras reais (retenção de documentos) ou a viabilização de transporte para a sua saída, ou pela falta de informação sobre seu "plano terapêutico" impedindo que o indivíduo tenha a autonomia de decidir quando cessar o tratamento.

“As pessoas, os donos de lá queriam me prender lá (bate com o dedo indicador na mesa com certa força ao contar esse episódio). [...] A minha irmã falou pra mim sabe, assim, que eles dificultaram pra, pra eles tiveram que pagar uma multa lá. Nunca me falaram valores assim, mas é alto” (M8, 43 anos).

Perrone (2019) argumenta que a internação a internação em CT é indicada principalmente nos seguintes casos, dentre eles: fracasso em atingir e manter a abstinência ambulatorial em um padrão estável; desejo em chegar à abstinência em programas de reabilitação; necessidades de reabilitação social em programas residenciais; vida em ambientes desfavoráveis que ofereçam ameaça à motivação para a manutenção da abstinência ou mudança; envolvimento com pessoas e ambientes que representam constante ameaça de recaída. O autor ainda afirma que o tratamento em CT é voluntário podendo ser interrompido de acordo com o desejo do indivíduo, fora do prazo antecipado e sem o consentimento da equipe.

Para certificar essas questões, o relatório do Ipea (2017), observou que algumas atividades e/ou comportamentos verificados nas CTs são mais permitidos do que outros, como por exemplo: assistir tv (90,4%); usar qualquer corte de cabelo de sua escolha (62,2%); usar o telefone fixo de CT (51,7%); não frequentar cultos e cerimônias religiosas (45,2%); ter acesso à internet(13,2%); usar celular próprio ou de visitantes (8,8%); ter relações sexuais com os demais residentes (0,8%).

Categoria 3: Proximidade com a família

Nesta categoria, evidenciam-se através da fala dos usuários a importância das relações familiares como ponto de apoio, segurança e acolhida. Como o tratamento ofertado pelo CAPSad não preza pela abstinência e restrição do contato social, mas sim, pela redução de danos, os usuários conseqüentemente permanece em seu ambiente social. Assim, a realização do tratamento não interfere no contato com a família, como demonstram as falas de alguns entrevistados:

“[...] é poder ir pra casa, ver minha mulher, ver meus cachorro, ir em outro lugar. Preso eu não vou poder ver ninguém, só de vez enquanto receber uma visita. E todo dia aqui (referindo-se ao CAPSad) eu posso estar em casa” (M12, 52 anos).

“Porque aqui tá mais perto da minha mãe, que pode vir me ver, meus pais podem vim me ver [...] minha irmã. Lá (na CT) não. Como é que meu pai vai sair daqui pra ir lá? Minha mãe para ir lá me ver?” (M9, 44 anos).

“Então aqui é... é... é o ponto de partida pra poder eu ir. Foi um ponto de partida pra eu poder voltar, pra... pra ter contato com a minha família que foi... foi um... um laço perdido” (M8, 43 anos).

Cada vez mais tem se discutido a importância da família bem como a sua valorização e inclusão no campo da saúde mental. Ela é considerada a base para a constituição, formação e desenvolvimento do ser humano. Embora seja muitas vezes "representada por um conjunto de pessoas, ela também se constitui de relações afetivas estabelecidas entre os membros sanguíneos ou não" (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008).

Ainda de acordo com as autoras, a família é considerada como uma unidade cuidadora, tanto em situações de saúde quanto de doença de seus membros. Assim, o tratamento consiste para além de internações e medicamentos. Ele envolve ações e procedimentos que visem à reintegração familiar proporcionando uma melhoria na qualidade de vida tanto do "doente" quanto da família.

Pesquisas na área de dependência química têm revelado a importância da família como fator de proteção e prevenção à recaída do usuário de substância psicoativa (Carvalho & Almeida, 2003; Fliglie, Fontes, Moraes, & Payà, 2004; FLIGIE et al., 2015). Fliglie et al. (2015) explicita dentre os fatores de proteção estão os laços fortes familiares, o apoio afetivo das pessoas da família; a presença dos pais no acompanhamento na vida dos filhos. Assim, além de se destacar pelo seu papel de cuidadora, ela deve fazer parte integrante do tratamento e na maioria das vezes, é considerada o elo mais próximo que o usuário tem com o mundo (BRASIL, 2004).

Para reafirmar o papel importante da família, pesquisas na área de dependência química têm revelado a sua importância como fator de proteção e prevenção à recaída (Carvalho & Almeida, 2003; Fliglie, Fontes, Moraes, & Payà, 2004; FLIGIE et al., 2015). Fliglie et al. (2015) explicita que, dentre os fatores de proteção estão os laços fortes familiares, o apoio afetivo das pessoas da família; a presença dos pais no acompanhamento na vida dos filhos.

Categoria 4: Proteção para evitar recaída

Nesta categoria apresentamos as percepções dos usuários a respeito das vantagens em realizar o acompanhamento em um serviço de saúde mental "fechado". A realização do tratamento na CT é percebida como forma de proteção para evitar recaída. Como pode ser observado nos depoimentos abaixo:

“E tando num lugar fechado (na CT), você está com mais possibilidade de sair do vício” (M2, 52 anos).

“[...] é mais rígido, né. Porque você não pode sair, né. Você tem men, men, menos contato, né. Com, com, a rua e menos recaída” (M7, 40 anos).

“Eu vou ser sincero pra senhora, porque eu não gosto de enrolar não... Eu gostava mais de ficar preso... Vou falar a verdade pra senhora, porque se eu saísse... Aquele

mercadinho ali... Era o caminho da roça nossa (trajeto feito todos os dias para beber), quando a gente ia lá para o abrigo” (M15, 63 anos).

“[...] estando preso aqui dentro, ele não vai beber. Não vai! ” (M9, 38 anos).

Percebe-se pelas falas a percepção ao tratamento fechado como ambiente de segurança, proteção e distanciamento de pessoas, lugares e objetos (drogas) de risco. Tuan (1980) afirma que o homem é um organismo biológico, ser social e único, constituído de percepções, valores e atitudes frente ao contexto por ele inserido. Como tal, ele é biologicamente preparado para receber e registrar uma gama de estímulos ambientais. Nesse sentido, a CT é percebida como lugar de valor onde há proteção e impedimento de recaída.

Ainda para o autor, para que possamos compreender a preferência de um ambiente por uma pessoa em detrimento a outro, seria necessário examinarmos a sua herança biológica, como ele foi criado, sua educação, trabalho e seus arredores físicos (TUAN, 1980). Assim, o ambiente da CT pode ser percebido como um ambiente protetivo contra qualquer possibilidade do encontro com a droga e onde as influências externas são consideradas como insalubres e serão minimizadas com o afastamento até que ele esteja mais bem preparado para lidar com elas (FRACASSO, 2015).

Os ambientes de internações são especializados e oferecem programas estruturados visando ao alcance e manutenção da abstinência. Assim, a cultura da CT , expressa e reforça "os padrões culturais da sociedade, afeta fortemente a percepção, a atitude e o valor que seus membros atribuem ao meio ambiente". Essa cultura (de exclusão, de estigma, de preconceito) "pode influenciar a percepção de tal modo que as pessoas verão coisas que não existem: pode causar alucinação em grupo" (TUAN, 1980, p.285), já que é fundamentado como uma abordagem de autoajuda por intermédio de convivência entre os pares promovendo mudanças e desenvolvimentos de hábitos e valores importantes para uma vida saudável (FRACASSO et al., 2015).

Categoria 5: Liberdade

Esta categoria está relacionada à compreensão e às percepções dos entrevistados sobre a liberdade que o tratamento no CAPSad oferta aos usuários. Fica explícito manifestação do desejo de autonomia e a responsabilização pela tomada de decisões. Como apontado pelos entrevistados:

“Eu to falando que aqui no CAPSad, eles te dão liberdade, entendeu? Você pode dormir, você pode... você pode jogar, tem um tal do baralho, jogo de dominó” (M3, 57 anos).

“Olha, aqui eu tô aqui[...] pra mim tá sendo bom, se eu bater o pé ali (se refere ao CAPSad) e falar que eu quero ir embora, eles não vão me segurar eu. Eles vão abrir as portas ali, mas eu tô aqui porque eu preciso de tá aqui. Eu preciso desse tratamento” (M14, 38 anos).

“[...] porque todo dia eu vou tá em casa, eu converso coisa que eu quero e tal, tenho minha televisão, vejo o que eu quero na televisão. Se eu interno eu sou obrigado a ver o que todo mundo quer ver uai” (M12, 52 anos).

“Liberdade, a gente fala assim, né. Você pode ir embora a hora que quiser... não tem dificuldade nenhuma[...] aqui a você se sente mais tranquilo, mais tranquilo” (M4, 52 anos).

“Eu tô continuando a vim cá uai. Tá entendendo? [...] é a porta aqui é aberta. E bom [...] a porta é aberta, fica se quiser, né.” (M11, 56 anos).

Liberdade é um direito previsto na Constituição de 1988 no art 5º quando diz "que todos são iguais perante a lei [...] direito a vida, a liberdade [...] e também condizente com a proposta do modelo substitutivo ao modelo asilar de tratamento "garantindo o direito dos usuários à assistência e à recusa ao tratamento, bem como a obrigação do serviço em não abandoná-los à própria sorte" (BRASIL, 1994, p. 12). Dessa forma, imprime nos indivíduos em tratamento uma situação diferenciada, podendo leva-los a responsabilização pelo seu tratamento.

Discutir possibilidades de um tratamento onde o individuo tem o direito de ir e vir, onde tem a possibilidade de manter suas relações sociais, autonomia de escolher ficar ou permanecer dentro de um serviço, repercute de forma positiva tanto nas suas relações estabelecidas com as pessoas, com o espaço vivido e também na percepção do mesmo..

Para Haesbaert (2007) entender as territorialidades, é entender as dimensões que delineiam o território que compreendem diversos aspectos que se inter-relacionam, ou seja, a dimensão simbólica ou "vívida" do território, de como as relações estabelecidas, ao modo como as pessoas se organizam, como dão significado ao lugar e como se identificam com esse território vivido. "do tratamento" Nesse sentido, é importante entendermos o território do tratamento da CT e o significado que os acolhidos dão àquele lugar.

Diferentemente ao que foi observado nas CTs através do relatório do Ipea (2017), mesmo algumas atividades (assistir TV, lazer) sendo vastamente autorizadas nas CTs, revela-se que o acesso além de restrito era previamente estabelecido. Em algumas instituições, só era permitido assistir a programas de futebol, religiosos e filmes estabelecidos pelos monitores e/ou coordenadores.

TEMA 2: Cuidado em Saúde

A importância do cuidado que atingiu de forma histórica e contínua aqueles que sofriam de exclusão desigual pelos serviços de saúde, apontou para a "necessidade de reversão de modelos assistências" que não considerasse as reais necessidades da população, implicando na "disposição para disposição para atender igualmente ao direito de cada cidadão", incluindo ações direcionadas para as pessoas que fazem uso abusivo de drogas (BRASIL, 2003, pg.5).

Atualmente, há uma ampla gama de políticas potenciais que possibilitam outras formas de produzir novas possibilidades de vida para a pessoa que sofre devido à dependência de drogas através da promoção da saúde, garantia do acesso a uma assistência integral e equitativa à Saúde (BRASIL, 2003).

Segundo Canut (2017, p. 1178), "pensar no cuidado como prática sanitária, já é em si ter o cuidado com o outro". O autor ainda complementa e defende que o cuidado deve ser inerente e perpassar em todas as categorias profissionais inseridas no campo da saúde, rebatendo a algumas afirmações de alguns autores (VALE; PAGLUICA, 2011) de que essa função é basilar de uma categoria específica.

Nesse sentido, Carnut (2017) ressalta ser necessário que todos aqueles que se dedicam a área da saúde, que compreendamos elementos constitutivos do cuidado, ou seja, os elementos subjetivos da interação profissional/usuário pautando-se pela ética nas relações humanas, na solidariedade e na confiança podendo promover o bem estar.

Categoria 1: Assistência Profissional

Para o trabalho em saúde se faz necessário que o profissional considere alguns conhecimentos para a atuação de uma prática de saúde conforme os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como seu papel enquanto profissional de saúde. Nesse sentido ressalta-se que os profissionais adaptem-se às novas concepções relacionadas à doença mental no intuito da efetivação de uma assistência pautada na cidadania, humanização, cuidado, ética e uma assistência integral (CARNUT, 2017).

Esta categoria aponta sobre a percepção e sentimento dos usuários frente à assistência profissional prestada tanto no CAPSad quanto na CT, conforme evidenciado nas falas:

“Então, o CAPSad eu acho que eles me ajudaram, qualquer, qualquer pessoa. Mas, eu vou falar sobre mim, né? Acho que me ajudou bastante a... a medicação que é também oferecida. Ah, os médicos, no caso assim, o psiquiatra, tem outros médicos, o clínico geral também, é, ele fez os exames, os enfermeiros, né? Então, as assistências. Eles fazem na medida do possível. Eles, eu acho que eles dão o melhor” (M8, 43 anos).

“Não adianta você ficar 9 meses dentro de um lugar, [...] sem uma psicóloga, sem uma pessoa pra te acompanhar (se refere a CT). Você vai sair de lá do mesmo jeito que você entrou, não vai mudar nada. É a mesma coisa que a gente ficar em casa dormindo” (M1, 34 anos).

“É porque aqui (CAPSad) se eu precisar do médico é rápido, se ocê precisar dum... qualquer coisa, é eles parecem [...] te dão mais atenção sobre o tratamento, é se outro... o médico, se você precisar de um médico pra uma operação é rápido” (M7, 40 anos).

“[...] porque vi, pelo menos na época lá no DJORD (CT) não tinha psicólogo, não tinha médico... pelo menos na época que eu estive lá, né? Eu não sei hoje, né? Já tem muitos anos que eu tive lá[...] O lado dos medicamentos e o lado, né? Clínico, né? No caso dos profissionais” (M12, 52 anos).

