



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**DÉBORA GONÇALVES QUEIROZ**

**FATORES QUE INTERFEREM NA ADESÃO AO  
TRATAMENTO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NA  
PERSPECTIVA DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DOS  
CAPS AD III DO ESTADO DO TOCANTINS**

PALMAS - TO  
2023

DÉBORA GONÇALVES QUEIROZ

**FATORES QUE INTERFEREM NA ADESÃO AO  
TRATAMENTO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NA  
PERSPECTIVA DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DOS  
CAPS AD III DO ESTADO DO TOCANTINS**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Tocantins para a obtenção do título de Mestre.

Linha A: Atenção à saúde nos diversos níveis: primário, secundário e terciário.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marta Azevedo dos Santos.

PALMAS - TO  
2023

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins**

---

Q3f Queiroz, Débora Gonçalves.

Fatores que interferem na adesão ao tratamento de álcool e outras drogas na perspectiva da equipe multiprofissional dos CAPS AD III do Estado do Tocantins. / Débora Gonçalves Queiroz. – Palmas, TO, 2023.

114 f.

Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Federal do Tocantins – Campus Universitário de Palmas – Curso de Pós-Graduação (Mestrado) Profissional em Ciências da Saúde, 2023.

Orientadora : Marta Azevedo dos Santos

1. CAPS AD III. 2. Equipe Multiprofissional. 3. Adesão ao tratamento. 4. Redução de Danos. I. Título

**CDD 610**

---

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizada desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

**Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).**

# **FOLHA DE APROVAÇÃO**

DÉBORA GONÇALVES QUEIROZ

## **FATORES QUE INTERFEREM NA ADESÃO AO TRATAMENTO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NA PERSPECTIVA DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DOS CAPS AD III DO ESTADO DO TOCANTINS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissional em Ciências da Saúde. Foi avaliada para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde e aprovada em sua forma final pelo orientador e pela Banca Examinadora.

Aprovada em:30/10/2023.

### **BANCA EXAMINADORA**

Profa. Dra. Marta Azevedo dos Santos

Orientadora

Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS – UFT

Profa. Dra. Leila Rute Gurgel do Amaral

Examinadora Interna

Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS – UFT

Profa. Dra. Daniela Ribeiro Schneider

Examinadora Externa

Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC

*Dedico este trabalho aos trabalhadores dos  
Centro de Atenção Psicossocial Álcool, Crack  
e outras Drogas, que mesmo diante dos  
desafios mantém-se no propósito de fortalecer  
o atendimento do usuário em liberdade,  
respeitando seus direitos como pessoas.*

## AGRADECIMENTOS

A minha orientadora Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marta Azevedo dos Santos, pela confiança e direcionamento depositada na minha proposta de estudo, que gentilmente aceitou conduzi-la, dedicando tempo e conhecimento, para torná-la real. Nesse sentido, estendo a minha gratidão às Professoras Dr.<sup>a</sup> Daniela Ribeiro Schneider e Dr.<sup>a</sup> Leila Rute Gurgel do Amaral, que aceitaram fazer parte da banca de qualificação e defesa cuja dedicação e atenção foram essenciais para o aprimoramento da discussão, o que tornou o trabalho mais coeso e enriquecedor. Por fim, sou grata a todo corpo docente do Mestrado Profissional em Ciências da Saúde, que sempre transmitiram um ensino de alta qualidade e com muito profissionalismo.

Aos profissionais participantes deste estudo, que gentilmente e carinhosamente compartilharam seus conhecimentos para a elaboração desta dissertação. Muito Obrigada!

Aos colegas de mestrado por compartilharmos alegrias, tristezas, medos e conhecimentos. Incluo também o Secretário de Curso Adailton Thomaz da Silva, que sempre foi prestativo e eficiente comigo. A minha amiga, Professora e Mestra Rúbia Caetana, que compartilhou suas experiências acadêmicas, me apoiou e me incentivou a ingressar e concluir este mestrado. Ao meu ex-orientador de Trabalho de Conclusão de Curso da graduação e colega de profissão Professor e Doutor Vinícius Lopes Marinho, que viu este projeto nascer.

Ao meu esposo e maior incentivador Diego Zimmermann, pela compreensão, paciência disponibilidade e carinho durante esta trajetória, sempre me acolhendo e estimulando a continuar. Aos meus pais Nilson da Silva e Josélia dos Santos, e também aos meus irmãos que incentivam a minha formação profissional. Gratidão!

## RESUMO

O uso abusivo de álcool e outras drogas configura-se como um fenômeno complexo e requer políticas públicas específicas. Nesse sentido, o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas, representa um importante dispositivo destinado a proporcionar atenção integral e contínua às pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas. Diante disso, este estudo teve como objetivo conhecer os fatores que interferem na adesão ao tratamento de Álcool e outras Drogas, na perspectiva da equipe multiprofissional. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa com delineamento descritivo, exploratório. A coleta de dados foi realizada entre os meses de abril a junho de 2022, por meio de entrevista individual, em ambiente virtual (on-line), subsidiada por um roteiro semiestruturado, de forma sincrônica. Foram entrevistadas dez profissionais integrantes da equipe multiprofissional dos serviços de Álcool e outras Drogas do Estado do Tocantins. Para análise dos dados, foi utilizada a análise de conteúdo da Bardin, a partir dos discursos, codificados e analisados. Como resultados, foi identificado que há profissionais que entendem que o estigma que a pessoa possui sobre si e a influência negativa da rede social são dificuldades encontradas para adesão no tratamento. Mencionaram, que diante das dificuldades da não adesão utilizam como estratégia a busca ativa por meio das visitas domiciliares, bem como as orientações e reflexões sobre a importância de continuar no tratamento. Consideraram como característica fundamental para o favorecimento da adesão a equipe ser acolhedora, possuir boa escuta e sensibilidade à causa. Ressaltaram a importância da participação familiar. Os participantes destacaram que o dispositivo tem como características de funcionamento, constituir-se em serviço de portas abertas e sem barreiras. Entretanto, alguns discursos possuem uma certa rigidez, acreditam que as pessoas que estão no CAPS AD III são pessoas difíceis, marginalizados (as) e doentes, com ênfase nas relações verticalizadas e hierarquizadas, podendo provocar um distanciamento na relação sujeito-profissional-serviço. A Rede de Atenção Psicossocial tem como objetivo ampliar o acesso das pessoas aos serviços e reduzir a desinstitucionalização. Porém, no relato dos sujeitos participantes deste estudo, estes consideram-na como fragmentada e desarticulada, podendo não ser capaz de produzir atenção contínua às pessoas. Concluiu-se então, que a identificação dos fatores intervenientes pode favorecer o planejamento de intervenções terapêuticas que vá ao encontro das necessidades de cada sujeito, tendo como objetivo diminuir os estigmas e as injustiças sociais, com vistas a promover saúde e fortalecer a Estratégia de Redução de Danos.

**Palavras-chaves:** CAPS AD III. Equipe Multiprofissional. Adesão ao tratamento. Redução de Danos. Acolhimento.

## ABSTRACT

The abusive use of alcohol and other drugs is a complex phenomenon and requires specific public policies. In this sense, the Center for Psychosocial Care Alcohol and Other Drugs, represents an important device aimed at providing comprehensive and continuous care to people with needs related to the consumption of alcohol, crack and other drugs. Therefore, this study aimed to know the factors that interfere in adherence to the treatment of Alcohol and other Drugs, from the perspective of the multidisciplinary team. This is a qualitative study with a descriptive, exploratory design. Bardin's Content Analysis was used. Data collection was carried out between the months of April and June 2022, through individual interviews, in a virtual environment (online), subsidized by a semi-structured script, in a synchronic way. Ten professionals who were members of the multidisciplinary team of the Alcohol and Other Drugs services of the State of Tocantins were interviewed. In this sense, from the discourses, coded and analyzed, it was identified that there are professionals who understand that the stigma that the person has on themselves and the negative influence of the social network are difficulties found for treatment adherence. They mentioned that, in view of the difficulties of non-adherence, they use as a strategy the active search through home visits, as well as guidance and reflections on the importance of continuing in treatment. They considered as a fundamental characteristic for favoring adherence the team to be welcoming, to have good listening and sensitivity to the cause. They emphasized the importance of family participation. The participants highlighted that the device has as operating characteristics, to constitute a service of open doors and without barriers. However, some discourses have a certain rigidity, believing that the people who are in the CAPS AD III are difficult people, marginalized and sick, with emphasis on vertical and hierarchical relations, which can cause a distancing in the subject-professional-service relationship. The Psychosocial Care Network aims to expand people's access to services and reduce deinstitutionalization; Thus, the participants consider it as fragmented and disjointed, and may not be able to produce continuous attention to people. It was concluded that the identification of intervening factors can favor the planning of therapeutic interventions that meet the needs of each individual, aiming to reduce stigmas and social injustices, with a view to promoting health and strengthening the Harm Reduction Strategy.

**Keywords:** CAPS AD III. Multiprofessional Team. Treatment adherence. Reduction Strategy. host reception.



## LISTA DE FIGURAS

Figura 01 - Distribuição das Regiões de Saúde do Tocantins com o total de municípios e população .....19

Figura 02 Pilares das Intervenções sobre os Determinantes Sociais.....40

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 01 Perfil dos participantes da pesquisa. Estado do Tocantins, Brasil, 2022.....	44
Quadro 02 Categorias Finais, referentes aos discursos dos entrevistados. Estado do Tocantins, Brasil, 2022.....	45

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD III	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas 24 horas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COVID-19	Coronavírus Disease 2019
MS	Ministério da Saúde
MEET	Serviço de comunicação por videoconferência que permite criar reuniões por vídeo com até 250 pessoas.
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de Danos
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
ZOOM	Ferramenta de videoconferência voltada para ambientes corporativos que suporta reuniões com até 500 participantes e 10 mil espectadores no modo webinar.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
1.1 Objetivos .....	17
1.1.1 Objetivo Geral .....	17
1.1.2 Objetivos Específicos .....	17
<b>1.2 Metodologia .....</b>	<b>18</b>
1.2.1 Tipo de estudo.....	18
1.2.2 Contexto da Pesquisa .....	19
1.2.3 Participantes do Estudo.....	21
1.2.4 Busca de Dados Online.....	23
1.2.5 Critérios de Inclusão.....	25
1.2.6 Critérios de Exclusão.....	25
1.2.7 Transcrição das Entrevistas .....	25
1.2.8 Depuração e análise dos dados .....	26
1.2.9 Aspectos Éticos.....	29
<b>2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....</b>	<b>30</b>
<b>2.1 A Rede de Atenção Psicossocial e seus dispositivos para o tratamento de pessoas usuárias de álcool e outras drogas .....</b>	<b>30</b>
<b>2.2 O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas e a Estratégia de Redução de Danos .....</b>	<b>33</b>
<b>2.3 Fatores que interferem na adesão ao tratamento de álcool e outras drogas na especificidade do CAPS AD III .....</b>	<b>37</b>
<b>2.4 Atuação da Equipe Multiprofissional no dispositivo de Álcool e outras Drogas 42</b>	
<b>3. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>46</b>
<b>3.1 Identificação dos Participantes.....</b>	<b>46</b>
<b>3.2 Tratamento dos Dados da Pesquisa.....</b>	<b>47</b>
<b>3.3 Análise dos Dados Pelas Categorias Encontradas.....</b>	<b>48</b>
3.3.1 Categoria I. Compreensão sobre os fatores que interferem na adesão ao tratamento: identifica os fatores que interferem na adesão ao tratamento do álcool e outras drogas. ....	48
3.3.2 Categoria II. Apresentação das estratégias realizadas diante das dificuldades em aderir ao tratamento: apresenta as estratégias que os profissionais utilizam diante das dificuldades em aderir ao tratamento. ....	52
3.3.3 Categoria III. Intervenções que favorecem a adesão e o desenvolvimento da autonomia: descrevem as intervenções dos profissionais que favorecem a adesão ao tratamento e o desenvolvimento da autonomia.....	54
3.3.4 Categoria IV. Compreensão sobre a influência da família no tratamento de álcool e outras drogas: contempla a participação da família na adesão ao tratamento.....	58
3.3.5 Categoria V. Descrição sobre os processos de atendimento referente às pessoas que procuram o Centro de Atenção Psicossocial Álcool, Crack e outras Drogas: apresenta o fluxo e o processo de trabalho do profissional que realiza o acolhimento das pessoas que buscam o serviço. ....	61
3.3.6 Categoria VI. Forma de pensar sobre as pessoas que estão no tratamento do Álcool, e outras Drogas: aborda a expressão do pensamento dos profissionais sobre	

as pessoas que buscam o tratamento no CAPS AD III. ....	66
3.3.7 Categoria VII. Compreensão sobre a Rede de Atenção Psicossocial de álcool, e outras drogas. Apresenta o modo de pensar e a relação que os profissionais estabelecem com a Rede.....	72
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>76</b>
<b>4.1 Contribuições da Dissertação .....</b>	<b>77</b>
<b>4.2        Trabalhos futuros .....</b>	<b>78</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>79</b>
<b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>90</b>
<b>APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADO DO USUÁRIO.....</b>	<b>93</b>
<b>APÊNDICE C – UNIDADES DE REGISTRO E UNIDADES DE CONTEXTO DAS ENTREVISTAS .....</b>	<b>94</b>
<b>APÊNDICE D – UNIDADES DE CONTEXTO E CATEGORIAS FINAIS DAS ENTREVISTAS .....</b>	<b>99</b>
<b>ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFT (CEP/UFT).....</b>	<b>100</b>
<b>ANEXO B- PARECER DO COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DE PROJETOS DE PESQUISA (CAPP) .....</b>	<b>105</b>
<b>ANEXO C – PARECER DA FESP .....</b>	<b>108</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Segundo a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos usuários de álcool Crack e outras drogas, o uso de substâncias psicoativas predomina a heterogeneidade, já que afeta as pessoas de diferentes maneiras, por diferentes razões, em diferentes contextos e circunstâncias. Estas podem ser algumas das justificativas porque muitos consumidores de drogas não compartilham da expectativa e do desejo de abstinência dos profissionais de saúde, e abandonam os serviços. Outros sequer procuram tais serviços, pois não se sentem acolhidos em suas diferenças. Diante disso, o nível de adesão ao tratamento ou as práticas preventivas e de promoção é baixo, não contribuindo para a inserção social e familiar do usuário (BRASIL, 2004).

Em decorrência às insatisfações que os profissionais percebiam no tratamento das pessoas em sofrimento psíquico, em especial ao modelo biomédico, de verticalização do conhecimento, das condições sanitárias da população e do sistema de prestação de serviços à saúde, desde a década de 70, iniciou-se o movimento social e político da reforma psiquiátrica. (FERREIRA *et al.*, 2015).

Concomitante ao movimento da reforma psiquiátrica, no final da década de 70, ocorre o movimento da reforma sanitária, culminando na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, que tem como escopo assegurar o direito do cidadão à saúde, de forma universal, assistida pelo Estado. O ápice deste movimento tem seu apogeu na regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS). Regulamentado por meio da Lei Orgânica da Saúde 8080/90 e a lei 8142/90, o SUS apresenta como princípios básicos: a integralidade do cuidado, a universalidade no qual todos podem ter acesso ao sistema, a equidade, a resolutividade, a participação social e controle, tendo como característica fundamental uma maior integração na oferta dos serviços (BRASIL, 1990).

A intersecção entre o SUS e a reforma sanitária ocorre 10 anos depois, quando em 2001 é criado o projeto de Lei nº 10.216/2001, nomeado como Lei Paulo Delgado. O regulamento deste projeto de lei, ficou tramitando no Congresso Nacional e somente após doze anos foi aprovado. O mesmo dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, incluindo aquelas relacionadas ao uso de substâncias psicoativas. Com isso, os princípios da Reforma Psiquiátrica tornam-se então Política de Estado (BRASIL, 2001).

Dessa forma, a referida Lei menciona os principais direitos da pessoa que possui o transtorno mental: I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas

necessidades; II - ser tratada (o) com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; III - ser protegida (o) contra qualquer forma de abuso e exploração; IV- ter garantia de sigilo nas informações prestadas; V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; VIII - ser tratada (o) em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; IX - ser tratada (o) preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2001).

Nesta direção, ocorreu mudanças no modelo de atendimento à saúde mental. Agora, ela deixa de estar centrado nos hospitais terciários especializados, para o atendimento de um serviço aberto, de base comunitária, e substitutos, com características extra-hospitalares. Logo, o foco da assistência em saúde mental é direcionado para o acolhimento (BRASIL, 2001).

Com isso, em decorrência da Reforma Psiquiátrica Brasileira, o Centro de Atenção Psicossocial surgiu com uma possibilidade de substituição progressiva dos manicômios, sendo legalmente criado por meio da portaria GM 224/92 e atualmente está regulamentada com a portaria 336/2002 (BRASIL, 2002).

Partindo desse pressuposto, a criação desse dispositivo foi um grande marco para a saúde mental, pois ele é um serviço aberto e de base comunitária do Sistema Único de Saúde. Segundo Ferreira *et al.* (2015), esses serviços se dão em um ambiente referencial de tratamentos para pacientes que sofrem com transtornos mentais cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência em um dispositivo de cuidado intensivo, personalizado, promotor de vida, sendo substituto ao modelo asilar.

Considerando a necessidade de ampliar e diversificar os serviços do SUS para a atenção às pessoas com necessidades decorrentes do consumo de álcool, crack e outras drogas e suas famílias, criou-se por meio da portaria N° 3.088/11, a Rede de Atenção Psicossocial cuja finalidade é 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 Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011).

Neste sentido, verificou-se a necessidade de intensificar, ampliar e diversificar as ações orientadas para prevenção, promoção da saúde e redução dos riscos e danos associados ao consumo de crack, álcool e outras drogas, resolve redefinir o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24h (CAPS AD III).

Instituído pela portaria N.º 130/2012, o CAPS AD III é o Ponto de Atenção do

Componente da Atenção Especializada da Rede de Atenção Psicossocial, destinado a proporcionar a atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, com funcionamento nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados (BRASIL, 2012).

Os CAPS AD têm como eixo norteador a redução dos riscos e danos associados ao consumo de crack, álcool e outras drogas, por meio da Estratégia de Redução de Danos. Esta proposta constitui um conjunto de ações que visam reduzir as consequências adversas causadas pelo uso de drogas lícitas e ilícitas e pelas práticas de riscos relacionadas a esse consumo. Essa forma de controle dos danos à saúde, visa diminuir as vulnerabilidades de riscos social, individual e comunitário decorrentes do uso, abuso de substância psicoativa (BRASIL, 2012).

A lógica do cuidado é entendida como uma política e uma prática de saúde pública marcada por diversos procedimentos que visam minimizar as consequências negativas resultantes do uso abusivo de álcool e outras drogas. Além disso, as ações, no escopo da Redução de Danos, têm como objetivo reduzir os possíveis prejuízos à saúde associados ao uso abusivo de drogas, visa também diminuir os estigmas, a marginalização e as injustiças sociais, buscando a promoção da saúde e o fortalecimento da cidadania e dos direitos humanos (LANCETTI; AMARANTE, 2006).

Segundo o Ministério da Saúde, para garantir atenção integral destas pessoas, os serviços de saúde devem estar articulados, de forma funcional e complementar, com os diversos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial. Sendo os principais: Atenção Básica, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD 24 horas), os Ambulatórios de Saúde Mental, os Hospitais Gerais (com leitos de atenção integral), os Consultórios de Rua (CR), entre outros (BRASIL, 2012).

Nesse contexto, o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS-AD III) é constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também para as pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não intensivo. As atividades são realizadas prioritariamente em espaços coletivos de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes (BRASIL, 2011).

Assim, oferta-se diversos serviços no referido equipamento, dentre eles estão os atendimentos: individuais, familiares, em grupo, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atividades de reabilitação psicossocial, tais como resgate e construção da autonomia, alfabetização ou reinserção escolar, acesso à vida cultural, manejo de moeda corrente,



autocuidado, manejo de medicação, inclusão pelo trabalho, ampliação de redes sociais, acolhimento diurno e noturno, estimulando o protagonismo dos usuários e familiares, promovendo atividades participativas e de controle social, assembleias semanais, atividades de promoção, divulgação e debate das Políticas Públicas e da defesa de direitos no território, dentre outras (BRASIL, 2015).

Para Figlie *et al.* (2010), a equipe multiprofissional de saúde deve considerar o indivíduo em sua totalidade, visando à reabilitação social e à reinserção social desse indivíduo. Dessa forma, o desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do Projeto Terapêutico Singular. O PTS envolve em sua construção a equipe, o usuário e sua família, e a ordenação do cuidado estará sob a responsabilidade do serviço de referência ou da Atenção Básica, garantindo permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal do caso (BRASIL, 2011).

Sabe-se que o uso e abuso de substância psicoativa revela uma complexidade e esse fenômeno pode ser tratado por diversos campos dos saberes. Dessa forma, a abordagem do consumo de drogas não pode ser unívoca. O tema deve ser tratado em uma perspectiva plural, com múltiplos olhares, práticas diversas e investigações que apontam para o permanente debate em torno da questão (FILHO *et al.*, 2012).

A reforma psiquiátrica convida os profissionais da saúde mental a repensarem seu modo de cuidar, sendo necessário descobrir e construir práticas que promovam a participação, autonomia e reflexão dos usuários (VELÔSO; EULÁLIO, 2016). Uma vez que, os problemas relacionados ao abuso de álcool e outras drogas e o processo do cuidado representam um fenômeno complexo e requer uma análise e compreensão sistêmica dos fatores envolvidos, seja no processo do uso ou no âmbito do cuidado (BORGES; SCHNEIDER, 2020).

Diante disso, evidencia-se que existem múltiplos fatores que interferem na adesão ao tratamento de álcool e outras drogas e com isso é relevante detectar esses aspectos para viabilizar e implementar de maneira articulada as modificações necessárias a fim de melhorar a efetividade do tratamento. Além do mais, os princípios e diretrizes da Política Nacional do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, aponta a necessidade de buscar novas estratégias para que a política de saúde seja coerente, eficaz e efetiva (SILVA, 2020).

Levando-se em conta estes estudos, e a vivência como Psicóloga atuante na área da saúde mental, lanço a seguinte questão para a construção da presente pesquisa: Quais fatores interferem na adesão ao tratamento do álcool, e outras drogas, na compreensão da equipe

multiprofissional, do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas 24h no Estado do Tocantins?

Diante disso, pesquisou-se essa temática buscando compreender os fatores que interferem na adesão ao tratamento de álcool e outras drogas na perspectiva da equipe multiprofissional dos CAPS AD III do Estado do Tocantins, pois acredita-se que estes profissionais, pela experiência acumulada na abordagem com estes usuários do SUS, conhecem as demandas e necessidades deste atendimento. Espera-se que os resultados possam favorecer a reflexão e a ampliação do conhecimento acerca dos fatores que interferem diretamente na adesão ao tratamento, ampliando a prestação de serviços para estes usuários do Sistema Único de Saúde.

## **1.1 Objetivos**

### 1.1.1 Objetivo Geral

Conhecer os fatores que interferem na adesão ao tratamento de álcool, e outras drogas na perspectiva da equipe multiprofissional dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas 24h (CAPS AD III) no Estado do Tocantins.

### 1.1.2 Objetivos Específicos

1. Descrever as ações que são realizadas quando os usuários do serviço encontram dificuldades em aderir no tratamento proposto pelo Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas;
2. Identificar atividades que favorecem a adesão ao tratamento de álcool, e outras drogas;
3. Conhecer o processo de atendimento realizado com os usuários do serviço no CAPS AD III;
4. Compreender as práticas profissionais em saúde mental que favorecem o desenvolvimento da autonomia.

## 1.2 Metodologia

### 1.2.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa. O estudo qualitativo oferece ao pesquisador a possibilidade de captar a maneira pela qual os sujeitos pensam e reagem frente às questões focalizadas (PRAÇA; MERIGUI, 2003).

A investigação qualitativa afirma-se no campo da descrição e compreensão, completa e profunda, dos significados e processos subjetivos atribuídos às experiências e práticas diárias numa lógica da descoberta, tendo como foco as perspectivas dos atores/sujeitos, atendendo aos seus contextos de vida, isto é, estudando e interpretando os fenômenos no seu meio natural (CRESWELL, 2013).

Segundo Minayo (2010), a abordagem qualitativa é entendida como uma tentativa de obter profunda compreensão das concepções e definições de uma determinada situação, tal como as pessoas nos apresentam e possibilita uma aproximação do universo de significações, motivos, aspirações, atitudes e crenças dos profissionais aqui estudados. Essa abordagem parte do pressuposto de que o mundo está permeado de significados e símbolos em que a intersubjetividade é um ponto de partida para captar reflexivamente os significados sociais.

Conforme Minayo (2012), o método qualitativo de pesquisa traz o verbo “compreender” como sendo o principal da análise, ele é entendido como aquele que se ocupa do nível subjetivo e relacional da realidade social e é tratado por meio da história, do universo, dos significados, dos motivos, das crenças, dos valores e das atitudes dos atores sociais (TAQUETTE; MINAYO, 2016).

Assim, Zottis e Labronici (2003), dizem que compreender é alcançar algo com a inteligência, é a faculdade de perceber e aprender, ou seja, é ter experiência ou o conhecimento de algo ao alcançar sua significação. Já Denzin e Lincoln (2006), acreditam que este verbo envolve uma abordagem interpretativa do mundo, o que significa que seus pesquisadores estudam as coisas em seus cenários naturais, tentando entender os fenômenos em termos dos significados que as pessoas a eles conferem.

Optou-se por utilizar-se os significados sociais que os sujeitos atribuem a sua atuação, procurando uma possibilidade de aprofundar a compreensão do fenômeno em investigação, com ênfase nos processos vivenciados e nos significados atribuídos pelos sujeitos (MORAIS; GALIAZZI, 2011).

Dessa forma, este estudo teve como participantes da pesquisa, profissionais que atuam

nos Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas, serviços de saúde mental distribuídos nas oito (8) regiões de saúde, do Estado do Tocantins. A análise dos dados foi realizada por meio da depuração das falas.

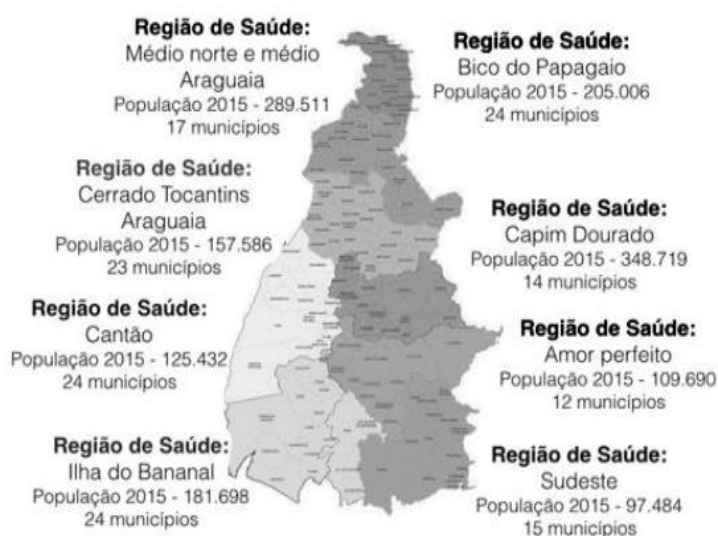
### 1.2.2 Contexto da Pesquisa

A pesquisa foi realizada nos quatro Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS AD III), do Estado do Tocantins. Os CAPS AD III são Instituições Públicas de Referência da Atenção Secundária de Saúde, com ênfase no tratamento de álcool e outras drogas. Os Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas estão localizados em quatro (4) regiões de saúde do Estado do Tocantins: 1- Médio Norte Araguaia, 2- Cerrado Tocantins-Araguaia 3- Capim Dourado, e por fim, 4- Ilha do Bananal.

O Estado do Tocantins ocupa uma área de 277 720,520 km<sup>2</sup> e possui mais de 1,400 milhões de habitantes. É constituído por oito regiões de saúde, divididas em 02 Macrorregiões: Médio Norte Araguaia, Bico do Papagaio, Cerrado Tocantins Araguaia e, a macrorregião sul abarca as regiões do Capim Dourado, Ilha do Bananal, Cantão, Amor Perfeito e Sudeste.

Falaremos um pouco sobre as regiões de saúde na qual estão localizados os Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas 24h, tendo como referência o Plano Estadual de Saúde - PES 2020-2023 e Área Técnica de Saúde Mental.

Figura 01 - Distribuição das Regiões de Saúde do Tocantins com o total de municípios e população



Fonte: Plano Estadual de Saúde - PES 2020-2023 e Área Técnica de Saúde Mental.

A região Médio Norte Araguaia possui 17 municípios, dentre eles a referência na região é Araguaína. A região ocupa 11,61% do território e abriga 19,17% da população do Estado, tendo uma densidade populacional de 9,24 habitantes/km<sup>2</sup>. Cinco municípios têm população menor que 5.000 habitantes. A maior distância até a referência é até o município de Campos Lindos, com 226,8 km. Região Médio Norte são 03 (três), serviços de saúde mental. O CAPS II, CAPS AD III 24h, e CAPS INFANTIL.

Já a Região de Saúde Cerrado Tocantins-Araguaia é composta de 23 municípios, ocupando uma área de 11,90% do território tocantinense, com 10,32% da população e densidade demográfica de 4,85 habitantes/km<sup>2</sup>. A cidade de Guaraí, Arapoema e Pedro Afonso possuem hospitais regionais estaduais que atendem aos 160.425 habitantes da Região. A distância média até a referência é 108 km. A referida região possui 03 (três) serviços de saúde mental CAPS II; CAPS AD III 24h e CAPS I.

Assim, a Região de Saúde Capim Dourado é composta de 14 municípios, ocupando uma área de 10,65% do território tocantinense, com 23,64% da população e densidade demográfica de 12,43 habitantes/km<sup>2</sup>. A Capital Palmas é a referência desta Região de Saúde, onde encontra-se o Hospital Geral de Palmas, o Hospital Infantil de Palmas e o Hospital e Maternidade Dona Regina. O município mais distante da referência é Lizarda, que fica a 335 km, sendo a distância média de 144 km. Nesta região de saúde existem 04 (quatro), dispositivos de saúde mental, CAPS II e CAPS AD III 24h, e dois CAPS I.

Na Região de Saúde Ilha do Bananal possui 18 municípios, sendo Gurupi a principal referência. A Região da Ilha do Bananal tem uma população de 183.258 habitantes e ocupa uma área equivalente a 19,37% do território tocantinense, com 11,78% da população. A densidade populacional é de 3,41 habitantes/km<sup>2</sup>. Sendo que 11 (Onze) destes municípios contam com menos de 5.000 habitantes. Nessa região de saúde existem 03 (três) serviços especializados em saúde mental, CAPS II e CAPS AD III 24h e CAPS I.

A escolha de conhecer os fatores que interferem na adesão ao tratamento de álcool, e outras drogas na perspectiva deste serviço justifica-se pelo fato de ser composto por uma equipe multiprofissional, que atua especificamente com pessoas que usam o álcool e outras drogas e assistem usuários do SUS, tendo como referência a Política da Humanização. Outrossim, por ser referência por meio da assistência da atenção especializada, destinado a proporcionar atendimento integral às pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas, com funcionamento nas 24 (vinte e quatro) horas do dia em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados, sendo considerados equipamentos regionalizados no

âmbito da esfera municipal.

### 1.2.3 Participantes do Estudo

Os participantes deste estudo foram os profissionais de saúde de nível superior que atuam nos Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas do Estado do Tocantins.

Devido às restrições das interações sociais impostas pela pandemia do novo Coronavírus e a necessidade de distanciamento social determinada pela Organização Mundial de Saúde, fez-se necessário a realização das entrevistas de forma on-line entre os meses de abril a junho de 2022, sendo possível proporcionar a participação dos profissionais que atuam nos serviços de saúde mental em todas as regiões de saúde do Estado.

Primeiramente, foi feito contato com os coordenadores dos respectivos serviços, para explicar o objetivo da pesquisa, bem como solicitar a relação com nomes, e-mails e contato telefônico dos profissionais que trabalhavam nos CAPS AD III do estado, com o intuito de entrar em contato com os mesmos, para convidá-los a participar da pesquisa.

Cabe ressaltar, que os coordenadores dos CAPS AD III, foram considerados informantes chave da pesquisa. Para Orlandi e Noto (2005), o informante chave é uma pessoa que pertence ao grupo a ser estudado e/ou que conhece bem o assunto pesquisado, representando assim uma preciosa fonte de informações, podendo ser a via de acesso ao grupo que fora ser entrevistado.

Conforme dados repassados pelas coordenações dos serviços identificou-se que os profissionais de nível superior, que atuam no CAPS AD III do Estado do Tocantins são composta por 53 (cinquenta e três) pessoas.

Mediante a lista contendo os e-mails e alguns contatos telefônicos dos profissionais de saúde foram realizados os convites para participarem da pesquisa de forma voluntária. Inicialmente, foi enviado um e-mail, por meio do correio eletrônico, explicando a pesquisa e os procedimentos que seriam adotadas para a realização da mesma. Informou-se sobre o objetivo do estudo. Os procedimentos adotados na realização da mesma, inclusive com a informação de que seria gravada. A estimativa do tempo de duração, os riscos, os benefícios. O sigilo, e sobretudo a importância da participação para a melhoria do serviço de saúde, e no caso, de forma específica, que os resultados obtidos poderiam viabilizar a melhoria nas intervenções na Política de Álcool e outras Drogas.

O período determinado para a busca ativa das entrevistas, foi de abril a junho de 2022. Foram convidados 53 (cinquenta e três) profissionais de saúde. Após aplicado os critérios de inclusão e exclusão, chegou-se à composição de 10 (dez) profissionais de saúde pertencente a

equipe multiprofissional de nível superior.

Na análise dos dados, foi garantido o sigilo e a preservação da identidade dos participantes, nesse sentido, foi utilizada a letra E referente a palavra entrevistado, e números sequenciais de um a dez, que estão relacionados com cada sujeito participante.

Além disso, na pesquisa qualitativa, utiliza-se a expressão saturação teórica quando nenhum novo elemento é encontrado após uma sequência de entrevistas e o acréscimo de novas informações deixa de ser necessário, pois não altera a compreensão do fenômeno estudado. Trata-se de um critério que permite estabelecer a validade de um conjunto de dados. A forma de utilização mais comum do critério de saturação refere-se à aplicação de entrevistas semiestruturadas de forma sequencial, com respostas em aberto. O pesquisador identifica os tipos de resposta e anota as repetições. Quando nenhuma nova informação ou nenhum novo tema é registrado, identifica-se o ponto de saturação (FONTANELLA; MAGDALENO, 2012).

Dessa forma, neste estudo, identificou-se respostas repetidas a partir do segundo entrevistado. A medida em que eram realizadas as entrevistas também era realizado como procedimento metodológico a leitura flutuante bem como suas transcrições e assim iam sendo estudados e analisados os dados obtidos. Ao realizar a leitura flutuante e por meio da análise individual de cada entrevista, realizava-se o agrupamento temático encontrados.

Destaca-se que nenhum dos discursos é igual a outro, no entanto podem apresentar elementos comuns uns com os outros. Nesse sentido, o fechamento do número de sujeitos entrevistados resulta de um balanço que o pesquisador faz sobre valorizar, no conjunto das informações obtidas, as diferenças ou, em contraposição, o que se repete. Isso leva à reflexão sobre a relação indivíduo grupo e sobre qual desses aspectos a abordagem teórica do pesquisador privilegia (FONTANELLA; MAGDALENO, 2012).

Antes da realização das entrevistas propriamente ditas, foram realizadas, duas entrevistas piloto com o intuito de verificar se a linguagem utilizada no roteiro nas entrevistas semiestruturadas, estavam compreensíveis, bem como simular o momento da realização das entrevistas em ambiente de aplicação real, o ambiente virtual. As entrevistas ‘pilotos’ buscaram atender aos objetivos do estudo, bem como ajustar as perguntas para evitar interpretações ambíguas no qual poderia comprometer o rigor do método e a obtenção dos dados. Por fim, ao final deste estudo, os profissionais receberão via e-mail o artigo contendo os resultados da pesquisa.

#### 1.2.4 Busca de Dados Online

A busca de dados foi realizada entre os meses de abril a junho de 2022. A técnica selecionada foi a entrevista semiestruturada (APÊNDICE B). Esta possui um roteiro previamente elaborado, contendo perguntas básicas e principais para atingir o objetivo da pesquisa, oportunizando ao entrevistado (a) a possibilidade de falar mais livremente sobre o tema proposto. Assim, para os autores as entrevistas surgem como o instrumento mais frequentemente utilizado na recolha exaustiva e alargada dos significados atribuídos aos fenômenos (RITCHIE *et al.*, 2014).

Para Triviños (1987), a entrevista semiestruturada tem como característica questionamentos básicos que são apoiados em teorias e hipóteses que se relacionam ao tema da pesquisa. O foco principal é colocado pelo investigador-entrevistador. Complementa o autor, afirmando que a entrevista semiestruturada “[...] favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua explicação e a compreensão de sua totalidade [...]” além de manter a presença consciente e atuante do pesquisador no processo de coleta de informações.