“O CAPSad trabalha [...] de uma forma, com acompanhamento de psicólogo, médico, psiquiatra [...] ” (M14, 38 anos).

O trabalho em saúde abarca a especificidade de ser desenvolvido por pessoas com o objetivo de alcançar outras pessoas. A complexidade envolvida nesse âmbito, ultrapassa o saber de um único profissional ou uma área específica do conhecimento. A demanda por cuidados de saúde envolve diversos saberes e fazeres integrados aos conhecimentos e às práticas de diversos profissionais dentre eles: médicos de diversas especialidades, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, farmacêuticos, assistentes sociais, técnicos e auxiliares de enfermagem, nutricionistas, entre outros. Assim, é necessário que o trabalho em saúde envolva práticas tanto no campo multi, pluri, inter como o transdisciplinar para que ocorra uma compreensão mais ampla do objeto de cuidado, em questão, o usuário de drogas. Nessa perspectiva, há a possibilidade de alcançar uma abordagem integral sobre os fenômenos que interferem no processo saúde/doença da população, bem como elevar a eficiência e eficácia dos programas e serviços oferecidos (PILLON; JORA; SANTOS, 2011).

Nesse sentido, destaca-se a necessidade de que os usuários tenham acesso a todos os profissionais necessários, independente da complexidade de cada serviço (RIBEIRO, 2015). Ele deve ser entendido

na perspectiva da integralidade e receber incentivos necessários objetivando o reestabelecimento de seu equilíbrio biopsicossocial. Dessa forma, cabe ao profissional auxiliá-lo a se reorganizar conforme seus próprios recursos afim de que o usuário assuma a responsabilidade pela melhora de sua qualidade de vida sendo protagonista do seu tratamento (PILLON; JORA; SANTOS, 2011).

Categoria 2: Acompanhamento medicamentoso

Como um dos pontos de referência para a Saúde Mental no atendimento de crises e urgências bem como no tratamento e acompanhamento do usuário de drogas, o CAPSAD tem o uso de medicamentos como uma atividade inerente ao plano terapêutico no tratamento dos transtornos mentais e comportamentais devido ao uso e abuso de substâncias psicoativas (BRASIL, 2012; OMS, 2001; SILVA, LIMA, 2017).

Nesta categoria é apresentada a percepção dos usuários sobre a importância do uso de medicamentos durante o tratamento como procedimento central na sua recuperação. Tal questão é observada e abordada pelos usuários do CAPSAD e da CT, a saber:

“Não dá remédio, né? Num... num dão calmante, não dá um diazepam pro cê dormir, não dá nada, aí você tem que ficar no (áudio ilegível) tem que ficar lá pra... você tem que trabalhar... trabalhar... é o seu... o seu remédio. Aí procê desestressar é o trabalho” (M6, 40 anos).

“E outra coisa... a falta de medicamento também, que lá (CT) não dá medicamento, e você sabe que a pessoa que tem abstinência, cê sabe como ela fica. Fica nervoso e tal, e aqui (CAPSad) já tem os medicamentos. Eu chego de manhã, tem medicamento pra mim tomar. Eu vou embora a tarde, o medicamento eu vou tomar também” (M12, 52 anos).

“O CAPSad... a pessoa chega 8 horas da manhã e sai 5 da tarde, ..., ali ele tá tomando os remédios (M14, 38 anos).

“Comunidade terapêutica, algumas comunidades terapêuticas elas não trabalham com remédio... elas não trabalham com remédio, e a pessoa fica confinada ali dentro, sem sair” (M14, 38 anos).

Percebe-se nas falas a importância que o medicamento representa na vida do usuário de drogas e o quanto os remédios os ajudam a melhorar. Todos os entrevistados usam medicamentos e demonstram que esse procedimento é importante para a sua recuperação. Segundo Moraes (2008, pg.130) essa percepção pode levá-los à disposição para utilizar qualquer tipo de medicamento disponível receitado pelos profissionais para evitar correr o

risco de ficar sem remédios. Autora ainda ressalta que a prescrição de medicamento é capaz de "purificar quem está em tratamento e livrá-lo de um grande mal".

Nota-se neste contexto, fortes influências exercidas pelo modelo biomédico no campo da psiquiatria com terapêutica predominantemente farmacológica visando a cura como principal e equivalendo na atenção ao usuário de substâncias psicoativas, à abstenção do uso.

Assim, devido às fortes influências exercidas hegemonia do modelo biomédico no campo psiquiátrico, especialmente durante os séculos XIX e XX, tais tratamentos apresentaram como características ser hospitalocêntrico, com terapêutica predominantemente farmacológica e tendo como principal meta a cura através da abstinência sustentando a concepção da dependência química enquanto “doença crônica, recorrente e incurável”(FARIA; SCHNEIDER, 2009, p. 326).

Categoria 3: Humanização

Entender a Humanização é entender a valorização dos diferentes atores implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Segundo Passos (2006) os valores que norteiam essa política se baseiam em diversas variáveis, dentre elas: a autonomia e o protagonismo dos sujeitos e a co-responsabilidade entre eles; o estabelecimento de vínculos solidários entre os diversos atores, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão.

O autor ainda complementa que a humanização é vista não como um programa, mas como uma política que atravessa as diferentes ações e instancias gestoras do SUS e tem diversas implicações dentre outras como: construção de trocas solidárias e comprometimento com a produção de saúde e produção de sujeitos; o contágio através de atitudes e ações humanizadoras da rede do SUS, com a inclusão de gestores, trabalhadores da saúde e usuários; a importância da identificação das dimensões de necessidades sociais, coletivas e subjetivas de saúde e o compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento

Assim, nesta categoria apresentamos como os usuários compreendem o tratamento dos serviços de saúde mental. Denominamos esta categoria de humanização, pois retrata os sentimentos positivos e negativos envolvidos nas relações entre profissional/usuário e monitor/usuário.

“Diálogo, diálogo. Aqui tem (CAPSad), você conversa com todo mundo... aqui há diálogo, a hora que você precisa conversar, eles conversam com você, eles brincam com você, eles [...] levam a gente pra sair, eles mostram nós outro mundo, a clínica já não faz esse trabalho, a diferença é essa” (M1, 34 anos).

“É, tem hora também que o tratamento não é bom! Tem pessoa que grita com a gente (na CT), a gente é tipo assim, sensível demais, aquilo aperta a gente a vontade de dizer: pô, qual é a desse velho? Esse velho tá achando o que, que é munitor” (M11, 56 anos).

“Ah, é muito ruim, né? Porque eu ficava aqui (no CAPSad), vinha, só comia, dormia e mais tarde eu saia pra ir atrás da droga de novo uai, não adiantava nada uai” (M14, 38 anos).

Conforme as falas, percebe-se a falta de mudança frente ao usuário de drogas indo de encontro a proposta da política de Humanização que, segundo Campos (2005) depende ainda da mudança das pessoas em não dar ênfase ao valores ligados à defesa da vida, na falta de ampliação do grau de desalienação frente ao indivíduo e de transformar o trabalho em um processo criativo. Ou seja, uma reforma capaz de dar atenção na construção dos vínculos entre equipes e usuários, que deem atenção as pessoas que essas pessoas, assim como eles, são indivíduos de desejos, levando-os com isso a construir um novo modo de convivência e construções de novas relações.

Categoria 4: Apoio/Ajuda

Essa categoria aborda os sentimentos dos usuários frente a forma de tratamento recebido nos pontos de atenção. De acordo com Canesqui e Barsaglini (2012), o apoio social relacionado às relações sociais e às ligações entre pessoas e grupos envolve a família/colaboradores naturais, os grupos informais/autoajuda, os formais/ equipe profissional e instutucionalizados (organizações de "doentes" que podem ou não compor as redes de apoio).

“[...] não é simplesmente a questão de você ficar preso, é a questão de você não ter ajuda, né? E você sabe que precisa de ser ajudado” (M1, 38 anos).

"Eu me sinto bem, me sinto bem porque, sinto com, com o voto de confiança que uma pessoa te dá, um voto de confiança [...]" (M7, 40 anos)

A diferença, o capsad, eles realmente ajuda, eles realmente abraça a causa, ele está com você (F10, 58 anos)

"[...] aqui dentro, me ajudou bastante [...] foi um ponto de partida pra eu poder voltar, pra, pra ter contato com a minha família que foi, foi um, um laço perdido (M8, 43 anos)

Percebe-se pelas falas, a importância do apoio social para o enfrentamento das dificuldades em várias fases da vida. De acordo com Gonçalves et al. (2011), a avaliação do indivíduo em relação ao apoio recebido, tem sido relacionado a diversos desfechos positivos – na saúde física e mental – influenciando a forma de perceber situações que geram estresse, bem estar psicológico e emocional.

De acordo com os autores, o apoio social envolve vários componentes como: qualquer informação falada ou não; assistência material; proteção oferecida por pessoas e/ou grupos os quais se tem contatos sistemáticos que podem resultar em impactos tanto emocionais e/ou comportamentais positivos, e também a reciprocidade na relação de apoio. Neste último quesito, implicaria uma "troca" onde todos são beneficiados – tanto a pessoa que recebe quanto aquela que oferece apoio.

Nesse sentido, o apoio social pode ser considerado uma teia de relações e trocas entre indivíduos favorecidos pelos vínculos e ligações afetivas entre eles mas também por obrigações impostas pela organização social e cultura. De acordo com Canesqui e Barsaglini (2012), tanto a frequência quanto a intensidade dos contatos sociais expressam o maior grau de integração social e o sentimento de pertencimento, impactando positivamente no bem estar social, na saúde e na proteção contra os comportamentos "desviantes", ou seja, àqueles que fogem às normas socialmente aceitas.

Categoria 5: Abandono/Descaso

Nesta categoria aborda-se o sentimento a respeito do abandono/descaso percebido pelos usuários em um serviço de saúde mental se configuram como regimes de isolamento social (CTs). Como descreve os participantes deste estudo, o abandono e o descaso foi uma experiência desagradável no decorrer do tratamento em relação às expectativas aos cuidados

“Simplesmente colocam você pra lá, você fica lá dentro comendo, bebendo e dormindo sem fazer mais nada, não te pergunto como é que você tá, não perguntam

se você precisa tomar o remédio, se você tem alguma coisa para resolver [...]” (M1, 34 anos).

“Lá, como eu falei lá, a comida lá é péssima, eles só serviam carcaça de frango pra gente... Aí não tem como você ficar bem num lugar desse” (M3, 57 anos).

A falta de respeito, comprometimento, atenção e cuidado pelos profissionais que trabalham na saúde, são causas de insatisfação do usuário. Alguns entrevistados relataram frustração pela expectativa de passar por um tratamento mais humanizado, pressupondo que, ao estar um serviço especializado, pressupõe entendimento do problema vivenciado por ele.

Nesse sentido, Dimenstein (2004) nos alerta para ficarmos atentos ao risco de promovermos uma reforma superficial ou pseudodesinstitucionalização, pois, na medida em mantemos a internalização dos dispositivos de segregação, produzimos uma subjetividade manicomial. Dessa forma, a atenção a saúde deixará de ser ancorada nos eixos da qualidade e humanização da assistência e do cuidado com o usuário do serviço.

Assim, para além da "cura" da dependência de drogas, é necessário que haja um atendimento mais humanizado ao paciente, proporcionando-lhe segurança e fortalecimento das relações com a equipe de referência para contribuir e promover a melhora de sua saúde (BRASIL, 2004).

TEMA 3: Normas e procedimentos das CT's

Segundo o Ipea (2017) as CTs destinam-se ao tratamento de pessoas que fazem uso problemático de drogas, e tem como propósito a renúncia definitiva do uso de drogas e bem como a aquisição de novos estilos de vida, pautados na abstinência de SPAs.

O modelo de tratamento proposto pelas CTs ancora-se em 3 pilares: trabalho, disciplina e espiritualidade. Sendo assim, as pessoas submetem-se a rotinas disciplinadas que abarca: atividades laborais (tarefas de manutenção da própria comunidade); autodisciplina e autocontrole (entendidas como ausentes mas necessárias para o sucesso na vida social) e as práticas religiosas, vista como recurso indispensável para o alívio das dores e sofrimentos como também para o enquadramento moral (IPEA, 2017)

Para reforçar o dito anteriormente, Fracasso (2011) confirma que a rotina diária é um componente tanto estrutural quanto sistêmico do modelo de tratamento que envolve atividades

planejadas inter-relacionadas, projetadas para alcançar metas clínicas e administrativas. A autora afirma que todas as atividades são sistematizadas por meio de procedimentos, passo a passo (forma do trabalho, o que é ou não permitido).

Categoria 1: visitas restritas

Esta categoria descreve o sentimento em relação à restrição das visitas no qual gera um sentimento negativo de insegurança e medo. Como descritos pelos participantes deste estudo:

“Me sentia mal [...]segundo que você poderia receber família após acho que 3 meses ou 6 meses. Então eu me sentia mal” (M4, 52 anos).

“Você se sente isolado uai. Fica assim abandonado, né? Você fica naquela dúvida, né? Se dá depois de 30 dias, será que esqueceram de mim?” (M12, 52 anos).

Natalino (2018) compara as CTs às instituições totais, ou seja, locais onde se levam uma vida fechada, com limites à comunicação com "os de fora", restrição de informações do mundo exterior via meios de comunicação e regras rígidas. De acordo com o autor, após um período de isolamento inicial do tratamento, as visitas são fortemente reguladas, com datas previamente combinadas (quinzenais ou mensais) ou mesmo, em alguns casos, são simplesmente proibidas. Em apenas 5% das CTs permitem visitas a qualquer momento.

Esse distanciamento ou, o isolamento (NATALINO, 2018; IPEA, 2017) dos usuários problemáticos de SPAs do mundo externo, parece constituir em uma das premissas do tratamento nas CTs. De acordo com os dados do survey e pesquisas de campo realizado pelo Ipea (2017), tal isolamento e/ou restrições se concretizam no afastamento dos sujeitos de suas relações sociais tendo como pressuposto doutrinário a reabilitação de pessoas através do afastamento dos lugares e relações que lhes remetem ao uso.