Manzini (2004), acredita que a entrevista semiestruturada está focada em um assunto sobre o qual confeccionamos um roteiro com perguntas principais, complementadas por outras questões inerentes às circunstâncias momentâneas à entrevista. Para o autor, esse tipo de entrevista pode fazer emergir informações de forma mais livre e as respostas não estão condicionadas a uma padronização de alternativas.

Diante do cenário pandêmico a busca dos dados ocorreu individualmente em ambiente virtual, de forma on-line, sincrônica, simultânea, no qual exigiu-se a interação entre pesquisador e participante em tempo real. A entrevista on-line é uma versão do método tradicional, usando espaços de internet, no qual oportuniza uma forma de entrevista e de disseminação das informações nunca antes possível de ser realizada. Com isso, o pesquisador não está limitado pelas restrições do tempo, custo e distância, possuindo um acesso mundial instantâneo e com despesas mínimas (LOBE *et al.*, 2020).

Nesse sentido, com o advento das sociedades digitais em constante crescimento e, além disso, a pandemia específica de COVID-19, as pessoas se familiarizaram com várias plataformas e aplicativos para transmitir pelo menos algumas de suas interações diárias e comunicação on-line. As aptidões e competências digitais têm crescido em conformidade, facilitando a participação na recolha de dados de investigação on-line. Contraditoriamente, essa estratégia pode se tornar um dificultador da adesão para participar das pesquisas em virtude do período pandêmico em que essa ferramenta foi constantemente utilizada (LOBE *et al.*, 2020).



Ainda assim, a utilização da internet oferece diversas vantagens, entretanto ela torna-se desafiadora para o pesquisador, pois este tem a missão de tentar conseguir sensibilizar e motivar os participantes para que forneçam suas opiniões por meio virtual, passando dos métodos tradicionais de realização de pesquisas a um universo ainda não totalmente explorado de funcionalidades e possibilidades (FREITAS *et al.*, 2004).

Para o desenvolvimento desta pesquisa em formato on-line as ferramentas digitais utilizadas foram o Google Meet e o Zoom. O Google Meet (Hangouts Meet é um serviço de comunicação por videoconferência que permite criar reuniões por vídeo com até 250 pessoas. O Zoom (Zoom Meetings é uma ferramenta de videoconferência voltada para ambientes corporativos que suporta reuniões com até 500 participantes e 10 mil espectadores no modo webinar) (GOOGLE, 2022). A escolha dessas plataformas levou-se em consideração o fácil acesso e manuseio, bem como a similaridade das mesmas em permitir a gravação de áudio e vídeo, possibilitando salvar o conteúdo da entrevista na nuvem e no computador respectivamente, para posteriormente realizar análise dos dados. As duas opções foram apresentadas para os participantes, para que pudessem escolherem qual delas lhes atenderia melhor.

Dessa forma, mediante o aceite em participar das entrevistas, foi solicitado aos participantes que disponibilizassem uma data e horário, bem como a escolha da plataforma, considerando a disponibilidade de cada participante do estudo, evitando alterar o comprometimento da rotina dos mesmos. Solicitou-se que no momento da entrevista, pudessem estar em um local propício, garantido o sigilo das informações e privacidade. As mesmas condições ambientais estavam garantidas pela entrevistadora.

Previamente realizou-se teste com os equipamentos que seriam utilizados na entrevista, em seguida foi enviado o link para o participante. Ressalta-se que o ambiente físico utilizado para as entrevistas on-line apresentava boa iluminação, tela com bom enquadramento, tamanho e posição linear, com fundo neutro, de cor branca, compondo de forma padronizada o cenário de todas as entrevistas.

Nesse contexto, a entrevistadora solicitava a obtenção do aceite do participante por meio da leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) bem como autorização para iniciar a gravação. A entrevistadora adotou uma postura respeitosa com a suspensão do juízo de valor, estabelecendo vínculo de confiança, não discordando das opiniões, tentando ser a mais neutra e imparcial possível, transmitindo segurança e confiabilidade ao entrevistado (a). A primeira parte da entrevista teve como objetivo caracterizar o perfil profissional dos participantes tais como: formação, profissão exercida, qualificação profissional

e tempo de atuação na instituição, já as outras questões abordaram os assuntos relacionados ao objetivo proposto deste estudo.

Assim, todas as entrevistas foram gravadas via Google Meet e Zoom. Visando garantir a segurança dos dados, foram realizadas cópias de segurança no e-mail e computador e ao finalizar a transcrição, a gravação foi arquivada e guardada.

Além disso, durante a coleta de dados as observações, pensamentos, sentimentos, agendamentos, as dificuldades e facilidades encontradas na coleta foram registradas em um diário de campo que, segundo Minayo (2007), é um instrumento no qual o pesquisador anota informações alcançadas através de conversas informais, observação de comportamento, expressões, hábitos e outros elementos que não são por meio de entrevistas formais. Já Batista (2019), acredita que esta ferramenta é um guia para reflexão sobre a prática, favorecendo a tomada de consciência sobre o processo de evolução e a tomada de decisões, permitindo o pesquisador refletir sobre o seu ponto de vista e sobre os processos mais significativos da dinâmica em que está imerso.

Dessa forma, acredita-se que o uso da tecnologia busca auxiliar a pesquisa na medida em que visa uma ampliação na forma de participação do estudo, flexibilidade e diálogo com os participantes.

#### 1.2.5 Critérios de Inclusão

Foram incluídos nesta pesquisa os profissionais de saúde pertencente a equipe multiprofissional de nível superior dos Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas: sendo eles: enfermeiro (a), psicólogo (a), assistente social, terapeuta ocupacional e farmacêutico (a), que trabalham no serviço em questão há mais de 06 (seis) meses, e que desenvolviam atendimento diretamente com o usuário do serviço.

#### 1.2.6 Critérios de Exclusão

Foram excluídos deste estudo os profissionais de saúde que estavam de licença, férias, ou não tinham acesso às ferramentas necessárias para conexão com a internet.

#### 1.2.7 Transcrição das Entrevistas

Transcrever consiste na transformação de um discurso oral num texto escrito com

significado, que possa ser analisado e que contenha as informações relevantes da entrevista. Para Azevedo *et al.* (2017), a transcrição consiste na reprodução das palavras faladas que provêm de uma entrevista gravada, em texto escrito, sendo um procedimento que implica reduzir, interpretar e representar as conversas orais para que o texto escrito seja compreensível e tenha significado. Além disso, segundo a mesma autora, as transcrições permitem observar repetida e detalhadamente o decurso e conteúdo da entrevista, reutilizar ou reanalisar os dados, noutros projetos ou em função de outros objetivos.

Conforme o autor as transcrições constituem-se como um processo que é teórico, seletivo, interpretativo e representativo. Assim, parece razoável reconhecer que transcrever está longe de ser uma tarefa objetiva, impessoal e mecanizada, consistindo antes na apreensão do que é dito e da forma como é dito de modo a compreender os significados. Dessa forma, o referido autor orienta que as transcrições das entrevistas poderão ser baseadas em seis etapas, a saber: preparar, conhecer, escrever, editar, rever e finalizar. Por fim, destaca-se que as respostas foram tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o nome dos participantes em qualquer fase deste estudo (AZEVEDO *et al.*, 2017).

#### 1.2.8 Depuração e análise dos dados

Após a organização preliminar do material, separou-se as entrevistas para análise. Para o tratamento e análise dos dados coletados foi utilizado o método de Análise de Conteúdo proposto por Bardin. Esta técnica de investigação tem por finalidade a descrição objetiva e sistemática do conteúdo manifesto da comunicação (BARDIN, 2016). Consiste em um conjunto de procedimentos e técnicas que visam extrair sentido dos textos por meio de unidades de análises que podem ser palavras-chaves, termos específicos, categorias e/ou temas, de modo a identificar a frequência com que aparecem no texto, possibilitando fazer inferências replicáveis e válidas dos dados (BARDIN, 2016).

Além disso, o processo de análise e interpretação dos dados envolve extrair significado dos discursos e isso requer que os dados sejam preparados para análise, possibilitando o aprofundamento no entendimento dos dados e a interpretação abrangente de seus significados (DINIZ *et al.*, 2006). Para Carlomagno e Rocha (2016), a análise de conteúdo destina-se a classificar e categorizar qualquer tipo de conteúdo, reduzindo suas características a elementos-chave, de modo com que sejam comparáveis a uma série de outros elementos.

Na análise do material, busca-se classificá-lo em temas e categorias que auxiliam na compreensão do que está por trás dos discursos, sendo realizada pela justaposição de diversas

unidades de contexto existentes, ressaltando os aspectos considerados semelhantes e os que foram concebidos como diferentes. Assim são organizadas em torno de três etapas: 1- a pré-análise, 2- a exploração do material e, por fim, 3- o tratamento dos resultados (BARDIN, 2016).

Na pré-análise, é o primeiro contato do investigador com as entrevistas ocorrendo quando este ainda realizava as transcrições. A partir dessa leitura flutuante, diversas impressões surgirão e mobilizaram a segunda aproximação com o conteúdo: desta vez, o pesquisador debruça sobre o material de forma exaustiva, viabilizando a transcrição das entrevistas e a elaboração das unidades de registro (BARDIN, 2016). Para Câmara (2013), por meio da leitura flutuante, ou seja, os documentos serão submetidos à análise, a escolha deles, a formulação das hipóteses e objetivos, iniciará a elaboração dos indicadores que orientarão a interpretação e a preparação formal do material. Já Moraes (1999), recomenda que nessa fase faz-se necessário tomar uma primeira decisão: quais conteúdos estão efetivamente de acordo com os objetivos da pesquisa. Os documentos assim incluídos, devem ser representativos e pertinentes aos objetivos da análise.

Segundo Bardin (2016), os documentos a serem analisados compõem o corpus da pesquisa. A sua constituição implica em escolhas e seleções. Para tanto, é preciso obedecer às regras de exaustividade, deve-se esgotar a totalidade da comunicação, não omitir nada; quanto a representatividade a amostra deve representar o universo; a homogeneidade no qual, os dados devem referir-se ao mesmo tema e serem obtidos por técnicas iguais e colhidos por indivíduos semelhantes; a pertinência são os documentos que precisam adaptar-se ao conteúdo e objetivo da pesquisa e exclusividade em que um elemento não deve ser classificado em mais de uma categoria.

A exploração do material é o passo seguinte a pré-análise é a preparação do material. Ainda que esta seja uma fase longa e trabalhosa, esse movimento permite que o investigador se aproprie cada vez mais dos conteúdos a serem analisados. A elaboração diz respeito à organização das entrevistas em função dos diversos eixos temáticos. A preparação do material consistiu na codificação do conteúdo, selecionando as unidades de análise, isto é, no desmembramento das entrevistas com a finalidade de reagrupar as respostas que tivessem valores semânticos similares, conforme os tópicos de análise e as questões (BARDIN, 2016).

Dessa forma, para iniciar o processo de codificação dos materiais foi preciso estabelecer um código que possibilite identificar cada elemento da amostra de documentos a serem analisados. Este código poderá ser constituído de números ou letras que a partir deste momento orientarão o pesquisador (a) para retornar a um documento específico quando assim o desejar (MORAES, 1999). A exploração do material, consiste na construção das operações de

codificação, considerando-se os recortes dos textos em unidades de registros, a definição de regras de contagem e a classificação e agregação das informações em categorias simbólicas ou temáticas (CARLOMAGNO; ROCHA, 2016).

A unidade de registro ou unidade de significado, é o elemento unitário de conteúdo a ser submetido posteriormente à classificação. Assim, toda categorização ou classificação, necessita definir o elemento ou indivíduo unitário a ser classificado. Na análise de conteúdo denominamos este elemento de unidade de análise (MORAES, 1999). Dessa forma, a codificação é a transformação, por meio de recorte, agregação e enumeração, com base em regras precisas sobre as informações textuais, representativas das características do conteúdo (CARLOMAGNO; ROCHA, 2016).

A natureza das unidades de análise precisa ser definida pelo pesquisador, e podem ser tanto as palavras, frases, temas ou mesmo os documentos em sua forma integral. Deste modo para a definição das unidades de análise constituintes de um conjunto de dados brutos pode-se manter os documentos ou mensagens em sua forma íntegra ou pode-se dividi-los em unidades menores. A decisão sobre o que será a unidade é dependente da natureza do problema, dos objetivos da pesquisa e do tipo de materiais a serem analisados (MORAES, 1999).

Conforme Moraes (1999), cada unidade de análise, para ser submetida à classificação deve estar isolada. Diante disso, recomenda-se que seja feito reescrevendo-se cada uma delas em um cartão de modo a ficarem individualizadas e separadas. Este processo de separar as unidades de análise exige seguidamente que estas sejam reescritas ou reelaboradas, de modo que possam ser compreendidas fora do contexto original em que se encontravam. Já a unidade de contexto. É uma unidade, de modo geral, mais ampla do que a de análise, que serve de referência a esta, fixando limites contextuais para interpretá-la. Cada unidade de contexto, geralmente, contém diversas unidades de registro.

A categorização é um procedimento de agrupar dados considerando a parte comum existente entre eles. Classifica-se por semelhança, analogia, segundo critérios previamente estabelecidos ou definidos no processo. Estes critérios podem ser semânticos, originando categorias temáticas. Assim, entende-se que o processo de categorização deve ser entendido em sua essência como um processo de redução de dados. As categorias representam o resultado de um esforço de síntese de uma comunicação, destacando neste processo seus aspectos mais importantes (MORAES, 1999).

Na terceira etapa tratamos com as categorias de análise dos dados dando significação às características do texto, o pesquisador escolherá realizar as interpretações dos dados a partir da teoria escolhida. Assim, a análise de conteúdo buscará compreender a fala, as pessoas e o

ambiente em um determinado momento, levando em consideração os significados (conteúdos). (BARDIN, 2016).

Diante disso, visando responder aos objetivos desta pesquisa, foi realizada a análise das entrevistas transcritas sendo divididas por perguntas e respostas, conforme o roteiro semiestruturado (APÊNDICE B). Para proceder com o sistema de categorização, foram utilizados os critérios sintáticos definindo-se as categorias temáticas encontradas nos discursos. Finalizou-se com o tratamento dos dados obtidos e suas interpretações, que foram condensados em quadros contendo as unidades de registro, unidades de contexto e categorias iniciais (APÊNDICES C e D).

### 1.2.9 Aspectos Éticos

Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Tocantins, sob Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 53193321.2.0000.5519, e aprovado conforme parecer nº 5.184.926 (ANEXO A). Pela Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas – Núcleo de Pesquisa Comissão de Avaliação de Projetos e Pesquisas (CAPP), parecer nº 35, (ANEXO B), Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas (CAAE) nº 53193321.2.3001.9187, e aprovado conforme parecer nº 5.289.215 (ANEXO C). Todas as coletas iniciaram após o aceite e assinatura do TCLE, contemplando a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

## **2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **2.1 A Rede de Atenção Psicossocial e seus dispositivos para o tratamento de pessoas usuárias de álcool e outras drogas**

A Rede de Atenção Psicossocial é uma estratégia adotada pelo Sistema Único de Saúde para operacionalizar as mudanças no modelo de atenção para as pessoas em sofrimento psíquico ou transtorno mental propostas pela Reforma Psiquiátrica, buscando materializar os ideais de inserção e reabilitação social destas pessoas, a família, e a comunidade.

A Portaria nº 3.088, 23 de dezembro de 2011 institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Álcool e outras Drogas. Essa rede prevê intervenções organizadas, que vão desde a atenção básica até às ações de reinserção social. A RAPS tem como objetivo ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; 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; 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).

Com isso, os Centros de Atenção Psicossocial assumem uma função central, tanto na articulação dos diversos serviços que a rede compõe, quanto como local de referência no cuidado para usuários e familiares. Entretanto, por meio da Nota Técnica Nº 11/2019, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) passou por reformulações e ficou com a seguinte configuração: Atenção Básica; Secundária, os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), em suas diferentes modalidades; Serviço Residencial Terapêutico (SRT); Unidade de Acolhimento (adultos e infanto-juvenil); Enfermarias Especializadas em Hospital Geral; Hospital Psiquiátrico; Hospital-Dia; Urgência e Emergência; Comunidades Terapêuticas; Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental e Unidades Ambulatoriais Especializadas (BRASIL, 2019).

O Centro de Atenção Psicossocial é um dispositivo como modelo e paradigma de atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo. Esse serviço se tornou componente operante para a política no campo da saúde mental. Os CAPS estão organizados em modalidades, diferenciados pelo porte, capacidade de atendimento, clientela atendida e perfil populacional dos municípios.

Dessa forma os Centros de Atenção Psicossocial estão organizados nas seguintes

modalidades: Conforme a Portaria Nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece as modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Os CAPS I e II são dispositivos que acolhem pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local. Os CAPS III atendem pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, com população acima de duzentos mil habitantes. Atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana (BRASIL, 2002).

Já os CAPS AD III atendem adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos, para observação e monitoramento, com população acima de duzentos mil habitantes. Atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana. Por fim o CAPS I (infanto-juvenil) crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2002).

Cabe mencionar, que o Estado do Tocantins possui 22 (vinte e dois) Centro de Atenção Psicossocial. Sendo que 15 (quinze) são das modalidades CAPS I e II, 01 (um) CAPS AD II oferta tratamento para o álcool e outras drogas somente durante o dia. 04 (quatro) CAPS AD III 24h, ofertando atendimento para o álcool e outras drogas 24 (vinte e quatro) horas do dia em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados e por fim existem 02 (dois) CAPS INFANTIL que é um serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes (Plano Estadual de Saúde - PES 2020-2023 e Área Técnica de Saúde Mental).

Neste sentido, os Centro de Atenção Psicossocial têm como proposta a desinstitucionalização, ao contrário da desospitalização, é trabalhar o empoderamento, permitindo que o sujeito tenha voz ativa e volte a assumir a responsabilidade sobre suas escolhas e modo de vida. Um dos pontos importantes nas ações de promoção de saúde é incentivar a ocupação dos sujeitos nos diversos espaços dos territórios, no sentido de construir um lugar social, onde as pessoas morem, trabalhem, estudem, vivam e convivam com outras pessoas construindo relações consistentes que possam vir a resultar na emancipação coletiva dos sujeitos (FRANÇA; ZANETTI, 2002).

Para a organização dessa rede, faz-se importante o entendimento sobre a noção de território. O território é a designação não apenas de uma área geográfica, mas também das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dá a vida comunitária. Assim, trabalhar no território não equivale a trabalhar na comunidade, mas a trabalhar com os



componentes, saberes e forças concretas da comunidade que propõem soluções, apresentam demandas e que podem construir objetivos comuns. Trabalhar no território significa, assim, resgatar todos os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções, a multiplicidade de trocas entre as pessoas e os cuidados em saúde mental (FRANÇA; ZANETTI, 2002).