Categoria 2: Regras

Segundo o Ipea (2017), nas CTs há regras de convivência, das quais, supostamente, os acolhidos tomam conhecimento quando de seu ingresso no tratamento. Caso ele não obedeça às regras para uma boa convivência, o mesmo sofrerá as sanções aplicadas pela CT.

A presente categoria descreve segundo os usuários as regras ou condutas estipuladas pela CT e, como tais regras são rígidas e devem ser seguidas. Tais normas devem ser empregadas e seguidas, caso contrário os internos recebem advertência conforme apontado abaixo:

“Lá a gente não podia sair, a gente não podia sair pra lugar nenhum (cidade). Lá você não podia sair de a pé, lá você não podia, nem esfriar a cabeça. Se a gente saia a pé, lá eles davam advertência... eles davam advertência, entendeu?” (M9, 44 anos).

“[...] ce... você não pode abrir uma geladeira, porque tem a hora de você pegar lá, sabe assim... ter acesso a essas coisas assim. Ah (pausa para lembrar do que viveu na CT) é... acho que é isso, você não tem o controle remoto para você fazer as suas escolhas, do seu lazer assim. É tudo muito limitado, isso é ruim pra mim” (M8, 43 anos).

Segundo Fracasso (2011, pg. 490), uma das regras fundamentais das CTs é o "não fazer uso de drogas já que, são ambientes de internações especializadas" [...] "que oferecem programas estruturados e intensivos, visando o alcance e manutenção da abstinência".

“Ah, eu me sentia muito oprimido com esse negócio e lá não pode nada e a minha sorte que eu não fumo. Lá não pode fumar, lá não pode entrar bebida” (M3, 57 anos).

Assim, um dos pilares do modelo de tratamento das CTs é a disciplina, onde as regras são constituídas. Segundo IPEA(2017, p.23), "uma vez que os sujeitos estão ali internados, são percebidos e representados como pessoas desregradas e indisciplinadas". Rotinas e regras são bem demarcadas no cotidiano o qual o acolhido toma conhecimento ao ingressar no tratamento.

Categoria 3: Rotina religiosa

Esta categoria apresenta as rotinas religiosas presentes nas CTs. Conforme os relatos dos usuários abaixo, o momento religioso tem que ser cumprido, independente da crença do usuário.

" Todo santo dia, eles batem o sinal, todo mundo tem que levantar, ir para capela e rezar o terço" (M9, 44 anos).

Lá eles são evangélicos. Então a gente saia para ir no curso (culto) só no domingo" (M15, 63 anos).

"Agora lá também tem um tal de culto 3 a 4 vezes por dia. É evangélico, que Nossa Senhora... aquilo entrava na minha cabeça e eu ficava doidinho [...]" (M3, 57 anos).

Durante a permanência nas CTs, uma das rotinas vivenciadas pelos são as práticas espirituais e/ou religiosas, com ou sem o apoio de igrejas ou organizações religiosas, que buscam promover a fé em um ser superior, seja para apaziguar o sofrimento e/ou seu enquadramento moral (IPEA, 2017).

De acordo com o relatório de inspeção nacional em CTs realizado em 2017, em muitas delas há uma rígida rotina de orações e obrigatoriedade de participação nas atividades religiosas. Mesmo quando havia acolhidos de outras religiões, os mesmos eram coagidos a frequentar atividades da designação da própria CT. Caso haja a negação em participar, o acolhido recebe punições por meio do aumento de carga laborais (CFP, 2018)

O CFP (2018) faz questionamentos que dizem respeito ao uso que se faz da religião nas CTs , ou seja, suas práticas e preconceitos religiosos sem considerar as crenças individuais, violando o direito de pessoas que não compartilham da mesma crença da instituição, pois somos um país laico. Seguem-se as pontuações no que tange ao propósito do tratamento, sendo um processo de cuidado em saúde.

Em relação à prevalência da rotina religiosa, Perrone (2019, p.44) aponta que, as CTs "utilizam a religiosidade para contribuir com a modificação de comportamentos destrutivos e autodestrutivos e, conseqüentemente com a prevenção da recaída, e não como mecanismo doutrinador". Segundo o autor, essa verdade foi verificada pelo estudo realizado pelo IPEA (2017) no qual confirma através do relatório que "diferentemente do que é mais comumente difundido, não se trata primordialmente de uma busca pela conversão religiosa" (IPEA, 2017, p. 35)

Categoria 4: Disciplina rígida

No quesito da disciplina, ela é um dos pilares do modelo tratamento nas CTs "uma vez que os sujeitos ali internados são percebidos e representados como pessoas desregradas e indisciplinadas". Assim, as rotinas com os horários demarcados e pré-estabelecidos, comandam o cotidiano dos acolhidos além de estabelecer as regras de convivência (IPEA, 2017, p.23).

Esta categoria apresenta as vivências bem como os sentimentos negativos em relação às disciplinas impostas nas CTs.

"Toda semana tem, todo santo dia, 6 horas, ele bate o sinal, todo mundo tem que levantar [...]" (M9, 44 anos).

[...]Tudo é rotina, tem que bater sino lá e sair, 'pra sair não', pra sair do quarto, tem horário pra tudo, é isso aí" (M3, 57 anos).

"[...] é que eles colocavam a gente pra trabalhar o dia inteiro, trabalho escravo lá (M 15, 63 anos)

Conforme Souza, Nunes e Campos (2018) o trabalho (denominado de laborterapia) realizado sistematicamente na maioria das CTs, é considerado terapêutico e funcionaria como "coadjuvante" no processo disciplinar. Segundo os autores, sua utilização como técnica terapêutica remete aos primórdios da psiquiatria ou seja, faz com que, através do trabalho o alienado mental volte a racionalidade pelo reestabelecimento de hábitos saudáveis e reorganização do comportamento.

Categoria 5: Tempo/momentos de reflexão

Esta categoria aponta como o tempo na CT é percebido e vivenciado pelos usuários e suas consequências no tratamento. Este tempo é subjetivo, podendo ser vivenciado de maneira tanto positiva quanto negativa. Sendo possível compreender a partir das falas:

"Tempo pra pensar, tempo pra refletir, tudo aquilo que eu fiz quando eu tava no mundo liberto lá fora" (M5, 40 anos).

"Se torna pra gente refletir mais. E dentro desse tratamento a gente pode pensar como a gente vivia lá fora e lá a gente vai começar a dar valor a si mesmo" (M2, 52 anos).

"Tem muitos aí que falam que não vale nada aqui. Eu discordo porque não vale pra eles que não levam o tratamento a sério... Pra mim tem uma valência, tem uma valência muito grande" (M1, 34 anos).

"Se cê sente falta? Se cê sente falta dos parentes? Sente falta da liberdade que cê tem, se cê senta aí, ce vai conversar... reconhecer, cê dá mais valor mais a sua

liberdade. A sua vida, entendeu? Aí bate uma tristeza na gente, tem psicóloga lá” (M13, 46 anos).

“E aí, eu quero é uma mudança na minha vida. E, se eu sair, vai ser pior pra mim, é melhor eu ficar e fazer meu tratamento, entendeu? mesmo que seja difícil. Mas, eu vou [...] ficar aqui dentro aqui” (M14, 38 anos).

Nota-se que, de acordo com as falas, o tempo nas CTs favoreceram momentos de reflexão em relação aos seus comportamentos "disfuncionais". Através do tempo, percebe-se que o acolhido ressignifica o seu passado. De acordo com Souza, Nunes e Santos (2018) a gestão do tempo nas CTs se inscreve como estratégia disciplinar e uma das implementações diz respeito a ressignificação do passado, processo pelo qual consiste em levar o acolhidos a reinterpretar suas atitudes e comportamentos da época em que usavam, de acordo com a moralidade promovida pela CT.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise qualitativa dos dados obtidos permitiu observar uma articulação entre as implicações subjetivas frente às percepções e satisfações mediante as vivências do tratamento em que cada sujeito se percebe inserido. Além disso, foi possível detectar pontos de convergência e divergência entre as percepções e satisfações dos usuários em relação aos dois serviços de atenção ao cuidado na saúde mental.

Os relatos apontam para uma visão do território tanto do CAPSad quanto o da CT como resultado da personificação de saberes e práticas de "cura" para a dependência química. Percebe-se que a escolha de um modelo em detrimento a outro não depende da demarcação geográfica (distância ou proximidade) em que o serviço se estabelece. Mas, dependerá de inúmeros aspectos dentre eles: as questões individuais (subjetivas), as interações e relações sociais estabelecidas possibilitando criar identidade, vínculo e pertencimento ao lugar que o sujeito realiza o tratamento.

Os resultados mostraram que os usuários dependentes de substâncias psicoativas têm percepções tanto positivas, quanto negativas em relação aos modelos de tratamento nos serviços de saúde mental. Isto significa dizer que, apesar de vivenciarem algumas dificuldades durante o tratamento, que podem impactar negativamente em suas vidas, os usuários demonstram o desejo em se recuperar do "vício".

Em relação ao CAPSad, a demonstração foi de gratidão e reconhecimento pela atenção e cuidados recebidos. Em relação à CT, houve ambiguidades em relação aos sentimentos. Enquanto uns demonstraram reconhecimento pela segurança e proteção que o lugar oferecia, outros manifestaram raiva e desprezo devido à forma como foram tratados.

O perfil da maioria dos usuários dos CAPSad onde o estudo foi realizado é de homens, com idades entre 34 a 63 anos, sem companheiro(a) e desempregados, características sociodemográficas que corroboram outros estudos científicos. Esse cenário reforça a importância de se resgatar a autonomia desses indivíduos proporcionando a sua reinserção social através do trabalho como valor social, a busca pelos direitos a partir de uma assistência especializada, individualizada, humanizada e que lhe proporcione melhoria da qualidade de vida do cidadão.

Uma questão importante percebida foi a prevalência do uso do álcool pela maioria (87%) dos usuários que são atendidos nos CAPSad, seguido pelo tabaco (59,9%). Percebe-se que essa prática se faz presente no contexto sociocultural apresentando-se como uma normalidade permitida e aceita em vários lugares, inclusive nos contextos familiares proporcionando a aceitação do consumo por adolescentes. Essa realidade se torna complexa, pois envolve tanto os aspectos culturais, sociais quanto os econômicos.

No que se refere ao grau de satisfação geral do usuário com o serviço de saúde mental, é considerada muito boa, principalmente em relação à ajuda recebida e a acolhida da equipe, à qualidade dos serviços prestados, as relações estabelecidas com os usuários, o grau de competência profissional da equipe, a compreensão dos profissionais acerca dos problemas. Em contrapartida, percebeu-se a insatisfação com relação às condições físicas e conforto do serviço. Esses resultados corroboram outros estudos já apontados na literatura e podem ser aproveitados com justificativa no processo de sensibilização dos órgãos públicos para alocação de recursos para melhorias para proporcionar a qualidade do serviço prestado.

A busca pelo tratamento da dependência química proporciona vivências em serviços públicos ou privados gerando expectativas. Nessas vivências, os usuários relatam as diferentes territorialidades vivenciadas nos distintos serviços de atenção ao cuidado da saúde que impactaram na percepção do lugar de forma positiva ou negativa. Entre algumas variáveis que promoveram territorialidades "positivas" foi a proximidade com família, a relação de estreitamento com o profissional da saúde, o acolhimento e cuidado recebido, a escuta qualificada, as relações mais humanizadoras que contribuem para o processo de melhoria de qualidade de vida gerando satisfação e adesão ao tratamento.

Salienta-se a importância de estratégias para a diminuição e/ou redução do consumo abusivo de álcool e outras drogas através de ações de promoção da saúde e prevenção para minimizar os impactos na saúde individual e coletivo que estejam em consonância com os preceitos da Rede de Atenção. Ressalta-se a relevância de todos os dispositivos presentes na RAPS que atendam as especificidades de cada pessoa levando em consideração a sua escolha pelo tratamento desejado.

Ademais, uma das principais limitações deste estudo diz respeito ao formato dos prontuários que são em forma de fichários. Tal procedimento dificulta o levantamento dos dados por não se em ordem alfabética, e sim, em ordem de letras. Outro fator limitante é o desgaste do papel

diante do tempo e manuseio frente à quantidade de fichas existente no serviço além da ocupação de um grande espaço para alocação desse material. Outro apontamento é a falta de preenchimento dos dados nos prontuários que deixam de ser contabilizados levando a uma subnotificação de patologias e/ou comorbidades. Nesse caso, sugere-se que todos os prontuários sejam digitalizados e/ou informatizados para um acesso rápido e eficiente.

Em relação ao local da realização das entrevistas, em vários momentos houve interrupções por profissionais da instituição que não sabiam que a sala estava ocupada para a realização da pesquisa naquele momento. Esse fato levava ao constrangimento tanto do pesquisando quanto da pesquisadora.

Apesar das limitações, entendemos que os resultados possam apontar para a necessidade e continuidade de estudos na área da saúde mental para trazer a tona outros fatores envolvidos na problemática em torno da percepção e satisfação ao tratamento em distintos serviços. Uma ampliação focada em outras faixas etárias (adolescentes) e que atendem a público específico pode contribuir para comparação com a realidade de outros pontos de atenção ao cuidado tanto no município de Governador Valadares quanto em outras cidades, contribuindo para formulação de políticas públicas objetivando a qualidade da prestação de serviço.