Por esses motivos, entende-se que o trabalho na saúde mental é complexo e que necessita de estratégias de ações em rede para que se atenda às recomendações da Declaração de Caracas de 1990, que defende a permanência do usuário no território de origem por meio de equipamentos substitutivos descentralizados, territorialidades e integrados com redes sociais e propõe a reestruturação da atenção psiquiátrica e sua vinculação à Atenção Básica de Saúde (VIEIRA *et al.*, 2020).

Por isso, a implantação de uma Rede de serviços aos usuários que seja plural, com diferentes graus de complexidade e que promovam assistência integral para diferentes demandas, desde as mais simples às mais complexas/graves. As abordagens e condutas devem ser baseadas em evidências científicas, atualizadas constantemente. Esta Política de Saúde Mental, busca promover uma maior integração e participação social do indivíduo que apresenta transtorno mental, inclusive advindos do uso de álcool, crack e outras drogas (BRASIL, 2019).

Assim, a RAPS inclui diversos dispositivos tendo como objetivo reduzir as situações de crise ou de grande vulnerabilidade, em médio e longo prazo, é preciso, todavia, considerar que os territórios existenciais e laços sociais das pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas são mais diversos do que um retrato momentâneo sobre o usuário pode fazer supor. Eles não estão apenas ligados ao universo da droga, por isso não devem ser desconsiderados em seu cuidado (VIEIRA *et al.*, 2020).

Por esse motivo, entende-se que os serviços substitutos devem garantir inserção social, a modificação deve envolver o elo estabelecido entre usuário, equipe e família, juntamente com a responsabilização da comunidade para o alcance dos objetivos técnicos do atendimento. A importância da atuação no território e a relevância dos laços sociais na atenção ao sofrimento mental, expressas na Lei nº 10.216/01 e nos princípios da RAPS, não devem ser vistas como contraditórias com o cuidado daqueles que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas (VIEIRA *et al.*, 2020).

A Rede de Atenção Psicossocial tem avançando gradativamente, porém ainda se encontra com muitos desafios, como a construção e formação de novos perfis profissionais, foco no trabalho e ensino interprofissional que estejam articulados à política de saúde mental vigente, entre outros. Visando atender essa complexidade geográfica e diversificada no país, a

proposição da rede convoca o compromisso contínuo na produção de novas formas de lidar com o sofrimento psíquico decorrente do álcool e outras drogas, sendo que a construção do cuidado em rede não significa apenas construir e adaptar instalações físicas e capacitar profissionais, para além disso, deve articular os elementos da rede e coordenar ações de cuidado, visando reduzir o uso abusivo de álcool e outras drogas (NOBREGA; SENA, 2016).

## **2.2 O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas e a Estratégia de Redução de Danos**

Afinal, por que os humanos usam drogas? Os humanos usam drogas porque são humanos. Cada ser humano, busca sanar suas necessidades subjetivas e sociais, e poderá consumir essa ou aquela droga, podendo ser substâncias psicoativas legais e ilegais. Dessa forma, a droga é uma elaboração humana. Não são as drogas que fazem os humanos; são os humanos que fazem as drogas. Nesse sentido, o uso de drogas será, sempre, indiscutivelmente, uma questão humana (FILHO, 2012).

Em uma perspectiva histórica, é necessário assinalar que as drogas estão presentes nas mais diversas culturas e ainda que a forma de consumo seja diferenciada ao longo do tempo, a relação entre os humanos e as diferentes substâncias definidas como drogas se perpetuam. Advinda de um passado distante, o desejo por essas substâncias ocorre em variadas situações, com diversas motivações e finalidades, como remédio e como veneno, de forma divina ou demonizada, correspondendo a uma prática humana, milenar e universal. Nesse sentido, pensar em uma sociedade livre das drogas é utopia (BUCHER, 1992).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), droga é qualquer substância, que ao ingeri-la modifica uma ou várias funções do sistema nervoso central, produzindo efeitos psíquicos e comportamentais. Podem ser: álcool, ecstasy, cocaína, maconha, antidepressivos, tranquilizantes, antiepilético, antibiótico, café, entre outros. O motivo da utilização dessas diferentes substâncias pode ser distinto (BRASIL, 2009).

As concepções sobre o abuso de substâncias psicoativas tornaram-se dominantes, aquelas que centram seu modelo na noção de doença, na meta da abstinência, na busca do controle sobre a adição, operando dispositivos médico-terapêuticos e morais (LUZ & TESSER 2002). Historicamente, o Brasil, e pode-se dizer que a América Latina, sempre estiveram alinhados às políticas proibicionistas e suas intervenções seguiam o modelo médico-jurídico.

Nele, os usuários de substâncias psicoativas são considerados doentes ou criminosos, logo, estão destinados à internação psiquiátrica ou à prisão (PASSOS; SOUZA, 2011).

Além disso, no que diz respeito ao tratamento dos usuários de drogas, é necessário ressaltar que o mesmo tinha por base, no final do século XIX e primeira metade do século XX, o modelo biomédico, estando diretamente ligado à assistência psiquiátrica. Os indivíduos que apresentavam problemas com álcool ou outras drogas eram encaminhados para instituições psiquiátricas com a finalidade primordial de retirá-los do convívio social e promover o abandono do uso, utilizando, para tanto, as mesmas técnicas empregadas com outros internos (PRATTA *et al.*, 2009).

Sendo assim, Pratta *et al.*, (2009), menciona que a assistência ao uso de drogas, vinculada à assistência psiquiátrica, traz consigo a questão da violação dos direitos humanos, além do problema da má qualidade dos serviços prestados aos usuários, pois tem como base o modelo hospitalocêntrico. Dessa forma, fala-se em dois discursos contrapostos sobre o consumo de drogas, uma que diz respeito às práticas repressivas, focada na criminalização do usuário de drogas ilegais e na abstinência e a outra com o foco na Redução de Danos, está objetiva minimizar os efeitos prejudiciais do consumo de substâncias psicoativas, com o foco no sujeito e na sua saúde (VALÉRIO, 2012).

Para Rameh-de-Albuquerque (2017), os modelos proibicionista-abstinência e antiproibicionista-redução de danos não são similares entre si, embora sua semelhança seja evidenciada em algumas práticas de cuidado na medida em que o profissional utiliza a Redução de Danos com o objetivo de atingir a abstinência. Neste caso, a aparente perspectiva paradigmática antiproibicionista-redução de danos tende a tornar-se proibicionista-abstinência. Uma linha tênue que precisa ser estudada e apreendida pelos profissionais. Ancorados nas matrizes disciplinares a proibicionista/abstinência encontram-se os modelos: moral, religioso, criminal, jurídico, medicamentoso/biomédico e manicomial - sendo estes os mais predominantes em serviços álcool, crack e outras drogas e nos quais colocam-se o “doutor”, a internação e a medicação como as principais e às vezes únicas possibilidades de cuidado. Não se trata de negar o quanto o modelo biomédico foi capaz de trazer inúmeros avanços no tratamento específico de doenças, mas no campo da saúde mental e do cuidado às pessoas que usam o álcool e outras drogas o modelo é pobre e reducionista para dar conta da complexidade sobre a relação e as interações da pessoa com as substâncias psicoativas (CONTE, 2003).

Percebe-se que no modelo proibicionista-abstinência, não há o reconhecimento da individualidade das pessoas que usam substâncias, utiliza-se de um modelo verticalizado no cuidado, com práticas coercitivas, ou seja, não leva em consideração a subjetividade de cada

indivíduo e suas relações comunitárias. Diante disso, faz-se necessário reconhecer as diferenças, considerando a singularidade de cada sujeito. Assim, o modelo antiproibicionista-redução de danos está interligado com a garantia dos Direitos Humanos como terreno fundante desta díade, no qual tem-se os modelos da Atenção Psicossocial, enquanto estratégia de cuidado pautada no empoderamento e autonomia das pessoas (RAMEH-DE-ALBUQUERQUE, 2017).

Os tratamentos psicossociais, desenvolvidos em diversos serviços de saúde, como postos de saúde, atendimentos em hospitais gerais e dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas têm sido a principal estratégia da Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, logo, este serviço, põe em prática os pressupostos da Política do Ministério da Saúde, que utiliza-se de estratégias da Redução de Danos na sua dinâmica de funcionamento, apresentando-se como um local de cuidado pautado na liberdade e cidadania dos sujeitos que ali buscam tratamento (VALÉRIO, 2012).

Nessa direção, o CAPS AD III realiza atendimento psicossocial a indivíduos e seus familiares com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, e outras drogas. Os serviços são ofertados dentro da lógica da Redução de Danos, reconhecendo as particularidades de cada situação e de cada indivíduo, e acolhendo o que está sendo solicitado, na perspectiva de que o objetivo da assistência prestada deve ser construído com o sujeito e não sobre ele. Este serviço tem por objetivo maior promover a reabilitação psicossocial através de ações que envolvam o trabalho, a cultura, o lazer e a educação popular, mediante a utilização de recursos intersetoriais, acionando a rede de serviços de saúde e saúde mental e os recursos existentes no território de atuação do mesmo (VALERIO, 2012).

Assim, a Redução de Danos surge na perspectiva de encontrar-se na articulação entre clínica e política, uma vez que desde seu início traz uma contestação da política hegemônica de criminalização ao uso de drogas. Convém apontar que, apesar dos riscos à saúde que o consumo excessivo de determinadas substâncias psicoativas pode oferecer, não se deve ocultar as estratégias de poder e controle social que operam por meio da legitimidade das políticas públicas relacionadas às drogas, especialmente as de cunho emergenciais, de tolerância zero (PASSOS; SOUZA, 2011).

Diante disso, a Portaria Nº 1.028, de 1º de julho de 2005, do Ministério da Saúde, regulamenta as ações de Redução de Danos sociais e à saúde em decorrência do uso de substâncias psicoativas, apoiada nas diretrizes da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral dos Usuários de Álcool e outras Drogas e legitima a RD como estratégia de tratamento direcionada aos usuários e dependentes de álcool e outras drogas que não podem, não conseguem ou não querem interromper o referido uso, tendo como objetivo reduzir os

riscos associados sem, necessariamente, intervir na oferta ou no consumo (BRASIL, 2005).

No Brasil, a Redução de Danos é considerada como a principal estratégia norteadora adotada pelo Ministério da Saúde para pessoas que usam ou abusam de álcool, crack e outras drogas. Assim, ela é um conjunto de práticas de saúde fundamentadas na perspectiva teórica que concebe a existência de diferentes formas de relação do homem com as drogas, nem sempre vinculadas a um consumo problemático e, nesse sentido, seus objetivos não se restringem à eliminação do consumo. As medidas propostas visam a um conjunto de políticas voltadas para a redução de riscos e danos relacionados a todo tipo de consumo potencialmente prejudicial, distanciando-se do enfoque da guerra às drogas (SANTOS *et al.*, 2010).

Em um contexto histórico, a Redução de Danos (RD) foi o primeiro movimento a criticar o modelo internacional de proibição às drogas que obteve respaldo mundial. Essa nova maneira de entender o consumo de Substâncias Psicoativas teve início nos anos 1980, com a criação dos programas de troca de seringas para conter a disseminação de hepatites, e, posteriormente, o HIV e outras doenças infectocontagiosas, entre usuários de drogas injetáveis. Cabe destacar que não há um conceito único de RD, pois refere-se, basicamente, às políticas e programas de intervenção cujo objetivo é minimizar riscos, sem necessariamente diminuir o consumo individual de substâncias psicoativas. Para tanto, busca diferenciar repercussões na saúde dos indivíduos e suas relações comunitárias, bem como custos econômicos e impactos sociais relacionados às políticas sobre drogas (FONSECA *et al.*, 2013).

Por isso, Fonseca *et al.* (2013), considera que a Redução de Danos representa um marco importante de atuação da saúde pública moderna e suas ações no qual correspondem a um conjunto de estratégias de saúde pública que tem por objetivo reduzir e/ou prevenir as consequências negativas associadas ao uso problemático de álcool e outras drogas. Pode ser entendida, a grosso modo, como uma alternativa às abordagens que têm como meta exclusiva a abstinência de drogas. Já Ribeiro (2012), entende que a redução de danos alude uma intervenção que se caracteriza pelo respeito à pessoa que usa drogas, agora vista como sujeito de direitos e, por outro lado, dotada de um pragmatismo, pois visa à melhora do quadro geral do cidadão usuário de drogas, sem que lhe seja exigida a renúncia ao consumo dessas substâncias, como condição para adesão ao programa de saúde.

Desta forma a Redução de Danos provoca uma ruptura no tradicional modelo biomédico que encontra na doença e na abstinência o seu foco de trabalho. A RD, como alternativa a este modelo, busca valorizar a autonomia da pessoa em relação à sua saúde e sua vida como um todo. Essa estratégia permite justamente a identificação e assunção das dificuldades e reais possibilidades de intervenção com a participação da pessoa. Abre-se, assim, um diálogo entre

autores e atores beneficiários das intervenções (MATOS, 2016).

Entende-se que, a Redução de Danos não é somente um conjunto de técnicas no campo da saúde, mas uma iniciativa inovadora de atenção às pessoas com problemas relacionados ao abuso de substâncias psicoativas, baseado nos direitos humanos, na singularidade e na vontade dessas pessoas. Tal iniciativa propõe o resgate da dimensão de liberdade em um campo historicamente marcado pela imposição moral e controle dos corpos (PASSOS; SOUZA, 2011).

Entretanto, a questão que se apresenta quanto aos serviços é que mesmo representando um avanço na assistência aos usuários que possuem algum comprometimento devido ao uso problemático de alguma substância é possível perceber a existência de posicionamentos e discursos utilizados por alguns profissionais que atuam nos CAPS AD que, apesar de versarem sobre a importância da Redução de Danos, poucos fazem uso efetivo desta técnica, no seu cotidiano de trabalho (VALÉRIO, 2012).

A partir dessas considerações gerais apontadas até aqui, observa-se a necessidade de fortalecer o cuidado às pessoas com o uso problemático de álcool e outras drogas por meio da Redução de Danos, com vistas a reconhecer a singularidade de cada sujeito, proporcionando um espaço para acolher e informar, para que possa ser pensado e construído estratégias que possam estar voltadas para os fatores que possam interferir na adesão ao tratamento, pois já se sabe que esta estratégia não tem a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas sim voltado para a defesa da vida de cada sujeito.

### **2.3 Fatores que interferem na adesão ao tratamento de álcool e outras drogas na especificidade do CAPS AD III**

Falar sobre os fatores que interferem na adesão ao tratamento de álcool e outras drogas é pensar no indivíduo de maneira integral, sendo necessário considerar e buscar entender qual o significado que o álcool ou as drogas possui na vida de cada sujeito. Dessa forma é compreender que não possui causa única para essa interferência e sim perceber a pessoa em seu contexto. Além disso, exige-se um olhar subjetivo, uma vez que não é visualizado um modelo padrão, que seja adequado para todas as pessoas.

Com isso, o CAPS AD III realiza um trabalho de extrema importância para a sociedade, já que, o uso e o abuso de álcool e outras drogas é considerado na atualidade um problema de saúde pública. Assim, considera-se que seja um tratamento altamente complexo por abranger diversos aspectos que visam a reinserção social do usuário. Dessa forma, o cuidado no CAPS-AD III deve ser pautado na construção coletiva ou na pluralidade, isso significa que o

profissional referenciado deverá em conjunto com o usuário do serviço estabelecer os melhores critérios para a construção de seu Plano Terapêutico Singular (PTS), levando em consideração seus medos, anseios, dificuldades, preferências, seu cotidiano, perfil sócio demográfico e a garantia de direitos (SILVA, 2020).

Nesse sentido, uma das formas estratégicas que se pode compreender adesão é por meio da construção do Plano Terapêutico Singular (PTS). Ele é produzido em conjunto com o usuário e seus familiares, e poderá acompanhar o usuário nos contextos cotidianos, promovendo e ampliando as possibilidades de vida e mediando suas relações sociais (BRASIL, 2012). Somado a isso, Rameh-de-Albuquerque (2017), menciona que por meio do PTS é possível compreender cada situação, pois por meio do diálogo o indivíduo poderá dizer qual a meta que deseja alcançar. Além disso, os serviços devem ser flexíveis, de baixa exigência para atender a todas as demandas, desde os sujeitos que queiram parar de fazer uso do álcool e outras drogas, os que querem e não conseguem, e também os que não querem parar com uso, uma vez que o serviço deve garantir assistência para todos.

Além disso, o Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas deve priorizar a elaboração do Projeto Terapêutico Singular. Uma vez que ele é um instrumento considerado um promotor da autonomia. Logo, a ideia é que tais concepções valorizem a necessidade e desejos das pessoas, independentemente de suas possíveis escolhas em seu modo de viver. Assim, as prioridades num PTS passam a ser a manutenção da vida das pessoas, focalizando os melhores meios de proteção de danos (RAMEH-DE-ALBUQUERQUE, 2017).

Para a construção de um plano de tratamento abrangente centrado no indivíduo depende da capacidade do profissional de saúde construir vínculos funcionais e conhecer o histórico preciso do sujeito. Considerando que a temática do uso e abuso de substâncias pode ser sensível e estigmatizante para muitos, assim, as perguntas devem ser formuladas com cuidado para obter respostas precisas. Diante disso, é imperativo que os profissionais não façam julgamentos durante todo o processo, ou seja, construir um bom relacionamento desde o início também pode contribuir para que a pessoa permaneça no caminho desejado (OWENS *et al.*, 2021).

O plano terapêutico deve ser reavaliado constantemente e os objetivos estabelecidos devem ser diariamente revistos, respeitando, a autonomia e a liberdade do sujeito, para se autodeterminar e desempenhar seus papéis sociais (OWENS *et al.*, 2021). Entretanto, Boccardo *et al.* (2011), relembra que o projeto terapêutico singular, por ser um conjunto de condutas terapêuticas articuladas para um sujeito individual ou coletivo, resultante da discussão entre a equipe e indivíduo, encontra na atuação, na prática profissional, obstáculos à sua efetivação, o que dificulta a aplicação efetiva dos seus passos, tais como, definição de metas, divisão de

responsabilidades, reavaliação, entre outros.

Nesse contexto, o PTS levará em consideração a Redução de Danos, uma vez que, reconhece cada indivíduo em sua singularidade, traça com ele estratégias que estarão voltadas não para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida. Vemos aqui que a Redução de Danos se oferece como um método no sentido de caminho e, portanto, não excludente de outros. Mas, vemos também, que o método está vinculado à direção que o indivíduo deseja seguir e, com isso, significa aumentar o grau de liberdade, de co-responsabilidade daquele que está buscando atenção contínua. Portanto, implica, por outro lado, no estabelecimento de vínculo com os profissionais, que também passam a ser co-responsáveis pelos caminhos a serem construídos, pela vida daquele usuário, pelas muitas vidas que a ele se ligam e pelas que nele se expressam (BRASIL, 2003).

De acordo com Pratta e Santos (2009), essa discussão deve compreendê-la dentro do modelo biopsicossocial de saúde, considerando o sujeito em sua totalidade, e como um ser ativo no processo saúde/doença. Diante disso, torna-se inegável a relação que existe entre os fatores psicológicos, sociais, políticos, econômicos e ambientais, entre outros. Com isso, o atual modelo, traz a ideia de integração, considerando saúde uma produção social, ou seja, não como algo que tem relação somente com o biológico, mas que depende de uma série de outros determinantes sociais que estão implicados na vida de cada ser humano, tais como, cultura, lazer, transporte, alimentação, educação, trabalho, saneamento básico, entre outros. Esses determinantes são coerentes com uma discussão sobre melhoria na qualidade de vida, encarando a própria saúde como expressão dessa qualidade (MENDES, 1996).

Além disso, segundo Caprara (2003), o ser humano passou a não ser mais olhado apenas como um objeto para a intervenção médica, e sim como um sujeito ativo, integral, autêntico, com necessidades e valores, que vive, participa, reflete e transforma o encontro clínico juntamente com o profissional. Isso porque, segundo Ayres (2001), nesse encontro estão presentes duas subjetividades, o que implica em relação, em intersubjetividade, em mudança, em construção. Assim, entender os fatores intervenientes no processo saúde/doença na atualidade exige a consideração de questões subjetivas.

Nessa perspectiva, a abordagem exigida para o tratamento de álcool e outras drogas é coerente com o modelo psicossocial de saúde em foco na atualidade. Pois tratar a questão do uso abusivo de substâncias psicoativas, implica discutir não só as questões orgânicas e psicológicas envolvidas, mas também considerar os aspectos sociais, políticos, econômicos, legais e culturais inerentes a esse fenômeno, além das consequências físicas, psíquicas e sociais da mesma. Portanto, o fenômeno do uso problemático é complexo e multifatorial (MENDES,



1996).

Não se pode deixar de lado as determinações sociais de saúde, que são fatores de grande impacto na relação do sujeito com o mundo que o rodeia, bem como as possibilidades de acesso que a pessoa tem para sair do seu nicho dolorido e enfrentar a realidade com olhos de superação.

Figura 3 – Pilares das intervenções sobre os determinantes sociais:

Figura 1 – Modelo de Dahlgren e Whitehead: influência em camadas



Fonte: Dahlgren e Whitehead (1991), com contribuições de Buss e Carvalho (2009) e adaptada para este caderno (2017).

È possível observar que, na divisão didática proposta por Dahlgren e Whitehead, os Determinantes Sociais estão organizados por níveis de abrangência em distintas camadas: a mais próxima referindo-se aos aspectos individuais e a mais distante aos macrodeterminantes. Como se pode ver, na base da figura, estão as características individuais de idade, sexo e fatores genéticos que marcam nosso potencial e nossas limitações para manter a saúde ou o adoecer (BRASIL, 2018).

Observa-se, na camada interna, aparecem o comportamento e os estilos de vida individuais. Esta camada está localizada no limiar entre os fatores individuais e os determinantes sociais de saúde, já que os comportamentos, por mais que pensemos serem frutos de decisões individuais, são fortemente influenciados pelas condições objetivas de vida – condições econômicas, sociais, nível de escolaridade, ambientes que possibilitem escolhas etc., que, inclusive, limitam as probabilidades de escolhas (BRASIL, 2018).

Na sequência, destaca-se a camada seguinte destaca a influência das redes sociais e comunitárias, que podem significar, em maior ou menor grau, apoio social, econômico, político,

técnico ou emocional, além de expressar o nível de coesão social que é de fundamental importância para a saúde da sociedade como um todo (BRASIL, 2018).

Os fatores relacionados às condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais, como: saúde e educação, indicando que as pessoas em desvantagem social apresentam diferenciais de exposição e de vulnerabilidade aos riscos à saúde, como consequência de condições habitacionais inadequadas, exposição a condições mais perigosas ou estressantes de trabalho e bem como menor acesso aos serviços, incluindo os de saúde (BRASIL, 2018).

Por fim, na última camada, estão situados os macrodeterminantes que possuem grande influência sobre as demais camadas e estão relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade (BRASIL, 2018).

Em consonância com os determinantes sociais de saúde, para compreensão e ações de saúde no tratamento do uso de álcool e outras drogas, observa-se a necessidade de abandonar o modelo biomédico, sendo necessário incluir e valorizar as práticas baseadas na Redução de Danos, as quais mostram um olhar mais ampliado para o sujeito e para as questões do contexto sociopolítico-cultural, imprimindo um tratamento que não tem a abstinência como condição e objetivo, mas que privilegia cada sujeito e seu contexto de vida (VALERIO, 2012).

Aliada a esta compreensão de mundo, implica que os profissionais da saúde mental, olhem para a subjetividade inerente nessa situação, dos usuários de álcool e outras drogas, vislumbrando, também, os sentimentos, os desejos, as necessidades desse indivíduo, o qual necessita ser encarado como um ser ativo das suas decisões, exigência do novo paradigma de saúde na atualidade (PRATTA; SANTOS, 2009).

Cabe ressaltar que a abstinência, de fato, não é oposição à Redução de Danos e vice-versa. Porém estão longe de ser sinônimos e existe claramente uma dificuldade de aproximação teórica e prática entre a discussão política da discussão clínica. Nessa perspectiva, a redução de danos é uma estratégia que pode ser definida como um olhar para a redução dos prejuízos associados ao consumo de substâncias (PRATTA; SANTOS, 2009).

Diante disso, compete ao CAPS AD, orientar e dar suporte aos usuários do serviço e familiares quanto ao uso da substância psicoativa, esclarecendo os fatores de risco e proteção durante todo o processo de cuidado. Assim, os CAPS AD devem orientar-se pelos princípios da Redução de Danos. Tal adoção é proveniente de um estranhamento a respeito dos cuidados e práticas produzidas no tratamento para as pessoas com o comprometimento ao uso abusivo, que tinha como foco a abstinência total (CARVALHO; DIMENSTEIN, 2017).

Com isso, a prática de saúde junto aos usuários de álcool e outras drogas por meio da

Redução de Danos procura construir junto ao usuário um cuidado, uma promoção da qualidade de vida, e uma reflexão sobre o uso abusivo da substância. Desta forma, a RD não pode ser resumida a uma técnica, mas a um modo de trabalho pautado por uma ética da relação baseada na autonomia, no diálogo e na corresponsabilização entre profissional e usuário (LIRA *et al.*, 2018).

Desta forma, cabe à atenção psicossocial analisar individualmente o que influencia e interfere na adesão por meio da proposta da Redução de Danos, pois ela não exige a abstinência como pré requisito para permanência no CAPS AD III, mas busca criar estratégias não coercitivas para inclusão no serviço. Diante disso, compreende-se o contexto da Reforma Psiquiátrica e aponta que este deve inspirar a construção de um modelo diferente de cuidar, baseado no respeito e liberdade. Com isso, esta abordagem pauta-se no princípio ético do cuidado, ampliando as possibilidades de cuidar e, conseqüentemente, o acesso do usuário ao sistema de saúde, uma vez que parte da premissa que as pessoas que usam drogas não querem ou não conseguem para de usá-las (LIRA *et al.*, 2018).

Portanto, a abordagem da Redução de Danos constrói junto com o indivíduo as estratégias para a defesa de sua vida, aumentando a corresponsabilização e o vínculo profissional-usuário, sem preconizar a abstinência, pois a lógica da redução de danos propõe que o padrão de consumo de substância psicoativa possa ser menos prejudicial à saúde e a vida, respeitando a liberdade de cada um. Logo, a equipe multiprofissional do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas pode entender os conflitos e contradições dos usuários do serviço como questões peculiares de cada sujeito e, assim, atuar diretamente na organização das relações intra e interinstitucionais, pois somente desta maneira que se pode pensar em uma aproximação na garantia da integralidade da atenção.

#### **2.4 Atuação da Equipe Multiprofissional no dispositivo de Álcool e outras Drogas**

Sabe-se que os problemas relacionados ao uso de drogas envolvem uma série de determinantes sociais e configuram-se como um fenômeno complexo com implicações individuais e coletivas, o que requer um trabalho intersetorial e no território, destinado às demandas e necessidades de cada indivíduo. Com isso, a necessidade de múltiplos profissionais é uma realidade cada vez mais concreta no cotidiano dos serviços de saúde (SOUZA *et al.*, 2012).

De acordo com Queiroz *et al.* (2016), os profissionais devem conduzir suas intervenções promovendo a humanização do atendimento, a ética, o respeito, o resgate da cidadania e a

inclusão social desses indivíduos, incentivando o protagonismo e fazendo com que as ações façam sentido para essas pessoas. Dessa forma, a multiprofissionalidade emerge no cenário da saúde como uma estratégia de reorganização dos serviços, focada na prática integrada. Essa estratégia deve ser desenvolvida a partir da relação entre diferentes profissões, com o objetivo de garantir maior efetividade da integralidade e do cuidado à saúde dos indivíduos (DE VASCONCELLOS, 2010).

Visando a integralidade no tratamento dos indivíduos, a equipe multiprofissional dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas volta-se, especialmente, para a reabilitação psicossocial de pessoas que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas por meio de atenção integral desenvolvida com base na defesa dos direitos dos usuários e a partir de um trabalho que proporcione estímulo ao desenvolvimento de uma consciência cidadã, acolhimento, humanização, vínculo, autonomia e corresponsabilização (SAMPAIO et al., 2011).

Nesse sentido, a pesquisa de natureza qualitativa, com delineamento descritivo e de corte transversal de Borges e Schneider (2020), apresentou como resultados que o vínculo que os usuários estabelecem com os profissionais do CAPS AD e o acolhimento recebido no serviço representam a principal estratégia do cuidado.

Além disso, as atividades terapêuticas ou psicossociais requerem dos profissionais que abandonem o modelo asilar, uma vez que a assistência deve se basear no acolhimento e no atendimento individualizado e comunitário, respeitando os direitos dos usuários do serviço. Assim, as atividades desenvolvidas no CAPS AD III deverão ser realizadas por meio da construção permanente de um ambiente facilitador e acolhedor, compreendendo várias modalidades de tratamento e levando em consideração a singularidade de cada sujeito (BRASIL, 2004).

Uma das responsabilidades centrais do profissional é ajudar a pessoa a encontrar o enfoque do seu processo de saúde e como lidar com seu quadro de adoecimento, em vez de aderir necessariamente a um determinado modelo de tratamento. Dessa forma, o uso de álcool e outras drogas, pela sua magnitude, complexidade e por envolver uma teia de questões culturais, sociais, econômicas, políticas, jurídicas, dentre outras, como atitudes e comportamentos dos usuários, impõe aos profissionais de saúde compreender, nessa transversalidade, que o usuário não pode ser visto isoladamente e por uma única especialidade, mas sim por um compartilhamento de saberes, pautado no diálogo e em um novo modo de trabalhar em saúde para atender às demandas dos indivíduos e dos próprios profissionais (VELOSO et al.; 2016).

Os autores entendem que a equipe multiprofissional deve conhecer as características e

necessidades pessoais para a implantação de intervenções por meio da promoção, prevenção e tratamento, uma vez que as razões pelas quais as pessoas usam drogas variam de acordo com seus interesses pessoais e sociais. Sendo que, para muitos, o uso começa por curiosidade, excitação por fazer algo ilegal, revolta, discriminação social, imitação, pressão do grupo, entre outros (SAMPAIO et al., 2011).

A compreensão da dimensão do fenômeno do uso e abuso de drogas na história da sociedade e do lugar destinado aos usuários é um dos papéis dos profissionais que atuam nos CAPS AD, num entendimento de que é o sujeito quem faz a droga e não a droga quem faz o sujeito. É necessário o entendimento institucional da Redução de Danos para que, de fato, seja possível o desenvolvimento de estratégias terapêuticas propositivas para a redução de riscos e danos causados pelo uso e/ou abuso de drogas (VALERIO, 2012).

Nesse sentido, faz-se necessário assegurar a liberdade do usuário de decidir pela continuidade ou não do uso da droga, mesmo quando se conhece as inúmeras alterações que todo uso de qualquer substância psicoativa traz, e compreender como importante toda ação que procura minimizar os possíveis efeitos negativos que o consumo de substâncias psicoativas pode causar na saúde física e mental do usuário (VALERIO, 2012). A equipe multiprofissional inserida no CAPS AD III deve atuar de forma flexível e ter baixa exigência nos serviços para atender a todas as demandas. Uma vez que a pessoa que faz uso de substâncias lícitas ou ilícitas é um ser humano e, antes de tudo, deve ter seus direitos respeitados e, inclusive, sua decisão por manter o consumo (QUEIROZ et al., 2016).

A estratégia de Redução de Danos, no Brasil, representa um passo na superação dessa visão simplificadora sobre o uso de substâncias psicoativas, uma vez que incentiva o protagonismo e autonomia do usuário, resgatando sua condição de sujeito sem recorrer a julgamentos morais ou práticas criminalizadoras e punitivas (BRASIL, 2019). Além disso, o fazer profissional da psicologia na Política Pública de Álcool e outras Drogas assume um compromisso com o respeito à autonomia e dignidade da pessoa em uso e abuso de drogas, destacando-se a importância da perspectiva da redução de danos no atendimento aos usuários de álcool e outras drogas no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2019).

O lugar das (os) psicólogas (os) nesse paradigma é construído a partir do momento em que o mesmo se coloca no contexto de trabalho. Esses lugares precisam ser construídos por meio da prática e da posição que as (os) psicólogas (os) ocupam na intervenção junto aos usuários, devendo seu posicionamento explicitar o propósito da sua presença. Desse modo, não cabe aos profissionais da Psicologia, inseridos na equipe multiprofissional, nenhuma forma de julgamento ou censura moral aos comportamentos dos indivíduos, seja com relação ao uso de

substâncias psicoativas ilícitas ou às condutas antagônicas à moral e costumes tidos como aceitáveis (BRASIL, 2019).

Assim, o papel dos (as) psicólogos (as) é exatamente o de acessar um segmento que muitas vezes está à margem da rede de saúde e social por temer o estigma e a rejeição. A aceitação de cada um destes usuários como sujeitos e o respeito ao lugar que ocupam socialmente confere às abordagens de redução de danos a possibilidade de construção de um vínculo de confiança, base sobre a qual se desenvolverá o trabalho, uma vez que entendemos que só no âmbito da autonomia e da liberdade é possível cuidar da experiência de sofrimento (BRASIL, 2019).

Dessa forma, Leal (2001) diz que a subjetividade envolve a ideia de autonomia, liberdade, auto reflexividade, autorresponsabilidades, materialidade de um corpo, particularidades, potencialidades infinitas que conferem cunho próprio e único à personalidade. Todos estes atributos, todavia, podem ser compreendidos como do âmbito exclusivo da singularidade e, por isso mesmo, isolados; ou podem ser considerados como expressão da relação “humano –social”, que se forma e se constitui de modo processual.

Na modernidade, a ideia de autonomia é, sem dúvida, uma representação imediata da liberdade humana. É um valor que qualifica e caracteriza o humano e afirma o indivíduo como um princípio. E isso não é diferente para o campo do cuidado nos novos dispositivos de saúde mental. Podemos dizer, de forma caricatural, que muitos de nós, nesse campo, chegamos mesmo a tomar a "produção da autonomia" como um certo ideal de "cura". Entretanto, a autonomia frequentemente é considerada o que de mais importante o processo de tratamento tem a produzir. Mas será que essa noção informa as nossas ações, exatamente como a estamos compreendendo? Que implicações poderiam, eventualmente, advir de tomá-la, nas suas mais variadas acepções, como referência para a prática de cuidado (LEAL, 2001).

Dessa forma, fortalecer a prática profissional pautada na Redução de Danos é emergente no campo da saúde mental, precisamente no álcool e outras drogas, pois, na medida em que novas tecnologias, a exemplo das desenvolvidas nos CAPS AD III, se apresentam como um modelo substitutivo ao manicomialista e devem ir além das práticas repressivas, a manutenção de profissionais que não utilizam novas ferramentas para o tratamento ao usuário de drogas, como a Redução de Danos, representa um risco ao seu direito e à assistência a ele (a) prestada (VALERIO, 2012).

Com a compreensão de que o serviço em questão deve ser interdisciplinar, multiprofissional e científico, os profissionais entrevistados nesta pesquisa apontam questões significativas no seu fazer profissional, conforme resultados abaixo.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

#### 3.1 Identificação dos Participantes

Foram entrevistados dez (10) profissionais da saúde que atuam nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas das quatro cidades do Estado do Tocantins. Visando garantir o anonimato dos participantes, a identidade dos mesmos foi preservada, utilizando-se a letra E referente à palavra “Entrevistado”. Os entrevistados que participaram voluntariamente desta pesquisa exercem os seguintes cargos no serviço de álcool e outras drogas: Enfermeiro (a), Psicólogo (a), Terapeuta Ocupacional, Assistente Social e Farmacêutico (a).

A caracterização dos entrevistados foi obtida no início da entrevista semiestruturada e apresentaram as seguintes informações: o sexo, a escolaridade e o tempo de trabalho na instituição.

Quadro 1. Perfil dos participantes da pesquisa. Estado do Tocantins, Brasil, 2022.

Participantes	Gênero	Escolaridade	Tempo de trabalho na instituição
E1	Masculino	Superior Completo	05 anos e 02 meses
E2	Masculino	Especialização	03 anos e 01 mês
E3	Masculino	Superior Completo	10 anos
E4	Masculino	Especialização	02 anos e 02 meses
E5	Masculino	Superior Completo	04 anos 03 meses
E6	Feminino	Especialização	04 anos 05 meses
E7	Masculino	Especialização	07 anos e 09 meses
E8	Feminino	Especialização	01 ano e 06 meses
E9	Feminino	Especialização	01 ano e 04 meses
E10	Masculino	Especialização	08 anos

Fonte: elaborado pela autora a partir dos dados da pesquisa (2022). Dados de identificação dos profissionais entrevistados. As variáveis fazem referência ao sexo, escolaridade e ao tempo de trabalho na instituição. Para garantir o sigilo e preservar a identidade dos mesmos, foi utilizada a letra E referente à palavra Entrevistado.

De acordo com o quadro 01, 70% dos profissionais de saúde entrevistados eram do sexo masculino e 20% eram do sexo feminino, apresentando assim o predomínio no gênero masculino. Quanto à escolaridade, 70% referiram possuir especialização (pós-graduação), 30% com nível superior completo, com predomínio da especialização. Por fim, quanto à relação ao tempo de trabalho na saúde mental, especificamente, no serviço de álcool e outras drogas, 70% apresentaram de 01 ano a 05 anos e 2 meses de atuação, sendo 30% dos 05 anos e 02 meses a 10 anos.