Outra possibilidade é a inclusão do profissional de saúde bem como a família do usuário do serviço na condição de objeto de pesquisa. Nesse sentido é importante identificar as percepções e satisfações desses atores em torno do serviço prestado/recebido para uma avaliação de maior amplitude visando chamar atenção do Poder Público para a necessidade de direcionamento de recursos aos serviços da saúde mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, A. M. M. et al. Profile of consumption of psychoactive substances and its relationship to sociodemographic characteristics: a contribution to a brief intervention in primary health care, Rio de Janeiro, Brazil. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 25, n. 4, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/tce/v25n4/pt_0104-0707-tce-25-04-1450015.pdf
- ALMEIDA, R. A. A. et al. Perfil dos usuários de substâncias psicoativas de João Pessoa. **Saúde Debate**. RJ., v. 38, n. 102, p. 526-538, jul-set 2014. <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n102/0103-1104-sdeb-38-102-0526.pdf>
- ALMEIDA, A. A. S.; SILVA, A. O.; SILVA, S. S. Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPS-ad) de Campina Grande – PB: perfil sócioeconômico dos usuários. In: **REUNIÃO ANUAL DA SBPC**, 62. 2010, Natal. Anais. Natal: UFRN, 2010.
- ALMEIDA, C. S.; LUIS, M. A. V. Características sociodemográficas e padrão de uso de crack e outras drogas em um CAPSad. **Revista de enfermagem UFPE on line**. v. 11, n. 4, p. 1716–1723, 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-31313>
- ALVES, H.; KESSLER, F.; RATTO, L. R. C. Comorbidade: uso de álcool e outros transtornos psiquiátricos. **Rev. Bras. Psiquiatr.** v.26, n.1. São Paulo, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbp/v26s1/a13v26s1.pdf>
- ALVES, Hamer Nastasy Palhares; RIBEIRO, Marcelo; CASTRO, Daniel Sócrates. Cocaína e Crack. In: Diehl, A., Cordeiro, D. C., & Laranjeira, R. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Artmed Porto Alegre: Artmed, p.170-179, 2011.
- ALVES, R. P.; RIBEIRO, M.; CASTRO, D. S. Cocaína e crack. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. D.; LARANJEIRA, R. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011. Cap. 15, p. 170-179.
- ALVES, V.S; LIMA, I.M.S.O. Atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas no Brasil: convergência entre a saúde pública e os direitos humanos. **Rev Direito Sanit.** 13(3):9-32, 2013.
- ÁLVAREZ, A. M. A. Fatores de risco que favorecem a recaída no alcoolismo. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 56, n. 3, p.188-193, 2007.
- AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, June 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-2067.pdf>
- ANDREIS; Mônica; JONHS, Paula. Políticas Públicas para o controle do tabagismo. In: Fliglie, Neliana Buzi; Bordin, Selma; Laranjeira, Ronaldo. **Aconselhamento em Dependência Química**. 3ªed. São Paulo: Roca, 2015. Cap. 42, p. 513-520.
- ANVISA. Resolução - **RDC nº 101, de 30 de maio de 2001**. Estabelece Regulamento Técnico disciplinando as exigências mínimas para o funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial, também conhecidos como Comunidades Terapêuticas. Brasília, DF: MS, 2001.
- _____. Resolução - **RDC Nº 29, de 30 de Junho de 2011**. Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a

pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. Brasília, DF: MS, 2011

ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, V. 35, N. 7, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2009.v25n11/2309-2319/pt>

ANDERSON, R; BARBARA, A; FELDMAN, S. **What patients want: a content analysis of key qualities that influence patient satisfaction**. J Med Pract Manage. 2007;22:255-61. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17494478/>

AQUINO, Daniela Silva de. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 733-736, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v13s0/a23v13s0.pdf>

ARAUJO, M.R. **Comunidades terapêuticas: um ambiente de tratamento comum, mas pouco estudado no Brasil**. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein, Programa Álcool e Drogas. 2003. Disponível em: http://apps.einstein.br/alcooledrogas/novosite/atualizacoes/as_137.htm

ARAUJO, N. B.; MARCON, S.R.; SILVA, N.G.; TEMPONI, J.O. Clinical and sociodemographic profile of adolescents who stayed and did not stay in treatment at CAPSad Cuiabá/MT. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 61, n. 4, p. 227-234, 2012.

ASPINAL et al. Using satisfaction to measure the quality of palliative care : a review of the literature. **Journal of Advanced Nursing**. v.42 (4), p. 324 - 339, 2003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12752877/>

AZEVEDO, Renata Cruz Soares; OLIVEIRA, Karina Diniz. Poliusuários de substâncias psicoativas. In: DIEHL, A.; CORDEIROS, D. D.; LARANJEIRA, R. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011. Cap. 11, p. 119-125.

BALLARIN, Maria Luisa Gazabim Simões Ballarin; MIRANDA, Iara Monteiro Smeke de ; CARVALHO, Carolina Magaldi de. Centro de Atenção Psicossocial do município de Campinas: estudo sobre o perfil sociodemográfico e clínico de seus usuários. **Rev. Ciênc. Méd.. Campinas**, 20(3-4):59-67, maio/ago., 2011. Disponível em: <http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/581>

BANDEIRA, M. D. B. et al. Percepção dos pacientes sobre o tratamento em serviços de saúde mental: validação da Escala de Mudança Percebida. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 24, n. 2, p. 236-244, 2011

BANDEIRA, M.; SILVA, M. A. D. Escala de Satisfação dos Pacientes com os Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR): estudo de validação. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 61, n. 3, p. 124-132, 2012.

BARBOSA, Guilherme Correa et al . Satisfação de usuários num Centro de Atenção Psicossocial em álcool e outras drogas. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto , n. 14, p. 31-37, dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n14/n14a05.pdf>

BARBOSA, Tatiane Muniz. **Prevenção ao uso de drogas: análise crítica da produção científica na área de saúde coletiva**. Tese (doutorado). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2015.

BARBOSA, Guilherme Correa. **Avaliação do Centro de Atenção Psicossocial em álcool e outras drogas do município de Botucatu**. Tese de Doutorado - São Paulo: Universidade de São Paulo - Escola de Enfermagem, 2013. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-14072014-093437/pt-br.php>

BARROS, José Augusto Cabral de; JOANY, Sabrina. Anúncios de medicamentos em revistas médicas: ajudando a promover uma boa prescrição? **Cien Saude Colet.** 7(4):891-898, 2002 Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v7n4/14612.pdf>

BASTOS, F. I. E BERTONI, N. (org.). **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?** Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014.

BATISTA, L. S. S.; BATISTA, M.; CONSTANTINO, P. Perfil dos usuários de substâncias psicoativas do CAPSad em 2000 e 2009, Campo dos Goytacazes, RJ. **Persp. Online: Biol. & Saúde**, v. 7, n. 2, p. 15, 2012.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2011.

BOLONHEIS-RAMOS, R. C.M.; BOARINI, M.L. **Comunidades terapêuticas: “novas” perspectivas e propostas higienistas.** Hist. cienc. Saúde. Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1231-1248, Dec. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v22n4/0104-5970-hcsm-22-4-1231.pdf>

BORDIN, et al., Cocaína. In: Fliglie, Neliana Buzi; Bordin, Selma; Laranjeira, Ronaldo. **Aconselhamento em Dependência Química.** 3ªed. São Paulo: Roca, 2015. Cap. 45, p. 55-64.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas:** Guia AD / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS. Política Nacional de Humanização:** a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002.** Estabelece a criação dos Centros de Atenção Psicossocial e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília: Imprensa Oficial, 2002a. Disponível em: < <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 816/GM, de 30 de abril de 2002.** Institui o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas. Diário Oficial da União, Brasília: Imprensa Oficial, 2002b. Disponível em: < <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-816.htm>>

BRASIL. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.** Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf

BRASIL. Decreto-Lei 891/1938. **Lei de Fiscalização de entorpecentes,** que consolidou ações de prevenção, tratamento e repressão de drogas no Brasil. Disponível em: <https://justica.gov.br/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/politicas-sobre-drogas>. Acesso em: 01 Jul. 2019.

BRASIL. Decreto nº. 2.632 de 19 de junho de 1998. **Dispõe sobre o Sistema Nacional Antidrogas,** e dá outras providências. Diário Oficial da União 1998.

BRASIL. Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 abr. 2001a.

BRASIL. **Resolução – RDC nº 101/2001**. Diário Oficial da União (Brasília, DF). Disponível em http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/101_01rdc.htm Acesso em 19 Jul. de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental e Atenção Básica**. O vínculo e o diálogo necessários. Brasília: MS, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional Antidrogas. **Política nacional antidroga**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas**. Brasília, Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: <<http://www.bvsmms.saude.gov.br> >. Acesso em: 01 Mar. 2019.

BRASIL. **Saúde mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_caps.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental**: 1990-2004. 4. ed. rev. e atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil**. Conferência Regional da Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas, Brasília, 2005. Disponível em: www.saude.gov.br/saudemental. Acesso em: 01 Mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional sobre drogas**. Brasília: Conselho Nacional Antidrogas; 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A prevenção do uso de drogas e a terapia comunitária**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2006.

BRASIL. **Mapeamento das instituições governamentais e não-governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil - 2006/2007**. Brasília, 2007. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Dados_Estatisticos/Instituicoes/327691.pdf> Acesso em 20 Jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada n.29, de 30 de junho de 2011**. Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. 30 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde. 23 dez. 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em 20 Jul. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **CAPS**. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29797&janela=1 Acesso em 19 Jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental - Relatório de gestão 2007-2010**. Brasília, 2011. Disponível em: www.saude.gov.br/saudemental. Acesso em: 01 Mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados – 12**, Ano 10, nº 12, outubro de 2015. Brasília, 2015. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde

Mental. Disponível em www.saude.gov.br e www.saude.gov.br/bvs/saudemental Acesso em 19 Jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial. Relatório de Gestão 2011-2015.** Ministério da Saúde: Brasília. maio, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **RESOLUÇÃO Nº 510, DE 07 DE ABRIL DE 2016.** Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 01 Jul. 2019.

CANESQUI, Ana Maria; BARSAGLINI, Reni Aparecida. Apoio social e saúde: pontos de vista das ciências sociais e humanas. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 17, n.5, p.1103-1114, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v17n5/a02v17n5.pdf>

CANTY, C; SUTTON, A; JAMES, S. Strategies for community-based drug law enforcement: from prohibition to harm reduction. In: STOCKWELL, T, GRUENEWALD, P.J; TOUMBOUROU, J.M, LOXLEY, W, (editors.) **Preventing harmful substance use: the evidence base for policy and practice.** Chichester: John Wiley & Sons; 2005. p. 225-36.

CAMILO, C. A. et al. Avaliação da satisfação e sobrecarga em um serviço de saúde mental. **Cien Saude Colet**, v. 20, n. 1, p. 82-92, 2012.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; AMARAL, Márcia Aparecida. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico operacionais para a reforma do hospital. **Ciência saúde coletiva**. vol.12 no.4 Rio de Janeiro, 2007.

CAMPOS, Wagner de Souza; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(2):399-407, fev, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/16.pdf>

CARLINI, E.A. et al. **I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil. São Paulo:** Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), UNIFESP, 2001.

CARLINI, E. A. et al. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil:** estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. São Paulo: Centro Brasileiro de Informacoes sobre Drogas Psicotropicas (CEBRID),2005

CARLINI, E.A. et al. **I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil. São Paulo:** Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), UNIFESP, 2001.

CARLINI, E. A.; GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A. R., FONSECA, A. M.; CARLINI, C. M; OLIVEIRA, L. G. **II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil:** estudo envolvendo as 108 maiores cidades do País – 2005. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.

CARLINI, E. L. A. et al. **VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras.** São Paulo: CEBRID/UNIFESP/SENAD, 2010.

CARNUT, Leonardo. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1177-1186, out-dez, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41n115/0103-1104-sdeb-41-115-1177.pdf>

CARVALHO, A. C.; LEAL, I. P. Construção e validação de uma escala de representações sociais do consumo de álcool e drogas em adolescentes. **Psicologia, Saúde e Doenças**, v. 7, n. 2, p. 287–297, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v7n2/v7n2a10.pdf>

CARVALHO, M. D. A.; SILVA, H. O.; RODRIGUES, L. V. Perfil epidemiológico dos usuários da Rede de Saúde Mental do Município de Iguatu, CE. **SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas**, v. 6, n. 2, p. 337–349, ago. 2010.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS. **I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira**, 2007. São Paulo: CEBRID, 2007.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS. **V Levantamento Nacional Sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras**, 2004. São Paulo: CEBRID, 2004.

COELHO, Vívian Andrade Araújo; VOLPE, Fernando Madalena; DINIZ, Sabrina Stephanie Lana; SILVA, Eliane Mussel da; CUNHA, Cristiane de Freitas. Alteração do perfil de atendimento dos hospitais psiquiátricos públicos de Belo Horizonte, Brasil, no contexto da reforma da assistência à saúde mental. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p.3605-3616, ago. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03605.pdf>

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Código de Ética Profissional do Psicólogo**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2005. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/documentos/confira-o-novo-codigo-de-etica-profissional-do-psicologo/>

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas**. Brasília (DF): Conselho Federal de Psicologia; 2011

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Técnicas para a Atuação de Psicólogos/os em Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas/** Conselho Federal de Psicologia. - Brasília: CFP, 2013. Disponível em: <http://www.crpssp.org.br/portal/comunicacao/artes-graficas/arquivos/2013-CREPOP-Alcool-Drogas.pdf>

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA SP – CRP-SP. **Relatório de inspeção de comunidades terapêuticas para usuárias(os) de drogas no estado de São Paulo – Mapeamento das violações de direitos humanos**. São Paulo: CRP-SP, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA – CFP; MECANISMO NACIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE À TORTURA – MNPCT; PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO – PFDC; MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL – MPF. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017**. Brasília, DF: CFP, 2018.

CONSTANTINO, P.; BATISTA, L. DE S. S. Perfil dos usuários de substâncias psicoativas do CAPSad em 2000 e 2009, Campos dos Goytacazes, RJ. **Biológicas & Saúde**, v. 2, n. 7, 2012.

- COIMBRA, V.C.C; KANTORSKI, L.P; OLIVEIRA, M.M; PEREIRA, D.B; NUNES, C.K; ESLABÃO, A.D. **Avaliação da satisfação dos usuários com o cuidado da saúde mental na Estratégia Saúde da Família.** Ver Esc Enferm USP.45(5):1150-6, 2011.
- CORDEIRO, Daniel Cruz; DIEHL, Alessandra. Comorbidades psiquiátricas. In A. Diehl, D. C. Cordeiro, R. R. Laranjeira (Orgs.), **Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas.** Porto Alegre: Artmed, p. 106-118, 2011.
- COTTA, R.M.M. et al. **Reflexões sobre o conhecimento dos usuários no contexto do Programa de Saúde da Família: a lacuna entre o saber técnico e o popular.** Physis: Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 745-766, 2008. Disponível em: CZYZ, Ewa K, BERNONA, Johnny; KING, Cheryl A. Rehospitalization of Suicidal Adolescents in Relation to Course of Suicidal Ideation and Future Suicide Attempts. **Psychiatr Serv.** march v.67, n.3, p.332-8, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5037573/>
- DAMAS, F. B. **Comunidades Terapêuticas no Brasil: expansão, institucionalização e relevância social.** Rev. Saúde Públ. Santa Cat., Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 50-65, jan./mar. 2013. Disponível em: <http://revista.saude.sc.gov.br/index.php/inicio/article/view/173/201>. Acesso em 20 Jul. 2019.
- DE LEON, George. **A Comunidade Terapêutica: teoria, modelo e método.** 2. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2008.
- DE LEON, George. The Therapeutic Community: Toward a General Theory and Model. In: **Therapeutic Community: Advances in Research and Application.** NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (NIDA), p. 16-52.1994.
- DEMETROVICS, Zsolt. Co-morbidity of drug addiction: an analysis of epidemiological data and possible etiological models. *Addiction Research and Theory*, vol.17, n.4, p. 420–431, 2009.
- DIEHL, Alessandra. Suicídio e dependência química. In: Diehl, D. C. Cordeiro, R. R. Laranjeira (Orgs.), **Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas.** Porto Alegre: Artmed, p.444-452, 2011
- DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel Cruz; LARANJEIRA, Ronaldo. Álcool. In: Diehl, D. C. Cordeiro, R. R. Laranjeira (Orgs.). **Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas.** Porto Alegre: Artmed, p.30-35, 2011.
- DIMENSTEIN, Magda. A Reorientação da Atenção em Saúde Mental: Sobre a Qualidade e Humanização da Assistência. **Psicologia, Ciência e Profissão.** 24 (4), 112-117, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pcp/v24n4/v24n4a13.pdf>
- DOMINGOS, N. A. M.; DOMINGOS, J. C. V. Levantamento sobre o uso de álcool e drogas em universitários. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 1, n. 1, p. 75–82, jun. 2005.
- DONABEDIAN, A. **Quality assurance in health care: consumers' role.** Qual Health Care. 1992.
- DONABEDIAN, A. **Evaluating the quality of medical care.** Milbank Memorial Fund Quarterly. 1966.
- DUAILIBI, S.; VIEIRA, D. L. E LARANJEIRA, R. Políticas públicas para o controle de álcool, tabaco e drogas ilícitas. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas.** Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 497-506.

DUAILIBI, Lígia Bonacim ; RIBEIRO, Marcelo; LARANJEIRA, Ronaldo. Profile of cocaine and crack users in Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, supl. 4, p. 545-557, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v24s4/07.pdf>

DUARTE, Silvia Louzada; GARCIA, Maria Lúcia Teixeira. Psychiatric Reform: the path of psychiatric beds reduction in Brazil. **Emancipação**. vol.13, n.1, p.39-54, 2013. Disponível em: <https://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao/article/view/3871>

ELBREDER, M. F. et al. Perfil de mulheres usuárias de álcool em ambulatório especializado em dependência química. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 57, n. 1, p. 9-15, 2008. Disponível em:

ESPERIDIÃO, M. A.; TRAD, L. A. B. User satisfaction assessment: theoretical and conceptual concerns. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 6, p. 1267-1276, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v10s0/a31v10s0.pdf>

ESTRELA, A. F. et al. **Vulnerabilidades psiquiátricas e biopsicossociais em usuários de substâncias psicoativas por meio do inventário de triagem do uso de drogas e das análises de prontuários**. Anápolis, GO: – Uni EVANGÉLICA, 2018.

FARIA, Jeovane Gomes de. Territorialidade, privacidade e atenção em saúde mental. In: KUHNEN, Ariane; CRUZ, Roberto Moraes, TAKASE, Emílio (org). **Interações pessoa-ambiente e saúde**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2009. Cap 5. p. 95-115.

FARIA, R. M.; BORTOLOZZI, A. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil. **Raega - O Espaço Geográfico em Análise**, v. 17, 2009.

FARIA, J. G. de; SHNEIDER, D. R. O perfil dos usuários do CAPS-ad – Blumenau e as políticas públicas em saúde mental. **Psicologia & Sociedade**, v. 21, n. 3, p. 324-333, 2009. Disponível em:

FEBRAC. Disponível em: <www.febract.org.br>. Acesso em: 10 mai. 2020.

FELIPPE, Maíra Longhinotti. Ambiente Pessoal: o papel da personalização na construção dos espaços saudáveis. In: KUHNEN, Ariane; CRUZ, Roberto Moraes, TAKASE, Emílio (org). **Interações pessoa-ambiente e saúde**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2009. pp. 118-136.

FERREIRA FILHO, Olavo Franco et al . Perfil sociodemográfico e de padrões de uso entre dependentes de cocaína hospitalizados. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 37, n. 6, p. 751-759, Dec. 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n6/18018.pdf>

FERRO, L. F.; SILVA, E. C.; ZIMMERMANN, A. B., CASTANHARO, R. C. T.; OLIVEIRA, F. R. L. de. Interdisciplinaridade e intersectorialidade na Estratégia Saúde da Família e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Potencialidades e desafios. **O Mundo da Saúde**, 38(21), 129-138, 2014.

FILHO, Olavo Franco Ferreira; TURCHI, Marília Dalva; LARANJEIRA, Ronaldo; CASTELO, Adalto. Perfil sociodemográfico e de padrões de uso entre dependentes de cocaína hospitalizados. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 6, p. 751-759, Dez. 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n6/18018.pdf>

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Tradução Joice Elias Costa. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FIGLIE, N. B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em Dependência Química**. 2a. Edição. São Paulo: Roca, 2010.

FLIGLIE, et al. Prevenção do consumo abusivo de álcool e outras drogas. In: Fliglie, Neliana Buzi; Bordin, Selma; Laranjeira, Ronaldo. **Aconselhamento em Dependência Química**. 3ªed. São Paulo: Roca, 2015. Cap. 37, p. 429-444.

FONSECA, Francisco Noé da; GONDIM, Ana Paula Soares; FONTELES, Marta Maria de França. Influência dos grupos terapêuticos em Centro de Atenção Psicossocial entre usuários com dependência de cocaína/crack. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 551-561, set. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n102/0103-1104-sdeb-38-102-0551.pdf>

FONTANELLA, Bruno José Barcellos B.J. B; RICAS, Janete J; TURATO, Egberto Ribeiro E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de saúde pública**, v. 24, p. 17-27, 2008.---Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.pdf>

FOSSI, Luciana Barcellos.; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima N.M.F. **O modelo de tratamento das comunidades terapêuticas**: práticas profissionais na conformação dos sujeitos. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 94-115, abr. 2015 Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v15n1/v15n1a07.pdf>.

FRACASSO, Laura. Comunidades Terapêuticas. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. (Orgs.). **Dependência Química**: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011.

FRACASSO et al., Comunidade Terapêutica no tratamento da dependência química.. In: Fliglie, Neliana Buzi; Bordin, Selma; Laranjeira, Ronaldo. **Aconselhamento em Dependência Química**. 3ªed. São Paulo: Roca, 2015. Cap. 40, p. 490-500.

FRANCO, Renato Ferreira. Território e subjetividade: uma (re) territorialização da loucura. In: LOBOSQUE, Ana Marta; SILVA, Celso Renato. **Saúde Mental**: marcos conceituais e campos de prática. Belo Horizonte: CRP 04, 2013

GALDURÓZ, J. C. F. et al. **V Levantamento nacional sobre o consumo de drogas de drogas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras**. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas da Universidade Federal de São Paulo; 2004.

GALDURÓZ, J. C. F.; SANCHEZ, Z. V. M.; NOTO, A. R. Epidemiologia do uso, do abuso e da dependência de substâncias psicoativas. In: DIEHL, A.; CORDEIROS, D. D.; LARANJEIRA, R. **Dependência química**: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011. Cap. 4, p. 49-58.

GALDURÓZ, J.C.F. E CARLINI, E.A. GALDUROZ, JCF; CARLINI, EA. Uso de álcool entre os habitantes das 107 maiores cidades do Brasil - 2001. **Braz J Med Biol Res**, Ribeirão Preto, v. 40, n. 3, p. 367-375, março de 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/bjmbr/v40n3/6395.pdf>

GALVANESE, A.T. C.; NASCIMENTO, A; F. Avaliação da estrutura dos centros de atenção psicossocial do município de São Paulo, SP. **Revista de Saúde Pública**, n.43, v.1, p.8-15, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43s1/747.pdf>. Acesso em 19 Jul. 2019.

GASTÃO, F. N.; CAMPOS, G. W. S. Instituições de “portas abertas”: novas relações usuários-equipes 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., 2005. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/13957/15775>

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GONDIM, Grácia Maria de Miranda; MONKEN, Maurício. Território e territorialização. In: GONDIM, Grácia Maria de Miranda; CHRISTÓFARO, Maria Auxiliadora Córdova;

MIYASHIRO, Gladys Miyashiro (Org.). **Técnico de vigilância em saúde: contexto e identidade**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2017. p. 21-44.

GOMES, Romeu et al. Avaliação da assistência ambulatorial a portadores de HIV/AIDS no Rio de Janeiro, segundo a visão de seus usuários. **Cad. saúde pública.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 789-797, out./dez. 1999.. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/6319>

GONCALVES, Tonantzin Ribeiro et al . Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 3, p. 1755-1769, Mar. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v16n3/12.pdf>

GOVERNADOR VALADARES, Secretaria Municipal da Saúde. **Atenção a portadores de transtorno mental**. GV, 2019.

HAESBAERT, Rogério R. **O Mito da Desterritorialização**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

HAESBAERT, Rogério R. Da desterritorialização à multiterritorialidade. **Boletim Gaúcho de Geografia**, v. 29, n. 1, 2005. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/bgg/article/view/38739>

HAESBAERT, Rogério. **Território e multiterritorialidade: um debate**. Universidade Federal Fluminense. GEOgraphia - Ano IX, n. 17, 2007

HAESBAERT, Rogério. Da desterritorialização a multiterritorialidades. **Boletim Gaúcho de Geografia**, 29: 11–24, jan.,2003.Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/bgg/article/view/38739/26249>

HAESBAERT, R. Dilemas de conceitos: espaço-território e contenção territorial. In: SAQUET, M. A.; SPOSITO, E. S. **Território e territorialidades: teorias, processos e conflitos**. São Paulo: Expressão Popular, 2009.

HORI, Alice Ayako; NASCIMENTO, Andréia de Fátima Nascimento. O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil. **Ciência, Saúde Coletiva**, 19(8):3561-3571, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03561.pdf>

HORTA, R. L. et al. Perfil dos usuários de crack que buscam atendimento em Centros de Atenção Psicossocial. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 11, p. 2263-2270, 2011. Disponível em:

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE. **Conheça cidades e estados do Brasil**. 2018. Disponível em < <https://cidades.ibge.gov.br/>> Acesso em 18 de Jul. 2019.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – IPEA. **Boletim de Análise Político-Institucional**. n. 6, nov. 2014

_____. **Nota Técnica: Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras**. n. 21, mar. 2017.

JANE-Lopis ,Eva; MATYTSINA, Irina. Saúde mental e álcool, drogas e tabaco: uma revisão da comorbidade entre transtornos mentais e uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas. **Drug Alcohol**. 25 (6): 515-36. nov., 2006.

JOMAR, Rafael Tavares; ABREU, Ângela Maria Mendes; GRIEP, Rosane Harter. Padrões de consumo de álcool e fatores associados entre adultos usuários de serviço de atenção básica do Rio de Janeiro, RJ, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-38,

Jan. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v19n1/1413-8123-csc-19-01-00027.pdf>

JONES, M. **The Therapeutic Community: a new treatment method in psychiatry**. New York: New York Basic Books Inc, 1953.

JORA, Natália Priolli. Consumo de cocaína, *crack* e múltiplas drogas: interfaces com a qualidade de vida de usuários. Tese de doutorado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, 2014.

JORGE, J. S.; CORRADI-WEBSTER, C. M. Consultório de Rua: Contribuições e Desafios de uma Prática em Construção. **Saúde & Transformação Social**. v. 3, n. 1, p. 39–48, 30 jan. 2012.

JUNGERMAN, et al. Maconha. In: Fliglie, Neliana Buzi; Bordin, Selma; Laranjeira, Ronaldo. **Aconselhamento em Dependência Química**. 3ªed. São Paulo: Roca, 2015.Cap. 9, p. 90-99.

KANTORSKI, Luciane Prado L.P; JARDIM, Vanda da Rosa V.R; WETZEL, Christine C; OLSCHOWSKY, AgnesA; SCHNEIDER, Jacó Fernando J.F, HECK, Rita Maria R.M, et al. Satisfação dos usuários dos centros de atenção psicossocial da região Sul do Brasil. **Rev Saude Publica**, 43 Suppl 1:29-35. 2009.Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v43s1/748.pdf>

KELLOGG, S.H. **On “gradualism” and the building of the harm reduction-abstinence continuum**. J Subst Abuse Treat ,2003.

KUHNEN, Ariane. Percepção Ambiental. In: CAVALCANTE, Sílvia; ELALI, Gleice A.(org). **Temas Básicos em Psicologia Ambiental**. São Paulo: Vozes, 2017, p. 70-82.