Por meio da alocação dos temas foi possível identificar uma regularidade nos conteúdos relatados. Assim as temáticas que ocorreram repetições foram: 1- Fluxo de atendimento, 2- Acolhimento do usuário, 3- Experiência em trabalhar com a demanda de álcool e outras drogas,

4- Fatores que favorecem a adesão ao tratamento, 5-Fatores que interferem na adesão e 6- Dificuldade no tratamento.

Dessa forma, após a codificação no que diz respeito ao tema Fluxo de atendimento, apareceram nas primeiras 10 de um total 10 entrevistas. Quanto ao conteúdo do Acolhimento do usuário houve uma repetição nas 06 (seis) primeiras entrevistas. E no que se refere à Experiência em trabalhar com a demanda de álcool e outras drogas, os elementos novos surgiram somente na sétima entrevista. Sobre os fatores que favorecem a adesão ao tratamento, novas informações surgiram a partir da sétima entrevista. Já em relação aos fatores que interferem na adesão ao tratamento houve informações novas somente ao entrevistado número um e o sete. Por fim quanto ao último tema, atuação diante das dificuldades em aderir ao tratamento houve uma constância na fala de cada entrevistado no qual utiliza-se dos recursos estratégicos, tais como, busca pelo apoio da família bem como realizam visitas domiciliares.

### 3.2 Tratamento dos Dados da Pesquisa

A partir da leitura das entrevistas, bem como os discursos dos (as) profissionais, realizou-se a codificação, possibilitando a identificação de 182 (cento e oitenta e duas) Unidades de Registro e a elaboração de 09 Unidades de Contexto (APÊNDICE C). A partir destas, foram determinadas 07 (sete) categorias finais (APÊNDICE D), as quais foram agrupadas e organizadas por núcleos de sentido. Sendo elas:

Quadro 2 - Categorias Finais, referentes aos discursos dos entrevistados. Estado do Tocantins, Brasil, 2022.

<b>I - Compreensão sobre os fatores que interferem na adesão ao tratamento de álcool e outras drogas;</b>
<b>II - Apresentação das estratégias realizadas diante das dificuldades em aderir ao tratamento;</b>
<b>III - Intervenções que favorecem adesão e o desenvolvimento da autonomia;</b>
<b>IV - Compreensão sobre a influência da família no tratamento de álcool e outras drogas;</b>
<b>V - Apresentação sobre os processos de atendimento às pessoas no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas;</b>
<b>VI - Forma de pensar sobre as pessoas que estão no tratamento do Álcool e outras Drogas;</b>
<b>VII - Entendimento sobre a Rede de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas.</b>

Fonte: Elaborado pela autora (2022), a partir das entrevistas com os profissionais da saúde do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas. Estado do Tocantins, Brasil.



### 3.3 Análise dos Dados Pelas Categorias Encontradas

3.3.1 Categoria I. Compreensão sobre os fatores que interferem na adesão ao tratamento: identifica os fatores que interferem na adesão ao tratamento do álcool e outras drogas.

No momento em que os participantes foram questionados sobre os fatores que interferem na adesão do usuário ao tratamento no CAPS AD III, os fatores primordiais elencados foram: I. I - o estigma que a pessoa possui por estar no CAPS AD III e a I.II - relação negativa com a rede social.

#### I.I - O estigma que a pessoa possui sobre si

A fala do entrevistado, como vemos abaixo, apresenta o preconceito que o usuário de álcool e outras drogas pode ter a respeito de si por estar no CAPS AD III.

*[...] eles não querem ser vistos que foram no caps, eu vejo um preconceito, principalmente no primeiro atendimento, até por causa da questão histórica, as vezes fica muito impregnado na cabeça deles ou dos familiares você vai pra lá e vai tomar muita medicação, vai ficar dopado, não vai deixar você sair, prisão, talvez eles imaginam até que trancam eles lá né, com camisa de força, os filmes mostra muito isso (E01);*

*[...] ele tem vergonha de ir ao CAPS AD III, mesmo sendo dependente de álcool e outras drogas (E09).*

Nessa direção, a pessoa que usa o álcool e outras drogas de forma abusiva carrega uma rotulagem que propõe que a droga e quem a usa, está associada a uma pessoa com característica de ser fraca, sem força de vontade, marginal, preta, favelada (o), desinteressado (a), preguiçoso (a), gente ruim, pobre, vagabundo (a), maconheiro (a), cachaceiro (a), drogado (a), que será viciado para sempre. Tais características contribuem para fortalecer a ideia de incapacidade, aumentando a resistência para procurarem cuidado e atenção e assim, reforçando a estigmatização e exclusão. Pois, elas acabam, acreditando que tais colocações sobre si são verdadeiras e absolutas e passam a desacreditar na sua autoeficácia (DOS SANTOS FERREIRA, 2018).

Esta compreensão dos profissionais de saúde, é foco de questionamento nos achados de por Silveira et al.; (2011), o qual diz que atribuir somente ao indivíduo e/ou culpabilizá-lo, tende a fortalecer o estigma social ou sinal que designaria o indivíduo com um status deteriorado e, portanto, menos valorizado que as pessoas ditas “normais”. Dentre as diversas condições de saúde, as doenças mentais e o abuso de álcool e outras drogas são as mais estigmatizadas pela população em geral.

Dessa forma, observa-se por meio destes dados uma maior atribuição em termos individuais e uma possível tentativa de responsabilizar o sujeito quanto aos fatores que

interferem na adesão. Nessa linha de raciocínio Schneider (2010), ressalta que o tema do uso abusivo de álcool e outras drogas é atravessado por polêmicas e desafios teóricos e epistemológicos ocasionados pelas inúmeras contradições que por ele perpassam, bem como pela complexidade de inter-relações nele envolvidas tais como: sociais, psicológicas, políticas, orgânicas, etc. E com isso, é difícil delimitar o fenômeno, se comparar com a área da saúde que utiliza parâmetros mais propriamente orgânicos.

Nessa perspectiva, o processo de transformar as questões sociais em biológicas é bastante conhecido na história da humanidade. Ao biologizar as questões sociais, atingem-se dois objetivos complementares: isentar de responsabilidade todo o sistema social, inclusive em termos individuais, e assim “culpabilizar a vítima”. A visão argumentativa da dependência ser doença crônica e recorrente, somado aos aspectos da personalidade ou da psicopatologia dos pacientes ou de seus familiares, ou ainda da vulnerabilidade biológica às drogas, aspectos que retêm os usuários no quadro da dependência. Adotam, com isso, uma perspectiva determinista, moralista, seja de ordem subjetiva ou orgânica (SCHNEIDER, 2010).

Somado a isso, durante um longo período, a legislação brasileira baseou suas políticas públicas em ações de caráter higienista, com determinações invasivas em relação ao usuário de substâncias psicoativas, preconizando a utilização das internações compulsórias e tratamentos obrigatórios que resultavam na interdição dos direitos das pessoas. No decorrer das revisões das leis brasileiras e das políticas de saúde mental, novas estratégias para o cuidado e melhoria da qualidade de vida desses usuários foram sendo criadas. Dentre elas, cabe destacar a Política Nacional de Redução de Danos, que tem entre suas diretrizes o respeito à liberdade de escolha do usuário em permanecer com o uso de drogas, ou reduzir o consumo, o direito à assistência pelos serviços sociais e de saúde (FLACH, 2010).

Com isso, a proposta da Redução de Danos é contribuir na redução do estigma e preconceito, estimular o sujeito a se cuidar e fortalecer a ideia que ele (a) é um cidadão de direitos. Assim, os profissionais de saúde têm o importante papel de identificar os agravos e/ou prejuízos advindo do uso abusivo de álcool e outras drogas e assim buscar auxiliá-lo na redução dos riscos psicossociais, com vistas a melhorar as condições de vida, respeitando o direito de escolha para a manutenção ou suspensão do uso de álcool e outras drogas (TISOTT *et al.*, 2015).

Por isso, torna-se impossível apostar em uma saída única, padronizada e isolada para os fatores que interferem na adesão. Deve-se valorizar as demandas dos indivíduos na sua singularidade e implicando-os na construção de estratégias que fortaleçam a contratualidade na relação com os serviços e os territórios. Construindo uma visão ampliada da pessoa por intermédio de suas várias esferas da vida: relacionamentos familiares e/ou afetivos, trajetória

educacional/profissional, lazer etc., podendo agora entender como essas esferas se organizam, relacionam-se e interferem-se mutuamente (BRASIL, 2015).

Dessa forma, os pesquisadores compreendem os fatores que interferem na adesão ao uso abusivo de álcool e outras drogas como um fenômeno complexo que não possui causa única, mas sim uma forte relação com as interações do indivíduo e com o meio em que vive. Assim, pode-se entender a representação do fenômeno do álcool e outras drogas a partir do tripé: indivíduo, contexto social, político e econômico-substância psicoativa (BRASIL, 2015).

Nessa direção, os fatores que interferem no cuidado considerarão o desejo e/ou meta do indivíduo, bem como seus níveis de contratualidade. Considerando a elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) que é configurado como uma ferramenta de cuidado única, construída coletivamente no trabalho em equipe e exclusiva para cada pessoa, valorizando as histórias, as vivências, os sentimentos, os desejos, a corresponsabilidade, entre outros (BRASIL, 2011).

Além disso, no Projeto Terapêutico Singular é preciso delimitar fronteiras daquilo que o indivíduo consegue é o que não consegue, dentro de um ideal de baixa exigência de adesão ao cuidado, como forma de promoção de autonomia e exercício de cidadania. O PTS, não é estático ou imutável, ele pode e deve ser revisto durante todo o caminhar do cuidado, sempre buscando o protagonismo do usuário nesta construção. Por meio da participação do próprio usuário e dos demais envolvidos, pode-se construir um Projeto para o cuidado (BRASIL, 2015).

Schneider (2010), acredita, que a equipe multiprofissional deve desconstruir respostas fixadas num círculo vicioso sobre as pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, como por exemplo, são pessoas que tem problemas em função de ser vítima de predisposições genéticas, somadas aos traços de sua personalidade; sendo assim, não se obtém sucesso no tratamento, justamente por aquilo que leva a pessoa a procurar ajuda terapêutica.

Diante disso, a autora recomenda que a equipe multiprofissional ao buscar compreender sobre insucesso no cuidado para o uso abusivo de álcool e outras drogas, faz-se necessário voltar-se para seus próprios processos, questionar acerca de seus métodos, procedimentos e concepções (SCHNEIDER, 2010).

Nessa linha de raciocínio, Cardoso et al. (2016), pontua que existem estudos que indicam que a responsabilidade para aumentar a adesão está mais relacionada com o profissional de saúde do que com o sujeito. Por outras palavras, é importante que: o tratamento vá ao encontro das necessidades dos sujeitos; que haja um envolvimento pleno e cooperante da parte da família; e a relação profissional-sujeito seja positiva e menos assimétrica possível. Em suma, para que a manutenção das terapêuticas ocorra é necessário que o (a) profissional não só

avaliar o significado e as atitudes que o sujeito atribui aos seus processos, mas também terem consideração as atitudes e as crenças dos próprios profissionais de saúde mental e o impacto que podem ter na adesão do sujeito nas intervenções.

## **I.II - Relação Negativa com a Rede Social**

As Redes Sociais aparecem como alto fator de risco para o uso de drogas, conforme os relatos que elucidam essas percepções:

*[...] tem paciente que alguém da família também faz uso, o companheiro, a companheira isso de certa forma interfere porque é difícil uma pessoa se manter no tratamento, quando em casa ele tem uma oferta contínua de álcool ou qualquer outro tipo de drogas (E08).*

*[...] amizades, o meio influencia (E06).*

Os resultados da pesquisa de Zemel (2013), apontam que as redes sociais frequentemente são apontadas como fator potencialmente de risco e/ou proteção para o uso abusivo de substâncias psicoativas. Como fator potencialmente de risco entende-se condições e/ou circunstâncias que deixam o sujeito mais vulnerável aos problemas relacionados ao uso abusivo de drogas; por outro lado, como fator potencialmente de proteção está o conjunto de condições para que o sujeito, mesmo tendo contato com a droga, consiga se proteger e não fazer o uso prejudicial.

Nessa direção, evidenciou no estudo de Vasters e Pillon (2011), que destacam que ter amigos usuários de uso abusivo de substâncias psicoativas e não ter o apoio da família são fatores de risco para o uso. O estudo indica que, dependendo das características das redes sociais, elas podem representar fator de risco ou de proteção para o uso de álcool e outras drogas. Assim, deve-se fortalecer a rede protetiva na tentativa de reduzir os prejuízos biopsicossociais.

Nesse contexto, o autor sinaliza a importância dos vínculos afetivo e social e a qualidade das relações no processo de tratamento no uso abusivo de álcool e outras drogas. Acrescenta que o sucesso do tratamento pressupõe a promoção do autocuidado, autocontrole e diminuição dos prejuízos pessoais e sociais associados ao uso abusivo de substâncias psicoativas (ZEMEL, 2013).

Com isso, é importante identificar se a rede social possui fator de risco e/ou proteção, para que se planeje ações que envolvam prevenção e atenção aos usuários de drogas, tendo sempre em vista o potencial da rede social nesse processo, desde que esta tenha vínculos fortalecidos e desempenhem funções protetivas. Além disso, as condições sociais, culturais e econômicas exercem influência sobre o consumo de drogas e também na esfera da prevenção.

Por essa razão, são determinantes e necessitam ser consideradas para a compreensão do fenômeno das drogas e para elaboração de estratégias de intervenção (BORGES *et al.*, 2017).

Diante disso, a rede social é uma trama relacional e o cuidado e a atenção da saúde em álcool e outras drogas deve priorizar o fortalecimento dos vínculos da rede de apoio do usuário, reestabelecendo relações fragilizadas e possibilitando a construção de novos vínculos protetivos (PAULA *et al.*, 2014). No que se refere especificamente ao uso prejudicial de drogas, redes sociais integradas, saudáveis, com familiares e amigos entre seus membros, a qualidade das relações, a vinculação entre os membros e as funções desempenhadas pelos vínculos podem ser importantes fatores de proteção (ZEMEL, 2013).

Evidencia-se a necessidade de a família, a comunidade e os profissionais refletirem sobre a importância das redes sociais no contexto do uso de drogas e no tratamento para pensar em novas estratégias de ações que insiram as redes sociais como parceiras e corresponsáveis no processo de prevenção, cuidado e atenção à saúde do usuário de uso abusivo de álcool e outras drogas (BORGES *et al.*, 2017).

Somado a isso, para que o cuidado e atenção dos usuários de álcool e outras drogas tenha maior efetividade, são necessárias ações ampliadas. Nesse sentido, a participação das redes sociais saudáveis, ativas e fortalecidas configuram-se como importantes corresponsáveis por esse processo. Por outro lado, redes com características que favoreçam o uso prejudicial de drogas pelos seus membros e que dificultam a adesão ao tratamento precisam ser manejadas de forma que não interfiram negativamente no processo de escolha do indivíduo. Por fim, redes ativas, com a participação da família e com vínculos fortalecidos tendem a ser mais efetivas no auxílio para o usuário de álcool e outras drogas (BORGES *et al.*, 2017).

3.3.2 Categoria II. Apresentação das estratégias realizadas diante das dificuldades em aderir ao tratamento: apresenta as estratégias que os profissionais utilizam diante das dificuldades em aderir ao tratamento.

Neste estudo, evidenciou-se que as estratégias utilizadas pelos profissionais da saúde mental diante das dificuldades da não adesão foram: a busca ativa por meio das visitas domiciliares, bem como as orientações e reflexões sobre a importância de continuar no tratamento.

## II.I Busca ativa por meio das visitas domiciliares

*[...] fazemos a busca ativa, visitas domiciliares, investigo com a família para saber o que está acontecendo, parceria com a família, às vezes ele recaem e ficam bebendo então a família fala que ele está com vergonha de voltar, porque eles falam que fracassou (E10).*

Os achados mostram sintonia com o estudo de Silva *et al.* (2016), o qual ressalta que as visitas terapêuticas, são atendimentos realizados por todos os profissionais que compõem a equipe multidisciplinar do CAPS AD III, por meio de instrumento previamente criado pela própria equipe que possui o objetivo de avaliar as diversas áreas da vida do sujeito, identificando os aspectos necessários de intervenção e melhor atuação no tratamento de cada pessoa.

Na mesma direção, Amaro (2007), corrobora que a visita domiciliar é uma metodologia de trabalho que favorece a compreensão social por meio da prática da observação, do atendimento no espaço do indivíduo em seu âmbito familiar. Ela é uma prática profissional, investigativa ou de atendimento, realizada por um ou mais profissionais, junto ao indivíduo em seu meio social ou familiar. Por ser uma técnica, ela organiza-se, mediante o diálogo entre visitador e visitado, no geral organizado em torno do relato do indivíduo ou grupo visitado. Dessa forma, a visita domiciliar é modalidade de intervenção que reúne pelo menos três técnicas: a observação, a entrevista e o relato oral.

## II.II Orientações e reflexões sobre a importância de continuar no tratamento

*[...] a gente vai tentar orientá-lo para ele conhecer melhor o tratamento e assim viabiliza-lo a melhor forma para tratá-lo (E01).*

O resultado do estudo sobre as orientações e reflexões realizadas com as pessoas que estão no serviço estão de acordo com o que preconiza as ações da Redução de Danos. Ressalta-se que as ações de Redução de Danos são definidas por meio da Portaria nº 1.028/GM de 1º de julho de 2005, determinam que as medidas de atenção integral à saúde dos usuários devem ter como objetivos principais ações voltadas para a informação do usuário e de seus familiares, a educação e aconselhamentos permanentes, além da assistência social e à saúde dos envolvidos (BRASIL, 2005).

Nesse contexto, envolve-se ainda a disponibilidade de insumos de proteção à saúde e a prevenção ao HIV/AIDS. São ações que incluem o estímulo à adoção de comportamentos mais seguros no consumo de substâncias que causem dependência, focando em orientações

sobre os cuidados nas práticas sexuais, o desestímulo ao compartilhamento de instrumentos utilizados para o consumo de produtos; entre outros (BRASIL, 2005).

Além disso, a orientação, a reflexão, poderá ajudá-lo (a) na compreensão da situação, nos efeitos que a substância acarretará em seu organismo. Nesse sentido, o fornecimento de informação para a pessoa que busca o cuidado e atenção, tem como objetivo que ele (a) entenda o seu funcionamento. A orientação terapêutica não é especificamente uma intervenção, mas pode interferir no sucesso do tratamento, aumentar a confiança do cliente na abordagem terapêutica e ampliar sua forma de pensar sobre a situação. Esta orientação pode variar quanto ao formato e método, dependendo das necessidades e metas de cada indivíduo (WRIGHT *et al.*, 2008).