LAI, Harry Man Xiong; HUANG, Qi Rong. Comorbidity of mental disorders and alcohol-and drug-use disorders: Analysis of New SouthWales inpatient data. **Drug and Alcohol Review**, 28, 235–242, 2009. Disponível em:

LAPISCHIES, S. R. C.; LIMA, Z. G., JARDIM, V. M. R., COIMBRA, V. C. C.; KANTORSKI, L. P. O trabalho em serviços da rede de atenção psicossocial: Dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores. **Cogitare Enfermagem**, 17(4), 697-702., 2012 .Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/30376>

LARANJEIRA, R. et al. **I Levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.

LARANJEIRA, R. et al. Consenso sobre a Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA) e o seu tratamento. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 22, n. 2, p. 62-71, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbp/v22n2/a06v22n2.pdf>

LARANJEIRA, Ronaldo. Legalização de drogas e a saúde pública. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 621-631, mai., 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v15n3/v15n3a02.pdf>

LARANJEIRA, R. (Supervisão) et al. **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) – 2012**. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP, 2014.

LARANJEIRA, R. et al. **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas - Consumo de Álcool no Brasil: Tendências entre 2006/2012**. São Paulo: INPAD; 2013. Disponível em: http://inpad.org.br/wp-content/uploads/2013/04/LENAD_ALCOOL_Resultados-Preliminares.pdf.

- LARANJEIRA, R. et al., **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) 2012. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP, 2014.**
- LARANJO, Thais Helena Mourão; SOARES, Cássia Baldini. Moradia universitária: processos de socialização e consumo de drogas. **Rev Saúde Pública**.40(6):1027-34, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n6/10.pdf>
- LARENTIS, Chalana Piva C.P.; MAGGI, Alice A. Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e a Psicologia. **Aletheia**.37, p. 121-132, 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n37/n37a09.pdf>. Acesso em 19 Jul. 2019.
- LIMA, F. C. **Avaliação da mudança percebida e da satisfação de usuários de CAPS-AD. 2013.** Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Florianópolis.
- LIMA; Elizabeth Maria Freire de Araújo; YASUI, Silvio S. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. **Saúde em debate**, v. 38, p. 593-606, 2014. Disponível : <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n102/0103-1104-sdeb-38-102-0593.pdf>
- LOBOSQUE, A. M. Texto apresentado em mesa-eixo do I Congresso Brasileiro de CAPS, em junho de 2004, em São Paulo- SP CAPS: laços sociais. **Mental** - ano V - n. 8 - Barbacena - jun. 2007 - p. 53-60. 2004
- LOPES, A. P.; REZENDE, M. M. Consumo de substâncias psicoativas em estudantes do ensino médio. **Psicologia: teoria e prática**, v. 16, n. 2, p. 29-40, ago. 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v16n2/03.pdf>
- MACHADO, A.R; MIRANDA, P.S.C. Fragmentos da história de atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da justiça à saúde pública. **Hist Cienc Saúde - Manguinhos**. 14(3):801-21, 2007. Disponível em:
- MACHADO, L. V.; BOARINI, M. L. Drug policies in Brazil: the harm reduction strategy. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 33, n. 3, p. 580-595, 2013.
- MERCIER, L. et al. Measuring clients perception as outcome measurement. In: ROBERTS, A. R. e YEAGER, K. R. E. (Ed.). **Evidence-based Practice Manual: Research an outcome Measures in Health and Human Services**. New York: Oxford University Press, 2004. p.904-909
- MACMASTER, S.A. Harm reduction: a new perspective on substance abuse services. **Soc Work**. 49 (3): 356-63, 2004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15281690/>
- McCABE, R; SAIDI, M; PRIEBE, S. Patient-reported outcomes in schizophrenia. **Br J Psychiatry**. 2007;191:21-8. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18019040/>
- MALGOR, Hermann Schreck. **Soltar as muletas: Um olhar diferente sobre as drogas e a adição**. Summus Editorial. São Paulo, 2018.
- MARINI, M. **Preditores de adesão ao projeto terapêutico em centro de atenção psicossocial álcool e outras drogas**. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Porto Alegre, 2011.
- MARLATT, G.A. **Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco**. Porto Alegre: Artmed; 1999.

MCCABE, R; SAIDI, M; PRIEBE, S. Patient-reported outcomes in schizophrenia. **Br J Psychiatry**. 191:21-8, 2007 Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/5828136_Patient-reported_outcomes_in_Schizophrenia

MELO, Ana Paula Souto; GUIMARAES, Mark Drew Crosland. Fatores associados ao abandono do tratamento psiquiátrico em um centro de referência em saúde mental, Belo Horizonte. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo, v. 27, n. 2, p. 113-118, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbp/v27n2/a08v27n2.pdf>

MINAYO, M. C. de S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2001.

MIRANDA, Priscila Oliveira de; SOUZA, Orivaldo Florêncio de; FERREIRA, Terezinha de Freitas. Avaliação da satisfação dos pacientes e familiares em um serviço de saúde mental na cidade de Rio Branco, Acre. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 63, n. 4, p. 332-340, dez.2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v63n4/0047-2085-jbpsiq-63-4-0332.pdf>

MOIMAZ, Suzely Adas Saliba et al. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1419-1440, Dec. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v20n4/a19v20n4.pdf>

MONTEIRO, C. F. S. et al. Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPS-ad do Piauí. Escola **Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 90-95, 2011. Disponível em:

MONKEN, Maurício; BARCELLOS, Christovam. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, --- v. 21, n. 3, p. 898-906, jun. 2005. Disponível: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v21n3/24.pdf>

MONKEN, Maurício; PEITER, Paulo; BARCELLOS, Christovam; ROJAS, Luisa Iñiguez; NAVARRO, Marli; GONDIM, Grácia; GRACIE, Renata. O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: **Geografia: ações e reflexões**. Fiocruz, 2008, p.1-20.

MORAES, Edilaine; CAMPOS, Geraldo Mendes de; CHALEM, Elisa; FIGLIE, Neliana Buzi. Consumo abusivo de álcool, tabaco e outras drogas na adolescência. In: Fliglie, Neliana Buzi; Bordin, Selma; Laranjeira, Ronaldo. **Aconselhamento em Dependência Química**. 3ªed. São Paulo: Roca, 2015. Cap. 25, p. 277-291.

MORAES, Maristela. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 121-133, fev. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v13n1/16.pdf>

NASI, Cíntia; SCHNEIDER, Jacó Fernando. O Centro de Atenção Psicossocial no cotidiano dos seus usuários. **Rev. esc. enferm.** USP 2011, vol.45, n.5, p. 1157-1163, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a18.pdf>

NASCIMENTO, A. D. F.; GALVANESE, A. T. C. Avaliação da estrutura dos centros de atenção psicossocial do município de São Paulo, SP. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, p. 8-15, 2009.

NATLINO, Marco Antônio Carvalho. Isolamento, disciplina e destino social em Comunidades Terapêuticas. In: Santos, Maria Paula Gomes dos Santos (Org). **Comunidades terapêuticas: temas para reflexão**. Rio de Janeiro, 2018. Cap 2, p.38-60

NATIONAL INSTITUTE OF DRUG ABUSE - NIDA. **Therapeutic Communities**, 2015. Disponível em: < <https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/therapeuticcommunities>>. Acesso em 24 mar. 2019.

NOTO, A. R. et al. **Levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras**. São Paulo: CEBRID;UNIFESP, 2003.

Oliveira, M. A. F., Cestari, T. Y, Pereira, M. O., Pinho, P. H., Gonçalves, R. M. D. A., Claro, H. G. Processos de avaliação de serviços de saúde mental: uma revisão integrativa. *Saúde em Debate*, 38(101), 368-378. 2014.

OLSCHOWSKY, Agnes.; GLANZENER, Cecilia Helena C. H.; MIELKE, Fernanda Barreto F. B.; KANTORSKI, Luciene Prado L. P; WETZEL, Christine. Avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial: a realidade em Foz do Iguaçu. **Ver. Esc. Enferm USP**. 43(4); 781-787, 2009. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/40475/43519>.

ONOCKO CAMPOS, R; GAMA, C. Saúde mental na Atenção Básica. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERREIRO, A. V. P. (Ed.). **Manual de práticas de Atenção Básica à saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 221-246.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial da Saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Lisboa: Divisão de Saúde Mental da OMS, 2002.

_____(OMS). **Neurociências: consumo e dependência de substâncias psicoativas**. Genebra: OMS, 2004.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados**. Brasília: Opas; 2005.

PAPALIA, Diana; FELDMAN, Rute. *Desenvolvimento Humano*. 12ed. Mc Graw Hill. Artmed., 2013

PASCOE, G.C. Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. **Eval Program Plann**, 6:185-210, 1993..Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10299618/>

PECHANSKY, Flavio; SZOBOT, Claudia Maciel; SCIVOLETTO, Sandra. Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. **Rev. Bras. Psiquiatr.** , São Paulo, v. 26, supl. 1, p. 14-17 de maio de 2004. disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbp/v26s1/a05v26s1.pdf>

PEIXOTO, C. et al. Impacto do perfil clínico e sócio-demográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a usuários de álcool e Drogas (CAPS ad). **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 59, n. 4, p. 317-21, 2010. Disponível em:

PEREIRA, M. O.; SOUZA, J. de M.; COSTA, A.M.; VARGAS, D.; OLIVEIRA, M.A.F de; MOURA, W. N. Perfil dos usuários de serviços de saúde mental do município de Lorena-São Paulo. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 1, p. 48-54, 2012

PERREAULT, , Michel; KATERELOS, Theodora; SABOURIN, Stephane; LEICHNER, Pierre; DESMARAIS, Julie. **Information as a distinct dimension for satisfaction assessment of outpatient psychiatric services**. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, vol. 14 no. 3, p. 111-120, . Disponível : <https://europepmc.org/article/med/11436746>

PERRONE, Pablo Andrés Kurlander. A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica.

Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 569-580, Feb. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00569.pdf>

PERRONE, Pablo Andrés Kurlander. **Fatores associados à recidiva e abandono do tratamento de dependentes químicos: um estudo longitudinal em duas Comunidades Terapêuticas**. Tese de doutorado. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2019.

PIETROLUONGO, Ana Paula da Cunha; RESENDE, Tania Inessa Martins de. Visita domiciliar em saúde mental – o papel do psicólogo em questão. **Psicologia: Ciência e Profissão**, 27(1), 22-31, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pcp/v27n1/v27n1a03.pdf>

PILLON, Sandra Cristina; JORA, Natalia Priolli; SANTOS, Manoel Antônio dos. O papel da equipe multidisciplinar na dependência química. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D.C; LARANJEIRA, R. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011. Cap. 42, p. 453-460.

PINHO, Paula Hayasi. **Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas**. (Tese de Doutorado) Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2014. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-17112014-144843/pt-br.php>

PINHO, Eurides Santos; SOUZA, Adrielle Cristina Silva; ESPERIDIAO, Elizabeth. Processos de trabalho dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial: revisão integrativa. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 1, p. 141-152, Jan. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n1/1413-8123-csc-23-01-0141.pdf>

PINTO, Patrícia Malta. Saúde mental na Atenção Primária: desafios no campo da Enfermagem. In: LOBOSQUE, Ana Marta; SILVA, Celso Renato. **Saúde Mental: marcos conceituais e campos de prática**. Belo Horizonte: CRP 04, 2013

PORTELA, Alyne da Silva; SIMOES, Mônica Oliveira da Silva; FOOK, Sayonara Maria Lia Fook; NETO, Asdrúbal Nóbrega Montenegro; SILVA, Paulo César Dantas da. Prescrição médica: orientações adequadas para o uso de medicamentos?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, supl. 3, p. 3523-3528, nov. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v15s3/v15s3a27.pdf>

PORTES, L.H; MACHADO, C.V. Convenção-quadro para o controle do tabaco: adesão e implantação na América Latina. **Rev Panam Salud Publica**. 38(5):370-9, 2015. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2015.v38n5/370-379/pt>

PORTES, Leonardo Henriques. **A política de controle do tabaco no Brasil de 1986 a 2016: contexto, trajetória e desafios**. Tese (Doutorado). Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2017.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. dos. Levantamento dos motivos e dos responsáveis pelo primeiro contato de adolescentes do ensino médio com substâncias psicoativas. **SMAD**. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas, v. 2, n. 2, ago. 2006.

PRATTA, Elisângela Maria Machado; SANTOS, Manoel Antônio dos. O processo saúde-doença e dependência química: interfaces e evolução. **Psic. : Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 203-211, jun. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n2/a08v25n2.pdf>

- PRESSMAN, Sabrina; GIGLIOTTI, Analice. Nicotina. In: Diehl, D. C. Cordeiro, R. R. Laranjeira (Orgs.). **Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed. p.145-160, 2011.
- PRIEBE, S; GRUYTERS, T. Avaliação dos pacientes do resultado preditivo do tratamento. **Schizophr Bull.** 21(1):87-94, 1995. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7770744/>
- QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias; JORGE, Maria Salete Bessa; FRANCO, Túlio Batista. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental?. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, p. 253-271, 2014. Disponível: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v24n1/0103-7331-physis-24-01-00253.pdf>
- RATTO, Lílian; CORDEIRO, Daniel. Principais comorbidades psiquiátricas na dependência química. In: Figlie NB, Bordin S, Laranjeira R. **Aconselhamento em dependência química**. São Paulo: Roca; p.199-217, 2010.
- RAUPP, L.M, MILNITISKY-SAPIRO, C. A “reeducação” de adolescentes em uma Comunidade Terapêutica: o tratamento da drogadição em uma instituição religiosa. **Psicol Teor Pesqui.**, 24(3):361-8, 2008. Disponível em:
- RIBEIRO, Fernanda Mendes Lages; MINAYO, Maria Cecília de Souza. As Comunidades Terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas: o caso de Manguinhos, RJ, Brasil. **Interface (Botucatu)**. 19(54):515-26, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2015.v19n54/515-526/pt>
- RIBEIRO, Marcelo. et al. Abuso e dependência da maconha. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 51, n. 5, p. 247-249, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ramb/v51n5/a08v51n5.pdf>
- RIBEIRO, Marcelo. Avaliação psiquiátrica e comorbidades. In M. Ribeiro & R. Laranjeira (Orgs.), **O tratamento do usuário de crack**. Porto Alegre: Artmed., p.239-250, 2012.
- RIBEIRO, Marcelo. Organização de serviços de tratamento para dependência química. In: Fliglie, Neliana Buzi; Bordin, Selma; Laranjeira, Ronaldo. **Aconselhamento em Dependência Química**. 3ªed. São Paulo: Roca, 2015. Cap. 39, p. 466-489
- RIBEIRO, M. Aspectos legais. In: SILVEIRA, D.X, MOREIRA, F.G, (org). **Panorama atual de drogas e dependências**. São Paulo: Atheneu; 2006. p. 469-76.
- RIBEIRO, Daisy Ferreira. **Qualidade em serviços públicos de saúde: a percepção dos usuários do hospital universitário em um município paraibano**. Tese de doutorado. Fundação Oswaldo-Recife: D. F. Ribeiro, 2010.
- RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R.; CIVIDANES, G. Transtorno bipolar do humor e uso indevido de substâncias psicoativas. **Archives of Clinical Psychiatry**, v. 32, n. supl. 1, p. 78-88, 2005.
- ROCHA, W. DA S. et al. Concepções dos usuários de crack sobre os fatores que influenciam o uso e a dependência. **SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas**, v. 11, n. 3, p. 129–135, set. 2015.
- RUGGERI, M. Satisfaction with mental health services. In: THORNICROFT, C; TANSELLA, M; (editors). **Mental Health Outcome measures**. London: RCPsych Publications; 2010. Cap 4, p. 27-51.