Diante disso, o Wright *et al.* (2008), apontam algumas estratégias que podem ser aplicadas no processo de orientação, a saber: adaptar à capacidade da pessoa de compreender e processar informações; o fornecimento de explicações claras e breves, com ênfase colaborativa; a utilização de materiais escritos facilitadores; o incentivo à participação do cliente; a solicitação de feedback, de forma a verificar o entendimento do conteúdo apresentado; a recomendação de leituras específicas, pesquisas ou outras atividades educativas como tarefa de casa, além da consideração sobre o uso de um caderno para anotação pessoal ou a criação de um arquivo no seu celular no qual o cliente toma nota do que considerou importante no processo de aprendizagem.

3.3.3 Categoria III. Intervenções que favorecem a adesão e o desenvolvimento da autonomia: descrevem as intervenções dos profissionais que favorecem a adesão ao tratamento e o desenvolvimento da autonomia.

A compreensão dos profissionais sobre os fatores que favorecem a adesão e o desenvolvimento da autonomia foram: A equipe ser acolhedora, bem como mediar o desenvolvimento da autonomia que acontece por meio dos espaços que ele (a) vai ocupando, conforme relatos abaixo:

### **III. I. A equipe ser acolhedora**

*[...] o cuidado que o profissional oferece, profissionais sensíveis à causa; ter uma boa escuta; profissionais qualificados no serviço; profissionais que queiram está lá (E10).*

*[...] um acolhimento humanitário é fundamental (E01).*

*[...] eles precisam ser bem acolhidos, sentir que são bem acolhidos, porque a maioria das vezes eles já vêm sendo discriminados, às vezes até pela própria família, então assim a forma como a gente acolhe é fundamental importância para essa permanência no tratamento (E08).*

Os dados corroboram com os já verificados por Picoli (2013), os quais os usuários de um CAPS AD III, que participaram do estudo, salientaram a importância da função acolhedora do serviço. A equipe acolhedora tem como principal função compreender a pessoa na sua integralidade, entendendo que além do uso abusivo de álcool e/ou das drogas existe um ser humano com qualidade e defeito.

Nesse sentido, o resultado deste estudo está em sintonia com os achados de Scaduto (2009), o qual também registrou a importância da equipe acolhedora de saúde na adesão ao tratamento. Mencionou ainda, que os profissionais são vistos como facilitadores da afiliação do no processo de tratamento a partir de uma relação de confiança e de acolhimento.

Assim, o acolhimento é importante em diferentes tipos de atendimento, mas na Redução de Danos (RD) especificamente auxilia na aceitação e compreensão daquele sujeito e das possibilidades dele e de quem está ao seu entorno, trazendo o máximo possível para aquela realidade e utilizando diversos recursos para que aquele momento possibilite minimizar os danos sociais (PYSKLIWITZ, 2020).

Dessa forma, o uso abusivo de álcool e outras drogas, pela sua magnitude, complexidade e por envolver uma teia de questões culturais, sociais, econômicas, políticas, jurídicas, dentre outras como, atitudes e comportamentos dos usuários, impõe aos profissionais de saúde, compreender, nessa transversalidade, que o usuário não pode ser visto isolado e por uma única especialidade, mas por um compartilhamento de saberes, pautado no diálogo e em um novo modo de trabalhar em saúde para atender às demandas dos sujeitos (VELOSO *et al.*, 2016).

Neste contexto, as atividades terapêuticas ou psicossociais requerem dos profissionais que reforcem o acolhimento e cada vez mais abandonem o modelo asilar de tratamento das pessoas com uso abusivo de álcool e outras drogas, uma vez que a assistência deve se basear no atendimento individualizado e comunitário, e em respeito aos direitos dos usuários do serviço, levando em consideração a singularidade de cada pessoa (BRASIL, 2004).

Neste estudo também evidenciou a compreensão dos profissionais quanto ao desenvolvimento da autonomia da pessoa que está no serviço.



### III.II - Compreensão dos profissionais quanto ao desenvolvimento da autonomia da pessoa que está no serviço

*[...] percebo o desenvolvimento da autonomia através do seu semblante; do seu autocuidado; dos espaços que ele vai ocupando; das falas; dos olhares de satisfação; da condição clínica; da mobilidade de reflexão; está conseguindo pensar melhor; está mais organizado cognitivamente e emocionalmente; está construindo um projeto de vida; temos que ter muita essa ideia de que é um processo, não é na perspectiva da abstinência (E07).*

*[...] quando eles perguntam por trabalho, pode ver que ele está resgatando aquela pessoa que está ali dentro (E02).*

Os resultados da pesquisa de Fliglie et al. (2010) vão na mesma direção; a autora ressalta que ao longo do tempo de envolvimento com o uso de álcool ou drogas, são abandonados inúmeros hábitos saudáveis, dentre eles o autocuidado, as práticas esportivas e atividades físicas. Retomar esses hábitos, ou mesmo desenvolver novas habilidades durante o processo de recuperação, auxilia na manutenção do tratamento. Somado a isso, como forma de desenvolver novos padrões para se comportar, pode-se pensar em: aprender a manejar as emoções negativas (ansiedade, irritabilidade, tédio); favorecer a construção de uma autoimagem mais positiva, podendo usufruir de uma liberdade humana, entre outros.

Desse modo, autonomia e indivíduo são termos intrinsecamente articulados. Logo, se tal articulação se repete no campo do cuidado da saúde mental, o sujeito pode ir ganhando relevância também. Mas afinal, qual é o significado da palavra autônomo? Ela vem do grego *autos* - que quer dizer si mesmo – e *nomos* quer dizer lei, regra, norma - ou seja, significa aquele que tem o poder de dar a si mesmo a norma, a regra, a lei. Aquele que goza de autonomia e liberdade seria aquele com capacidade plena de autodeterminação. Assim, na modernidade, essa ideia é, sem dúvida, uma representação imediata da liberdade humana (LEAL, 2006).

A autonomia do sujeito no Serviço de Saúde mental possui relação com o processo gradual de afastamento da instituição, sendo considerado uma etapa fundamental na retomada da liberdade e na reabilitação social da pessoa atendida. Trata-se de um processo delicado, que pode exigir o enfrentamento de inúmeros desafios, mas que deve ser estimulado, tais como: a conquista da independência dos frequentes recursos terapêuticos institucionais, o enfrentamento de preconceitos diversos em relação ao transtorno mental, maior tempo de convivência com os familiares, a inserção em outras redes sociais e a retomada de um vínculo empregatício no mercado de trabalho (GOULART, 2013).

Nesse sentido, esses dados também corroboram com os encontrados no estudo de Cavalcante et al. (2012), no qual os participantes salientaram a importância do trabalho para suas vidas, como possibilidade de auto desenvolver-se, representando um elemento auxiliar no

processo de cuidado e atenção, bem como a redução no pensamento de inutilidade, aumentando o olhar para a capacidade de produção.

O resgate da autonomia dos usuários do serviço deve levar em consideração o potencial educativo presente nas relações terapêuticas estabelecidas na instituição. Pois, acredita-se que uma forma viável de promover esse processo seja oportunizar um acompanhamento do usuário não apenas dentro da instituição, mas também em outros espaços sociais que fazem ou podem vir a fazer parte de sua vida, como associações esportivas, grupos populares de artesanato, canto, dança, entre outros (GOULART, 2013).

Cavalcante et al. (2012) ressalta que o CAPS-AD deve utilizar uma concepção ampliada de Redução de Danos, na qual haja acolhimento, atendimento extra muro, cuidado e a construção de vínculos sociais, colaborando para o desenvolvimento da autonomia de cada usuário e promovendo a redução de riscos e danos associados ao uso abusivo de álcool e drogas, de modo que a abstinência não seja exigida nem mesmo a única meta a ser alcançada pelo usuário no equipamento de saúde.

Nesta perspectiva, a reabilitação psicossocial se apresenta como um conjunto de atividades capazes de oferecer condições amplas de recuperação dos indivíduos através da utilização de recursos individuais, familiares e comunitários a fim de neutralizar os efeitos iatrogênicos e cronificadores da doença e do internamento. Reabilitar significa ajudar as pessoas a superar suas limitações e incapacidades e promover o autocuidado, a fim de elevar-lhes o autoconceito, oportunizando-lhes a restituição da autonomia, identidade pessoal e social (JORGE et al., 2006).

Com isso, os profissionais devem ajudá-los a desenvolver o autoconceito. Para a autora, a equipe multiprofissional, junto com o sujeito, pode manter um esforço intencional no desenvolvimento de interesse por atividades alternativas ao uso, pois é fundamental para a manutenção do cuidado e atenção. Hábitos funcionais devem ser cultivados, pois a satisfação genuína pode levar algum tempo para ser encontrada nos pequenos prazeres da vida, como um cinema, um jantar romântico, a leitura de um livro, um jogo de futebol, o aprendizado de um idioma ou de um instrumento musical, etc. Visto que por muito tempo, o único prazer da vida da pessoa envolvia o uso abusivo de drogas, portanto a equipe e o familiar devem estar cientes da dificuldade inicial em despertar interesse para novos hábitos e novas amizades (FLIGLIE et al., 2010).

Para tanto, considera-se fundamental conhecer e compreender quem são estas pessoas atendidas pelas instituições de saúde mental, quais são seus saberes, o que valorizam, de que forma se relacionam. É importante, sobretudo, que haja abertura por parte da equipe de

profissionais para repensar e reelaborar a estratégia terapêutica, com base no que o usuário traz, nesse contato, como significativo para si (GOULART, 2013).

3.3.4 Categoria IV. Compreensão sobre a influência da família no tratamento de álcool e outras drogas: contempla a participação da família na adesão ao tratamento.

Este estudo evidenciou que a família quando participativa ela é um facilitador da adesão, conforme os trechos a seguir:

*Ele tem que ter o apoio da família, quando ele está de alta, ele pode ir para casa ele vai ressocializar com as pessoas (E02).*

*Quando a gente consegue envolver a família do usuário e profissional no serviço parece que a coisa facilita o envolvimento da família nos objetivos parece que o usuário ver a importância disso, aqueles que a gente não consegue trazer a família é um pouco mais difícil (E05).*

*Consigo compreender a diferença do paciente que tem apoio daquele que não tem o apoio, tem família que chega apenas para despejar literalmente ele lá dentro, a família faz parte do processo e não apenas o dependente químico (E04).*

Observa-se nos relatos, que a família é fundamental no processo de construção dos novos modos de vida. Neste sentido, por entender que a família pode ser provedora de apoio e afeto, os resultados também estão de acordo com o estudo de SILVA et al. (2020), o qual menciona que a criação do Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas, permitiu ampliar os serviços ofertados e além do usuário, incluem o atendimento familiar, para então potencializar o vínculo familiar, proporcionando atividades de interação familiar-profissional-serviço, Elevando assim, a probabilidade do indivíduo reduzir os riscos sociais, pois dessa forma, realiza-se uma maior integração entre o usuário e as pessoas que o cercam, diminuindo o isolamento, que antes era comum, e facilitando a adesão.

Neste sentido, as ações neste serviço devem ser direcionadas às necessidades da pessoa, com atuação intersetorial, reabilitação psicossocial, incluindo a participação da família e comunidade.

Os profissionais deste estudo ressaltaram a importância da participação familiar, estes dados estão em sintonia com o encontrado por Zanatta et al. (2012), onde os usuários afirmaram que a participação da família é um grande incentivo, ao contrário, quando houve um afastamento desta, os usuários sentiram-se desmotivados a continuar o processo de tratamento. Evidenciou-se no estudo de Pires e Schneider (2013), no qual os participantes destacaram o reestabelecimento de vínculos familiar como promotor de melhores condições gerais de vida.

Isso pode ser compreendido do ponto de vista relacional do sujeito. Pois faz parte da essência dos seres humanos o desejo de criar e/ou reconstruir laços afetivos e sociais.

Moreno (2003), nos mostra que a participação família no cuidado com a pessoa só foi permitida com o Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, visto que antes dela, o membro familiar era deixado e/ou abandonado para tratamento em hospitais psiquiátricos nas grandes metrópoles e isso dificultava o acesso dos familiares a essas instituições.

Esse distanciamento da família esteve presente na relação sujeito-loucura até aproximadamente a década de 80 do século passado, quando emergiram novas possibilidades referentes ao papel e a participação da família no processo de tratamento. Essas perspectivas ocorreram em face da nova política na área da saúde mental, consequência do movimento da reforma psiquiátrica que aconteceu no país e orientou a transição dos espaços de tratamento da instituição coercitiva e restritiva para serviços comunitários de atenção à saúde mental (MORENO, 2003).

A participação familiar faz parte dessa nova realidade, a temática família e saúde mental passou a fazer parte do plano terapêutico singular do sujeito e vem despertando o empenho das várias áreas do conhecimento, haja vista que o novo modelo de assistência em saúde mental, estabelece a participação da sociedade, o trabalho em equipe e a inclusão da família no cuidado à pessoa com uso abusivo de álcool e outras drogas. Logo, a família deve ser considerada indispensável para a efetividade da assistência e percebida como um grupo de grande potencial de acolhimento, adesão e ressocialização de seus integrantes (ZANETTI, 2007).

Além disso, o usuário e a família precisam de um espaço de fala e escuta que possibilite o entendimento das flutuações como próprias do processo, e da redistribuição de papéis e poder na rede familiar como consequência da melhora do quadro. Sem acompanhamento, a família não terá um espaço para discutir a ansiedade e os sofrimentos que está reorganização desperta (PAULA *et al.*, 2014).

Somado a isso, as intervenções familiares fazem-se essencial, em virtude de alguns familiares atribuírem características negativas ao usuário de substâncias psicoativas e isso acontece, muitas vezes, em decorrência de uma relação familiar marcada pela perda de vínculos familiares. No entanto, quando o familiar entende a importância da sua participação nas ações realizadas pelo CAPS AD, pode haver uma mudança de significados em relação ao usuário, o que poderá melhorar o relacionamento familiar, reconstruir os vínculos de afinidade e afetividade e contribuir para a redução dos prejuízos que o uso abusivo pode provocar (PAULA *et al.*, 2014).

A esse respeito foram evidenciados em um estudo com a metodologia qualitativa e exploratória, tendo a participação de todos os profissionais de saúde mental realizada em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas da região metropolitana de Curitiba, que também afirmaram o papel da família como fator preditivo e protetivo na adesão ao tratamento de substância psicoativas (FERREIRA *et al.*, 2016). E isso demonstra que os profissionais da área da saúde mental têm a missão de elaborar projetos e estratégias de acolhimento às famílias dos usuários, buscando oferecer informações sobre as substâncias psicoativas e proporcionar um espaço de compreensão do sofrimento, visando a redução do conflito familiar, o afeto negativo, entre outros (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

Nessa perspectiva, evidenciou-se que a falta de apoio familiar foi destaque no estudo desenvolvido com a equipe multiprofissional, com a metodologia qualitativa e exploratória, no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas, localizado no município de Rio Grande/RS, apontou como barreiras o familiar não estar comprometido, pois, ele pode ser um dos incentivadores e a principal fonte de apoio que o usuário pode ter para se engajar em um projeto de mudança podendo transformar a forma de relacionar-se com a substância. Cabe destacar que é frequente, nestas situações, as relações intrafamiliares estarem fragilizadas, por essa razão tentar inserir o familiar no tratamento representa uma possibilidade de reconstrução dos vínculos afetivos (LOPES, 2017).

Acrescenta-se que no estudo com a metodologia transversal, com amostra composta por 125 prontuários dos usuários do CAPSAD que estiveram em tratamento no período de junho de 2009 a junho de 2011, na cidade de Campo Grande-MS, evidenciou-se quanto à participação familiar no tratamento, observou-se que, no grupo de adolescentes que permaneceram no serviço, a família participou com frequência no tratamento, enquanto, no grupo que não permaneceu, a família participou de forma pontual (ARAÚJO *et al.*, 2012). Além disso, pode-se compreender que muitas vezes a família tem interesse em participar, mas por alguma razão não consegue (BORGES; SCHNEIDER, 2020).

Somado a isso, foi confirmado no estudo de Paula *et al.* (2014), que os familiares de usuários de um CAPS AD, quando se engajaram no processo do cuidado passaram a ter uma visão mais compreensiva do usuário e de suas necessidades, o que contribuiu no processo do tratamento. Visto que o CAPS AD propicia ações de atenção integral, acolhimento, humanização, vínculo e responsabilização. O cuidado oferecido no serviço tem como intuito propiciar sentimentos de pertencimento à uma rede social, construir e/ou fortalecer vínculos, e viabilizar a reinserção social. Com isso, a participação da família é um fator relevante no

tratamento do usuário, assim como é importante que a família receba o apoio e suporte do CAPS AD (ARAÚJO *et al.*, 2012).

Por fim, cabe compreender que os problemas relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas e o processo do cuidado representam um fenômeno complexo, que requer uma análise e compreensão sistêmica dos fatores envolvidos, seja no processo do uso, seja no âmbito do cuidado, com isso, diante do cuidado oferecido é evidente na literatura a importância da participação ativa da família, como também a construção de novos vínculos significativos para o usuário, uma vez que o uso de substância psicoativa é multideterminado e pode envolver aspectos relacionais do sujeito (BORGES; SCHNEIDER, 2020).

3.3.5 Categoria V. Descrição sobre os processos de atendimento referente às pessoas que procuram o Centro de Atenção Psicossocial Álcool, Crack e outras Drogas: apresenta o fluxo e o processo de trabalho do profissional que realiza o acolhimento das pessoas que buscam o serviço.

Os participantes destacaram que o serviço trabalha com portas abertas, abaixo estão os relatos que elucidam essas percepções:

*[...] aqui é portas abertas, demanda espontânea, referência, por exemplo, da Unidade Básica de Saúde, Hospital Geral ou qualquer outro ponto da Rede de Atenção Psicossocial (E04).*

*[...] demanda espontânea, vem encaminhados da justiça; a família traz, encaminhados pela Unidade Básica de Saúde, UPA, SAMU, vem pela rede (E06).*

Observa-se que estes dados estão em sintonia com o que preconiza a Portaria Nº 130, de 26 de janeiro de 2012, a qual descreve as seguintes características de funcionamento: constituir-se em serviço aberto, de base comunitária que funcione segundo a lógica do território e que forneça atenção contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados (BRASIL, 2012).

Cabe destacar que o CAPS AD III propicia ações de atenção integral, acolhimento, humanização, vínculo e corresponsabilização. Acredita-se que a sua criação foi um grande marco para a saúde mental. Pois tem como principal característica ser um serviço aberto e de base comunitária do Sistema Único de Saúde. Diante disso, acolhe as pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de substâncias psicoativas. É considerado um lugar de referência de cuidado e proteção para usuários e familiares em situações de gravidade, apresentando

disponibilidade para acolher casos novos e os já vinculados, sem agendamento prévio e sem qualquer outra barreira de acesso, em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados (BRASIL, 2012).