- SABINO, N.M; CAZENAVE, S.O.S. Comunidades terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas. **Estud Psicol.**, 22(2):167-74, 2005. Disponível em:
- SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, P. B. **Metodologia de Pesquisa**. 3. Ed, São Paulo: McGraw Hill, 2006.
- SANCHEZ, Z. V. M.; NAPPO, S. A. Sequência de drogas consumidas por usuários de crack e fatores interferentes. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 4, p. 420-430, 2002. Disponível em:
- SCHEFFER, M.; PASA, G. G; ALMEIDA, R. M. M. Dependência de álcool, cocaína e crack e transtornos psiquiátricos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, 26(3), 533-54, 2010. Disponível em:
- SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. DE S. Risk and protective factors and drug use among adolescence. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 707-717, set. 2005.
- SCHRANK; Guisela; OLSCHOWSKY, Agnes. O centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. **Rev Esc Enferm USP**. 42(1):127-34, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/17.pdf>
- SANTOS, M. **Pensando o espaço do homem**. 5 ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
- SANTOS, M. **Metamorfoses do espaço habitado**. São Paulo: Hucitec, 1988.
- SANTOS, M. O retorno do território. In: SANTOS, M. et. al. (Orgs.). **Território: globalização e fragmentação**. São Paulo: Hucitec/Anpur, 1994. p.15- 20.
- SANTOS, M. **A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. São Paulo: Edusp, 2002.
- SAES, S.C. **O cuidar da enfermeira no imaginário do cliente com necessidades especiais de saúde na área renal: um desafio através dos sentidos corporais e da sociopoética** [tese]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2003.
- SCHEFFER, Morgana; PASA, Graciela Gema; ALMEIDA, Rosa Maria Martins de. Dependência de álcool, cocaína e crack e transtornos psiquiátricos. **Psic. : Teor. e Pesq.** , Brasília, v. 26, n. 3, p. 533-541, set. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n3/a16v26n3.pdf>
- SAMPIERI, R.H; COLLADO, C.F; LUCIO, P.B. **Metodologia de Pesquisa**, 3ed, São Paulo: Editora. Mc Graw – Hill, 2006.
- SIEGAL, Harvey A.; LI, Li.; RAPP, Richard C. Abstinence trajectories among treated crack cocaine users. *Addictive Behaviors*, v. 27, n. 3, p. 437-49, 2002. Disponível em: <http://cinik.free.fr/chlo/addiction/articles/sdarticle-15.pdf>
- SILVA, Romano Marco Aurelio; DUAİLÍBI, Sergio; LARANJEIRA, Ronaldo. Políticas Públicas relacionadas com as bebidas alcoólicas. In: Fliglie, Neliana Buzi; Bordin, Selma; Laranjeira, Ronaldo. **Aconselhamento em Dependência Química**. 3ªed. São Paulo: Roca, 2015. Cap. 41, p. 501-512
- SILVA, Sarah Nascimento; LIMA, Marina Guimarães; RUAS, Cristina Mariano. Avaliação de Serviços de Saúde Mental Brasileiros: satisfação dos usuários e fatores associados. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 3799-3810, Nov. 2018 . Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n11/1413-8123-csc-23-11-3799.pdf>

- SILVA, S.N., LIMA M.G. Avaliação da estrutura dos Centros de Atenção Psicossocial da Região do Médio Paraopeba-Minas Gerais. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 26(1):149-160, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v22n6/1413-8123-csc-22-06-2025.pdf>
- SILVA, M. A.; BANDEIRA, M.; SCALON, J. D.; QUAGLIA, M. A. C.. Satisfação dos pacientes com os serviços de saúde mental: A percepção de mudanças como preditora. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 61(2), 64-71.2012.
- SILVEIRA, Dartiu Xavier. Reflexões sobre a prevenção do uso indevido de drogas. In: SILVEIRA, Xavier; NIEL, Marcelo (Eds.). **Drogas e Redução de Danos: uma cartilha para profissionais de saúde**. São Paulo: 2008. Disponível em: <http://www.leahn.org/wp-content/uploads/2013/10/drogas-e-redu%C3%A7%C3%A3o-de-danos-uma-cartilha-para-profissionais-de-sa%C3%BAde.pdf>
- SOUZA, J. DE; KANTORSKI, L. P. Embasamento político das concepções e práticas referentes às drogas no Brasil. *SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*, v. 3, n. 2, p. 00–00, ago. 2007.
- SOUZA, Letícia Canonico de ; NUNES, Matheus Caracho; SANTOS, Maria Paula Gomes dos. Tempo e subjetivação em Comunidades Terapêuticas. In: SANTOS, Maria Paula Gomes dos. et al. **Comunidades terapêuticas: temas para reflexão**. Rio de Janeiro, 2018. cap3, p.61-76.
- SZKLO, AS; DE ALMEIDA, LM; FIGUEIREDO, VC,; AUTRAN, M; CAIXETA, R; et al. Um instantâneo da notável queda na prevalência de tabagismo no Brasil entre 1989 e 2008. *Prev Med*. 54(2):162–7. 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22182479/>
- TAVARES, R. C.; SOUSA, M. S. S. **Os Centros de Atenção Psicossocial e as possibilidades de inovação das práticas em saúde mental**. *Saúde em Debate*, 33(82),252-263, 2009. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/4063/406341771008.pdf>.
- TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *História, Ciências, Saúde Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol. 9(1):25-59, jan.-abr. 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf>
- TREVISAN, Erika Renata . **Aspectos psicossociais do trabalho no Centro de Atenção Psicossocial - álcool e drogas e o perfil dos usuários**. Tese (Doutorado). Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2018.
- TREVISAN, Erika Renata; CASTRO, Sybelle de Souza. Centros de Atenção Psicossocial - álcool e drogas: perfil dos usuários. *Debate em saúde* , Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 450-463, abr. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v43n121/0103-1104-sdeb-43-121-0450.pdf>
- TUAN, Yi-Fu. **Topofilia: um estudo da percepção, atitudes e valores do meio ambiente**. São Paulo: Difel, 1980.
- TUAN, Yi -Fu. **Espaço e lugar: A perspectiva da experiência**. Lisboa: Difel,1983.
- UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME – UNODC. *World Drug Report 2017*. Viena, 2012
- UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME – UNODC. *World Drug Report 2017*. Viena: UNODC, 2017.
- UNODC.UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME . *World Drug Report 2019*. Viena: UNODC, 2019

VANDERPLASSCHEN, W.; VANDEVELDE, S.; BROEKAERT, E. **Therapeutic communities for treating addictions in Europe: Evidence, current practices and future challenges**. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2014.

VELHO, Sérgio Ricardo Belon da Rocha. **Perfil epidemiológico dos usuários de substâncias psicoativas atendidos no CAPS AD, Londrina, PR**. Dissertação de mestrado. Universidade Estadual de Londrina, Paraná. 2010

VIEIRA, D. L.; RIBEIRO, M. E LARANJEIRA, R. Evidência de associação entre uso precoce de álcool e risco de problemas posteriores. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 222-227, set, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbp/v29n3/a06v29n3.pdf>

ZALESKI, Marcos; LARANJEIRA, Ronaldo Ramos; MARQUES, Ana Cecilia Petta Roselli; RATO, Lílian; ROMANO, Marcos; et al. Diretrizes da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD) para o diagnóstico e tratamento de comorbidades psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 142-148, jun. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbp/v28n2/29783.pdf>

ZUARDI, Antônio Waldo; CRIPPA, José Alexandre de Souza. Maconha. In: Diehl, D. C. Cordeiro, R. R. Laranjeira (Orgs.), **Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, p.161-169, 2011.

ZURITA, Robsmeire Calvo Melo; MELO, Emiliana Cristina; OLIVEIRA, Rosana Rosseto de; LATORRE, Maria do Rosário Dias de Oliveira; MATHIAS Thais Aidar de Freitas. Evolution of hospital spending with drug-related psychiatric hospital admissions. **Rev Gaúcha Enferm.** sep., v.37, n.3, e53289, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rge/v37n3/en_0102-6933-rge-1983-144720160353289.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The World Health Report 2001**. Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva: WHO, 2001.

ANEXOS

ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Prezado(a) amigo (a);

Esta entrevista semiestruturada faz parte de minha pesquisa de mestrado intitulada “**O uso de drogas e serviços de saúde mental**: percepção e satisfação de usuários frente a dois serviços distintos”, tem como objetivo geral de comparar a satisfação e adaptação dos usuários, com transtornos mentais e comportamentais, devido ao uso e abuso de álcool e outras drogas, nos modelos de tratamento da CT e CAPS AD, levando em consideração as perspectivas territoriais de cada serviço, em Governador Valadares – MG.

O estudo respeita as normas éticas, portanto, garanto que sua identidade não será revelada e que os demais dados serão usados exclusivamente para fins acadêmicos. Além disso, você poderá desistir de participar da pesquisa, em qualquer momento, mas se permanecer até o final estará contribuindo para o entendimento sobre o modelo mais eficaz para a satisfação e adaptação ao tratamento.

Conto com sua colaboração e antecipo agradecimentos.

Marisa Pinto Coelho

- _ Data da entrevista:
- _ Codinome do(a) entrevistado(a):
- _ Data de nascimento:
- _ Contato telefônico:

PERCEPÇÃO DE ELEMENTOS DO TERRITÓRIO, FRENTE AOS DOIS SERVIÇOS DISTINTOS

- 1) Como era estar em um modelo de tratamento onde você não pode sair? Como você se sentia/sente?
- 2) Como era estar em um modelo de tratamento onde você tem livre acesso em permanecer ou sair? Como você se sentia /sente?
- 3) Em quais dos dois serviços (CAPS AD ou CT), é mais fácil se adaptar ao tratamento? Por quê?
- 4) Você prefere um tratamento onde fica isolado em um determinado local ou em um local onde possa ter contato com as pessoas de seu convívio regular?

Justifique os motivos de sua preferência.

UNIVERSIDADE VALE DO RIO
DOCE/ FUNDAÇÃO PERCIVAL
FARQUHAR- FPF



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SATISFAÇÃO DOS PACIENTES COM UM SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL DE UM MUNICÍPIO DO LESTE MINEIRO.

Pesquisador: Elaine Toledo Pimenta Fernandes

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 80404817.2.0000.5157

Instituição Proponente: Fundação Percival Farquhar/ FPF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.437.841

Apresentação do Projeto:

Projeto irá fazer a avaliação dos serviços de saúde mental por meio da perspectiva do usuário. Portanto, de grande relevância.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo da pesquisa é buscar a satisfação dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) do município de Governador Valadares com o serviço em relação à assistência recebida e investigar as variáveis associadas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios são bem descritos, tanto no Projeto quanto no TCLE.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é significativa e justificável. A pesquisadora apresentou, de forma clara a metodologia que será desenvolvida tomando o devido cuidado na abordagem com o sujeito da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou todos os termos, devidamente preenchidos.

Endereço: Rua Israel Pinheiro 2000 - B1 F1 - Sala 02
Bairro: Universitário CEP: 35.020-020
UF: MG Município: GOVERNADOR VALADARES
Telefone: (31)1111-1111 Fax: (31)2178-8840 E-mail: cep@univale.br

**UNIVERSIDADE VALE DO RIO
DOCE/ FUNDAÇÃO PERCIVAL
FARQUHAR- FPF**



Continuação do Parecer: 2.037.001

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP, em reunião ordinária, acompanhou o parecer do relator e decidiu que o parecer do projeto avaliado é **APROVADO**.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1038843.pdf	27/11/2017 17:18:19		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	27/11/2017 17:15:43	Elaine Toledo Pitanga Fernandes	Aceito
Outros	ESCALA_SATIS_BR.pdf	27/11/2017 17:14:29	Elaine Toledo Pitanga Fernandes	Aceito
Outros	Autorizacao_SMSGV.pdf	27/11/2017 17:14:01	Elaine Toledo Pitanga Fernandes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CAPSAD_2017.pdf	27/11/2017 17:12:41	Elaine Toledo Pitanga Fernandes	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	27/11/2017 17:10:23	Elaine Toledo Pitanga Fernandes	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

GOVERNADOR VALADARES, 14 de Dezembro de 2017

Assinado por:

Ivana Cristina Ferreira Santos
(Coordenador)

Endereço: Rua Israel Pinheiro 3000 - Bl P1 - Sala 03
Bairro: Universidade CEP: 35.000-000
UF: MG Município: GOVERNADOR VALADARES
Telefone: (31)1111-1111 Fax: (31)3279-8843 E-mail: cep@univale.br

UNIVERSIDADE VALE DO RIO
DOCE/ FUNDAÇÃO PERCIVAL
FARQUHAR- FPF



Continuação do Processo 3.037.641

Endereço: Rua Israel Pinheiro 2000 - B1 P1 - Sala 02
Bairro: Universitário CEP: 35.020-020
UF: MG Município: GOVERNADOR VALADARES
Telefone: (31)1111-1111 Fax: (31)3579-5543 E-mail: cep@univale.br

□

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Título: "O uso de drogas e serviços de saúde mental: satisfação da usuários frente a dois modelos de tratamento"

Pesquisador Responsável: Maria Fátima Coelho

Contato com o pesquisador responsável:

Telefone:

E-mail:

Informações ao participante:

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada "O uso de drogas e serviços de saúde mental: satisfação da usuários frente a dois modelos de tratamento", tem como objetivo geral de comparar a satisfação e adesão dos usuários, com transtornos mentais e comportamentais, devido ao uso e abuso da álcool ou outras drogas, nos modelos de tratamento da CI e CAPS AD, levando em consideração as perspectivas territoriais de cada serviço, em Governador Valadares - MG.

Para isso você irá responder para nós, algumas perguntas sobre o atendimento/tratamento recebido no CAPS AD. Você pode recusar-se a responder qualquer pergunta que lhe cause constrangimento. Apesar da importância de sua contribuição, você tem o direito de desistir de sua participação em qualquer momento desta estudo, sem qualquer prejuízo.

A sua participação na pesquisa será como voluntário, não recebendo nenhum prêmio, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer natureza. Entretanto, lhe serão garantidos todos os cuidados necessários a sua participação de acordo com seus direitos individuais e respeito ao seu bem-estar físico e psicológico. Acordamos que estes dados possam contribuir para um melhor planejamento e melhoria dos serviços prestados pelo CAPS AD em Governador Valadares.

Seu nome não será publicado em lugar nenhum para garantir o sigilo de que foi você quem deu as respostas. Os dados coletados serão apresentados em eventos de caráter científico e publicados na forma de artigo em revistas especializadas. Qualquer dúvida quanto ao compromisso ético dessa pesquisa, você poderá procurar o CEP-UNIVALH.

Confirme ter sido informado e esclarecido sobre o conteúdo deste termo. A minha assinatura abaixo indica que concordo em participar desta pesquisa e por isso dou meu livre consentimento.

Governador Valadares, ____ de ____ de _____.

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura do pesquisador responsável: _____

ROTEIRO DE COLETA DAS INFORMAÇÕES DOS PRONTUÁRIOS

DATA DA COLETA: ____/____/____

RESPONSÁVEL PELA COLETA: _____

PRONTUÁRIO: _____

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

Nome: _____ Data de

Nascimento: ____/____/____

CPF: _____ CNS: _____ Escolaridade
(anos): _____

Idade: ____ Sexo: ()F M () Naturalidade: _____

Profissão: _____

Estado civil: _____ Ocupação: _____

Renda: _____

PROCEDÊNCIA

() ESPONTÂNEO () FAMÍLIA _____ () MÍDIA () MÉDICO/ OUTRO
PROFISSIONAL () OUTRO PACIENTE

() ORDEM JUDICIAL _____ () EMPREGO

() INSTITUIÇÃO/SECRETARIAS/ESCOLA _____

Obs: _____

—

JÁ FEZ TRATAMENTO NESTE CENTRO? () NÃO () SIM Quanto tempo?

Data de Início: _____

HISTÓRIA DA QUEIXA

TEVE OUTROS PROBLEMAS DE SAÚDE? () NÃO () SIM

Especificar _____

FEZ TRATAMENTO MÉDICO OU FOI INTERNADO (história de internação psiquiátrica)?

() NÃO () SIM

Especificar _____

—

ESTÁ FAZENDO (ou já fez) ALGUM TIPO DE TRATAMENTO PSICOLÓGICO?

() Não () Sim

Motivo _____

__ Comorbidades psiquiátricas (Cid 10):

Uso de medicação contínua: () NÃO () SIM

Especificar: _____

ESCALA DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL (SATIS-BR)

Obrigada por aceitar ser entrevistado neste estudo , que faz parte de minha pesquisa de mestrado intitulada “**O uso de drogas e serviços de saúde mental: percepção e satisfação de usuários frente a dois serviços distintos**”, tem como objetivo geral de comparar a satisfação e adaptação dos usuários, com transtornos mentais e comportamentais, devido ao uso e abuso de álcool e outras drogas, nos modelos de tratamento da CT e CAPS AD, levando em consideração as perspectivas territoriais de cada serviço, em Governador Valadares – MG. Todas as informações fornecidas por você serão mantidas estritamente confidenciais (e seu anonimato é garantido, se assim você desejar). Nós lhe agradecemos pelo tempo que você está gastando para responder a todas estas questões e, é claro, todos os seus comentários são bem-vindos.

NOME DO SERVIÇO: _____

TIPO DE SERVIÇO: _____

UNIDADE DE TRATAMENTO (se aplicável): _____

DATA |__|_|_|_|_|_|_|_| CÓDIGO |__|_|_|_|_|_|_|_|

Primeiro, nós vamos lhe fazer algumas perguntas sobre o seu grau de satisfação geral com o (nome do serviço). Eu vou ler para você todas as perguntas e todos os tipos de resposta. Não há respostas certas ou erradas. Queira responder de acordo com sua opinião pessoal.

1. Quem encaminhou você a este serviço/ estabelecimento/ instituição, etc...?

Minha própria decisão	1
Uma pessoa da família	2
Um amigo	3
Um médico/ terapeuta	4
Um serviço de referência	5
A polícia	6
Uma ordem judicial	7
Outro (especificar) _____	8
Não sei	9

Nota ao Entrevistador: se foi uma ordem judicial, indicar quem a pediu

2. Que tipo de transporte você usou para chegar a este serviço?

Transporte próprio	1
Transporte da família	2
Transporte de amigos	3
Transporte público	4
Caminhada	5
Outro (especificar) _____	6

3. Quanto tempo você gasta para vir de sua casa até o CAPS AD?

0-15 min	1
16-30 min	2
31-45 min	3
46-60 min	4
mais que 60 min	5

4. Até que ponto é fácil para você chegar ao CAPS AD?

Muito difícil	1
Difícil	2
Mais ou menos	3
Fácil	4
Muito fácil	5

5. Qual a sua opinião sobre a maneira como você foi tratado, em termos de respeito e dignidade?

Nunca me senti respeitado	1
Geralmente não me senti respeitado	2
Mais ou menos	3
Geralmente me senti respeitado	4
Sempre me senti respeitado	5

6 Quando você falou com a pessoa que admitiu você no CAPS AD, você sentiu que ele/a ouviu você?

Não me ouviu de forma alguma	1
Não me ouviu bastante	2
Mais ou menos	3
Me ouviu bastante	4
Me ouviu muito	5

7. O que você pensava ser o seu problema quando você foi admitido no CAPS AD? Marcar apenas uma resposta

Um problema físico de saúde	1
Um problema psicológico	2
Um problema familiar	3
Um problema social	4
Um problema financeiro	5
Um problema no trabalho	6
Não sei	7
Outro (especificar) _____	8

8. Até que ponto a pessoa que admitiu você no CAPS AD pareceu compreender o seu problema?

Não me compreendeu de forma alguma	1
Não me compreendeu muito	2
Mais ou menos	3
Me compreendeu bem	4
Me compreendeu muito bem	5

9. Em geral, como você acha que a equipe do CAPS AD compreendeu o tipo de ajuda de que você necessitava?

Não me compreendeu de forma alguma	1
Não me compreendeu muito	2
Mais ou menos	3
Me compreendeu bem	4
Me compreendeu muito	5

9a. Trata-se de sua primeira admissão a este serviço?

Sim	1
Não	2

9b. Há quanto tempo você frequenta este serviço?

6 meses ou menos	1
de 7 a 12 meses	2
de 1 a 2 anos	3
mais de 5 anos	4

10. Até que ponto os serviços que você recebeu no CAPS AD satisfazem suas necessidades?

Muito insatisfatórios	1
Insatisfatórios	2
Mais ou menos	3
Satisfatórios	4
Muito satisfatórios	5

11. Qual sua opinião sobre o tipo de ajuda dada a você pelo CAPS AD?

Parece que eles pioraram as coisas	1
Não obtive nenhuma ajuda	2
Não obtive muita ajuda	3
Senti que obtive alguma ajuda	4
Senti que obtive muita ajuda	5

12. Os serviços que você recebeu o ajudam a lidar mais eficazmente com seus problemas?

Não, eles parecem piorar as coisas	1
Não, eles não ajudam muito	2
Mais ou menos	3
Sim, eles me ajudam um pouco	4
Sim, eles me ajudam muito	5

13. Você já teve alguma dificuldade para obter informações da equipe do CAPS AD quando você pediu por elas?

Muito frequentemente	1
Frequentemente	2
Mais ou menos	3
Raramente	4
Nunca	5
Eu nunca pedi	9

13.1. Se você teve alguma dificuldade, de que tipo foi?

14. Até que ponto você está satisfeito com a discussão que foi feita com você sobre o seu tratamento no CAPS AD?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

15. Você obteve no CAPS AD o tipo de serviço (tratamento) que você achava que precisava?

De forma alguma	1
Não muito	2
Mais ou menos	3
Em geral, sim	4
Sim, com certeza	5

16. Você considerou que a equipe do CAPS AD estava lhe ajudando?

Nunca	1
Raramente	2
Mais ou menos	3
Frequentemente	4
Sempre	5

17. Em geral, como você classificaria a acolhida dos profissionais do CAPS AD?

Nada amigável	1
Pouco amigável	2
Mais ou menos	3
Amigável	4
Muito amigável	5

18. Porque você escolheu o CAPS AD? (Pode-se marcar mais de um item)

No passado eu já estive lá	1
O serviço foi fortemente recomendado por alguém	2
Eu conhecia alguém que estava em tratamento lá	3
Eu confiei na recomendação da pessoa/instituição que me referiu este serviço	4
A localização é muito conveniente	5
Estava dentro de minhas possibilidades financeiras	6
Eu não tive outra escolha	7
Outro (especificar) _____	9

19. Você está de acordo que sua família ou seus parentes sejam envolvidos no seu tratamento?

Totalmente desfavorável	1
-------------------------	---

Desfavorável	2
Indiferente	3
Favorável	4
Muito favorável	5

20. Em geral, como você classificaria a competência da equipe do CAPS AD?

Muito incompetente	1
Incompetente	2
Mais ou menos	3
Competente	4
Muito competente	5

21. Na sua opinião, que grau de competência tinha a pessoa com quem você trabalhou mais de perto?

Muito incompetente	1
Incompetente	2
Mais ou menos	3
Competente	4
Muito competente	5

22. O que você acha de participar do processo de avaliação das atividades deste serviço?

Em total desacordo	1
Em desacordo	2
Indiferente	3
De acordo	4
Totalmente de acordo	5

23. Como você classificaria a qualidade do serviço que você recebeu no CAPS AD?

Péssima	1
Ruim	2
Regular	3
Boa	4
Excelente	5

24. Qual é o seu grau de satisfação com relação à quantidade de ajuda que você recebeu no CAPS AD?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

25. Você ficou satisfeito com o conforto e a aparência do CAPS AD?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3

Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

26. Como você classificaria as condições gerais das instalações (p. ex, instalações de banheiro/cozinha, refeições, prédio, etc.)?

Péssimas	1
Ruins	2
Regulares	3
Boas	4
Excelentes	5

27. Se você precisar de ajuda novamente, você voltaria ao CAPS AD?

Não, certamente que não	1
Não, acho que não	2
Indiferente	3
Sim, acho que sim	4
Sim, com certeza	4

28. Se um amigo(a) ou parente seu estivesse precisando deste mesmo tipo de ajuda, você recomendaria a ele ou ela o CAPS AD?

Não, certamente que não	1
Não, acho que não	2
Indiferente	3
Sim, acho que sim	4
Sim, com certeza	5

28.1 Por quê?

29. De forma geral e global, qual é o seu grau de satisfação com relação aos serviços que você recebeu?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

30. De que você mais gostou no CAPS AD?

31. De que você menos gostou no CAPS AD?

32. Na sua opinião, o serviço no CAPS AD poderia ser melhorado?

Sim	1
Não	2
Não sei	3

32.1 Se sim, de que maneira?

Para terminar, vamos fazer algumas perguntas de informação geral

33. Que idade você tem? |_|_|

34. Sexo:

Masculino	1
Feminino	2

35. Qual é o seu atual estado civil?

Solteiro	1
Casado ou vive c/ companheiro	2
Separado	3
Divorciado	4
Viúvo	5
Outro (especificar) _____	9

36. Qual o mais alto grau de escolaridade que você concluiu?

Sem escolaridade	1
Escola elementar (1º grau)	2
Escola secundária (2º grau)	3
Curso técnico	4
Universidade	5
Pós-graduação	6
Outro (especificar) _____	9

37. Se você atualmente está trabalhando, explique que tipo de trabalho você faz?

Jornada integral remunerada	1
Jornada parcial remunerada	2
Jornada integral não-remunerada	3
Jornada parcial não-remunerada	4
Não trabalha	5
Outro (especificar) _____	9

38. Explique que tipo de moradia você tem atualmente (casa, apartamento, alugada, própria,):

Casa/apartamento próprio	1
Casa/apartamento alugado por você mesmo	2
Casa dos pais ou outros familiares	3
Casa de amigos	4
Abrigo de emergência	5
Hospital ou instituição	6
Pensão (alimentação e moradia)	7
Rua	8
Outro Especificar) _____	9

39. Com quem você vive atualmente?

Sozinho	1
Cônjuge	2
Com filho/a	3
Outros membros da família	4
Amigo(s), fora do ambiente institucional	5
Amigo(s), dentro do ambiente institucional	6
Mãe, Pai	7
Outro (especificar) _____	9

Bandeira, Pitta e Mercier (2000)