Diante disso, a instituição deve adequar a oferta de serviços às necessidades dos indivíduos, recorrendo às tecnologias de baixa exigência e mais sensibilidade, disponibilizando acomodação dos horários, acolhimento de usuários mesmo sob o efeito de substâncias, dispensação de insumos de proteção à saúde e à vida (agulhas e seringas limpas, preservativos, etc.), dentre outras (BRASIL, 2012).

**Abaixo estão os relatos que ilustram como são realizados o primeiro acolhimento em alguns CAPS AD III do Estado do Tocantins:**

*[...] quando eles chegam sempre são acolhidos pelo profissional que estiver disponível no momento, quando é feito por mim é feito a escuta né, essa acolhida para poder interagir com esse paciente né conhecer as demandas que o paciente traz e a partir daí ver que tipo de intervenção pode ser feito (E08).*

*[...] faço um questionário; conheço melhor o contexto familiar; faço os encaminhamentos pertinentes né (E01).*

*[...] colho informações iniciais; construo vinculação; enxergo o outro na sua dimensão sem julgamento; sem avaliação; é sentir; é ouvir, é perceber o que não está explícito; é enxergar que são pessoas como nós (E07).*

Os relatos dos entrevistados demonstraram que a execução do acolhimento apresenta flexibilidade e sem barreiras, ora por demanda espontânea, ora por encaminhamento da rede. Além disso, utilizam-se técnicas para levantar dados e informações. Importante mencionar que, no contato inicial busca-se conhecer e identificar esse sujeito, para então entender o histórico de vida, bem como verificar a existência dos fatores de risco e/ou sofrimento significativo, para que assim, o (a) profissional e usuário (a) do serviço possam construir estratégias sustentáveis para aumentar os fatores protetivos e reduzir os riscos psicossociais.

Dessa forma, o acolhimento inicial realizado no CAPS AD III, acontece por algum profissional que esteja em seu período de expediente. Esse primeiro atendimento ocorre ou por demanda espontânea ou referenciada, sem a necessidade de agendamentos prévios, incluindo uma escuta qualificada em coerência com a fala do sujeito e/ou familiares, para compreender a demanda, construindo nesse momento inicial um vínculo terapêutico (BRASIL, 2015).

Diante disso, Moreira *et al.* (2018), diz que o acolhimento envolve também uma perspectiva clínica que exige habilidades técnicas e apropriação sobre o funcionamento do serviço e da rede de atenção. Nesse sentido, é capaz de viabilizar uma avaliação psicossocial

que faça o delineamento inicial sobre a expressão e história de sofrimento e vulnerabilidade, indo além da identificação de sintomas, buscando a dimensão subjetiva destes, mas também vislumbrando ações e articulações concernentes às demandas apresentadas pelo sujeito e/ou seus cuidadores.

Para Silva *et al.* (2016), o ato de acolher deve pautar-se na escuta e na produção de vínculo, como ações terapêuticas cujas finalidades são identificar os riscos, as vulnerabilidades, as potencialidades, acolher os medos e se responsabilizar por uma resposta à demanda trazida. A atitude acolhedora, pode ser uma condição facilitadora do crescimento pessoal, pressupõe a aceitação incondicional do indivíduo a partir da confiança e compreensão de suas experiências e sua personalidade.

Nota-se que, no acolhimento é necessário perceber as necessidades do sujeito e de sua família. Em síntese, uma função do acolhimento é distinguir o tipo de queixa e demanda para avaliar a adequação dos serviços em relação ao sujeito. Reconhece-se que, deve-se avaliar vários fatores, como por exemplo, o deslocamento/distância e recursos financeiros para frequentar o serviço, quais suportes e de acompanhamento se preciso terá para frequentar o serviço. Logo, o diagnóstico psiquiátrico, por si só, não é suficiente para definir a inserção do sujeito num serviço. Então precisamos também de avaliar sua condição nos três cenários onde a vida cotidiana se desenrola: família, comunidade e trabalho (RODRIGUES; BROGNOLI, 2014).

O acolhimento é importante em diferentes tipos de atendimento, mas na Redução de Danos (RD) especificamente auxilia na compreensão daquele sujeito e das possibilidades dele e de quem está ao seu entorno, trazendo o máximo possível para aquela realidade e utilizando diversos recursos para que aquele momento possibilite minimizar o sofrimento. Tendo como objetivo reduzir os danos decorrentes do consumo abusivo, até chegar num ponto que não comprometa a saúde do indivíduo, socialmente, com a justiça, com o financeiro, entre outros (PYSKLIWITZ, 2020).

Com isso, o acolhimento inicial seria então, compreender qual o sentido da droga para o sujeito, quais as significações e a partir disso desenvolver recursos e espaços para ressignificação do uso abusivo da droga para que assim ele tenha consciência da sua relação com a substância e possa realizar outras escolhas, que até no momento não eram refletidas (PYSKLIWITZ, 2020).

Torna-se importante salientar, o acolhimento não é uma ação que ocorre apenas no primeiro contato com o serviço de saúde, o trabalhador do CAPS AD III acolhe o usuário durante todo o seu projeto terapêutico e seu cotidiano no serviço, por meio de uma escuta



qualificada e uma atenção humanizada e integral. Podendo está disponível para escutar, prestar atenção e valorizar o que o usuário tem a lhe dizer, significa ter empatia, centrar a atenção na pessoa e não na doença, sendo um processo cotidiano e não só no primeiro acolhimento (SILVA *et al.*, 2016).

Nessa perspectiva, destaca que o CAPS AD III, serviço de portas abertas está disponível para acolher tanto o sujeito sob efeito de substância, quanto àquele que não se encontra sob efeito e nesse sentido a pesquisa realizada em um CAPS AD na cidade de Florianópolis, com metodologia qualitativa, no qual os profissionais apresentaram como realizam o acolhimento do indivíduo que está sob efeito de droga e aquele que está sem o efeito de substâncias. O acolhimento em que há a presença da droga em face do sujeito que procura o serviço, há uma tentativa de um diálogo possível com o sujeito. Busca-se observar a demanda, como a pessoa se encontra, uma tentativa de diminuir o sofrimento do indivíduo naquele momento e estabelecer a melhor estratégia para o acolhimento do usuário sob efeito de drogas, respeitando o movimento dele, um atendimento menos rigoroso e exigente. Assim, nesse primeiro momento busca-se minimizar os riscos possíveis, tanto do sujeito quanto da equipe. Já o acolhimento com o usuário sem efeito de substâncias é observado a demanda para inserção, técnicas para colher dados e buscar compreender a necessidade que trouxe ele para o serviço (PYSKLIEWITZ, 2020).

Diante disso, a inclusão do paciente no CAPS AD III ocorre por meio de um diálogo terapêutico e uma escuta qualificada com o intuito de fazer uma anamnese geral dos usuários que chegam ao serviço. Pode-se colher a história da vida, traça-se o projeto terapêutico e fazem os encaminhamentos se necessário, permitindo também que ele (a) expresse suas expectativas e demandas (SILVA *et al.*, 2016).

Nesse contexto, a pesquisa realizada por Borges e Schneider (2020), de natureza qualitativa com delineamento descritivo e de corte transversal. Tendo o campo de pesquisa o um CAPS AD do Sul do país. No qual participaram do estudo um total de 13 participantes, oito usuários e cinco familiares. Evidenciou-se neste estudo que o vínculo que os usuários estabelecem com os profissionais do CAPS AD e o acolhimento recebido no serviço, representam a principal estratégia do cuidado, os participantes também descreveram que estar no serviço e criar laços afetivos neste ambiente configurou-se como recurso para os usuários manterem-se ativos e buscaram reinserer-se socialmente.

Assim, entende-se que o acolhimento não é apenas um local, mas uma postura ética, não possuiu hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidade, angústia e invenções sendo uma ação necessária e indispensável

em todos os locais e momentos do serviço de saúde (BRASIL, 2004).

Entretanto, de acordo com determinados entrevistados, o acolhimento em alguns serviços é limitado, sendo realizado por um profissional especializado:

*[...] aqui o acolhimento é feito por nível superior, coletar informações, conhecer o paciente, conhecer sua família; compreender sobre a adição, sempre tento puxar informações por isso é muito importante são coletadas muitas informações, sinais vitais, explico como e o tratamento, o acolhimento é concluído quando o paciente tem entendimento de tudo (E02).*

*[...] feito por nível superior, escutar, levantamento queixas; fazer os encaminhamentos (E05).*

*[...] acolhido pela psicologia (E06).*

Deve-se considerar e envolver todos os profissionais que estão em seu período de expediente, reduzindo a fragmentação do cuidado e privilegiando um atendimento menos burocrático, visto que, o sujeito não poderá ficar prejudicado em decorrência da falta de um profissional de nível superior. Além disso, pode evitar condicionar a oferta de cuidados à exigência de frequência diária, à abstinência, respeitando o momento e o desejo do usuário, utilizando estratégias de redução de danos (BRASIL, 2015).

Dessa forma, acolher ou se disponibilizar para o outro é valorizar como o usuário se apresenta, é o serviço estar de porta aberta para o usuário, com suas vivências. Assim, gera uma atitude de reconhecimento do outro como legítimo interlocutor. É uma atitude transversal e não uma etapa do processo de trabalho no serviço, mais que receber ou realizar a triagem, nesse sentido, o acolhimento não é apenas um procedimento; portanto, não pode ser agendado para depois. Logo, faz-se necessário compreender como o outro se apresenta no qual possibilitará a identificação das prioridades, facilitando a construção do Projeto Terapêutico Singular, realizando assim uma coprodução do cuidado entre usuário e serviço (BRASIL, 2015).

Nessa direção, é necessário envolver e formar profissionais habilitados e sensíveis, sintonizados com os princípios da humanização e da atenção psicossocial e principalmente dispostos a romper com princípios de controle, exclusão, profundamente enraizados na nossa sociedade. Pois o acolhimento é parte fundamental da assistência humanizada na saúde mental à medida que propõe mudanças na interface profissional, reconhecendo o usuário do serviço como sujeito participante no processo de produção da saúde (BRASIL, 2004).

Diante disso, a literatura afirma que o acolhimento se faz necessário o envolvimento de todos os profissionais inseridos no serviço para que assim, o acolhimento deixa de ser uma ação isolada e fragmentada e se multiplica em inúmeras ações, a humanização das relações em serviço, o ato de escuta e a produção de vínculo, compartilhamento do conhecimento, uso ou

não dos saberes para melhoria da qualidade das ações de saúde mental. Sendo assim, sugere-se que a interdisciplinaridade seja um instrumento indispensável ao acolhimento, uma vez que estimula a ruptura dos paradigmas (BRASIL, 2004).

3.3.6 Categoria VI. Forma de pensar sobre as pessoas que estão no tratamento do Álcool, e outras Drogas: aborda a expressão do pensamento dos profissionais sobre as pessoas que buscam o tratamento no CAPS AD III.

Este estudo evidenciou que alguns profissionais de saúde apresentam pensamentos estigmatizados para com as pessoas que estão no serviço, conforme relato:

*“Gosto muito de trabalhar com gente marginalizadas, pessoas vulneráveis” (E02);*

*O próprio serviço ainda oferece um certo estigma e preconceito e o usuário percebe isso” (E05).*

Esses achados divergiram com os encontrados no estudo Bard *et al.* (2016), os quais corroboram que uma questão que deve ser revista com urgência é a de que toda pessoa que faz uso abusivo de álcool ou drogas é incapaz, é marginal, é um perigo para a sociedade, pois trabalhar na Política de Álcool e outras Drogas significa aceitar que o consumo existe e a partir disso, promover uma ressignificação na forma do cuidado, com vistas a evitar rotular os sujeitos e limitar as oportunidades dos indivíduos.

Nessa direção, o autor pontua que as pessoas que fazem uso com frequência de substâncias psicoativas tendem a sofrer consequências sociais, são rotulados como pessoas improdutivos (as), marginais, são pessoas difíceis e são colocados (as) a baixo de todos os degraus da hierarquia social, desta forma a sociedade mantém uma visão estereotipada de que esses usuários devem ser excluídos da sociedade, possuem uma visão retrógrada de higienização social, e muitos ainda nem sequer os consideram como cidadãos de direitos (BARD *et al.*, 2016).

Nesse contexto, o estigma ainda é carregado na sociedade, devido a longa cultura de exclusão social, repressão e violência, assim, como a visão proibicionista em relação às drogas, essa forma de compreensão dificulta a construção de um contexto institucional e social que acolha o usuário de álcool e drogas em sua singularidade, com respeito a sua liberdade e autonomia (PYSKLIIEWITZ, 2020).

Nessa perspectiva, o usuário de álcool e outras drogas carrega estigma presente em nossa sociedade, mas que isso ocorre também por parte dos profissionais que com eles trabalham, gerando essa condição estigmatizada. Por isso, a Redução de Danos é uma abordagem centrada

nas pessoas, uma política pública que vê o usuário de substâncias com suas potencialidades, e não a droga que o sujeito usa, construindo assim uma relação entre as pessoas não julgadoras e não prescritivas. Essa relação que se estabelece faz com que o sujeito se sinta muito mais reconhecido e empoderado de suas ações (LIRA *et al.*, 2018).

Diante disso, os profissionais de saúde dentro da Política de Álcool e outras Drogas têm a função de buscar acessar um segmento que muitas vezes está à margem da rede de saúde e social por temer o estigma e a rejeição. A aceitação de cada um destes usuários como sujeitos de direito e o respeito ao lugar que ocupam socialmente confere às abordagens de redução de danos a possibilidade de construção de um vínculo de confiança, base sobre a qual se desenvolverá o trabalho (BRASIL, 2019).

Nesse sentido, a proposta da Redução de Danos proporcionou que os profissionais da saúde pudessem ter um novo olhar sobre o usuário, e compreender a importância de que ele participe de todas as decisões que envolvem o seu processo/tratamento. Quando os profissionais da saúde têm contato com a estratégia de RD, diminuem-se as percepções preconceituosas com relação aos usuários. A RD vem como um de seus pilares combater a estigmatização e os preconceitos, diferente dos modelos anteriores onde os usuários de drogas eram taxados de delinquentes (FARIA, 2014).

Nesse contexto, a Redução de Danos pode ser entendida como uma estratégia válida, de acordo com a sua lógica de cuidado, na qual existe uma flexibilidade para a elaboração do projeto terapêutico, sendo que o sujeito é percebido em sua totalidade e não de maneira fragmentada, ou com o rótulo exclusivo de usuário de drogas, mas que necessita de diferentes saberes e especialidades de cuidado que utilizem práticas alicerçadas na superação da exclusão e do estigma dos usuários, e que objetivem o fortalecimento dos cuidados voltados à subjetividade, à corresponsabilidade e à manutenção dos direitos (FARIA, 2014).

Assim, faz-se necessário uma revisão de crenças sociais enraizadas sobre o estereótipo que essas pessoas carregam. Logo, sugere-se que a abordagem terapêutica aos usuários de substâncias psicoativas seja direcionada para as particularidades, considerando os aspectos do consumo, vulnerabilidade, fatores de risco e/ou protetivo e a ampliação do acesso e cuidado contínuo no âmbito do Sistema Único de Saúde. Por isso, torna-se um grande desafio e compromisso de quem realiza o cuidado para essas pessoas, pois é necessário utilizar as relações no sentido de edificar um cotidiano, por intermédio da construção mútua, entre os sujeitos (PYSKLIWITZ, 2020).

Alguns participantes relataram que trabalhar com essa demanda é difícil e percebem o uso abusivo de álcool e outras drogas como doença que não tem cura, conforme a seguir:

*[...] trabalhar com essa demanda é muito difícil e desafiador, muito complexo, não é uma coisa simples, complicada e delicada, doença que não tem cura (E05).*

*[...] estão ali doentes sobre o vício do álcool e outras drogas, e não conseguem sair por conta própria (E01).*

*[...] é muito desafiador porque nosso paciente não é bonitinho, não é um paciente organizado é um paciente que está em total vulnerabilidade ele está desorganizado ele está precisando de uma ajuda ele está adoecido (E10).*

Esses dados estão em desacordo com a Política de Redução de Danos, uma vez que se mantém a compreensão no modelo dominante na noção de doença, mantendo o entendimento do uso abusivo de substâncias psicoativas na perspectiva do modelo biomédico. Historicamente a díade proibicionista-abstinência é predominante no campo da saúde. Quando dizemos que um serviço de saúde opera baseado no modelo biomédico significa que o foco do cuidado está no sintoma e seu tratamento. Existe uma restrição à saúde aos aspectos físicos/biológicos, sem levar em conta e/ou minimizando o papel dos aspectos sociais, emocionais, culturais, econômicos, psicológicos, inclusive ignorando o sentido atual mais amplo de saúde, não mais como sinônimo de ausência de doença, mas como um conjunto de direitos e acesso a bens e serviços (BARD *et al.*, 2016).

Cabe destacar, que no Brasil, o modelo proibicionista guerra contra as drogas se caracterizou como estratégia que teve como prioridade a redução da oferta e estruturou-se por meio dos modelos morais e criminais que buscaram o enfrentamento às drogas, o encarceramento dos usuários e o modelo de tratamento da dependência das drogas como doença de origem biológica. Essas políticas proibicionistas têm suas características embasadas no medo, na repressão, na persuasão moral, na intolerância do consumo de drogas e no imperativo da abstinência como condição para o acesso aos programas de tratamento. Esse modelo é desconsiderado pois reduz-se o olhar, o cuidado e a atenção para o sujeito (LOPES, 2018).

Para Bard *et al.* (2016), um dos maiores estigmas no processo de tratamento do uso abusivo de álcool e outras drogas está na compreensão do sujeito como pessoa adoecida e na impossibilidade de “cura”. Já Queiroz *et al.* (2016), corroboram que o modelo da abstinência estabelece como critério de saúde e, por consequência, de "cura" da chamada dependência química, a abstinência de quaisquer drogas, associada a uma mudança comportamental com vistas à adoção de um "estilo de vida saudável". Nele, qualquer retomada do uso de drogas é

vista como um fracasso, promovendo a necessidade de retorno dos sujeitos ao tratamento, o que, não raro, leva a um ciclo de reinternações. Além disso, não são discutidas estratégias de redução de danos, nem considerados válidos arranjos pessoais construídos pelo próprio sujeito para lidar com seu uso de drogas.

Por isso, Atenção Psicossocial visa reduzir o reducionismo biomédico, não sendo um campo científico restrito a saberes e práticas originadas da psiquiatria e psicologia, mas sim da junção de diferentes ciências, como as sociais, humanas e políticas e outros modos de produção do conhecimento, como a filosofia e a arte. Assim, a atenção psicossocial objetiva uma movimentação e um diálogo com os atores que estão em cena, sendo constituída no cotidiano por meio da interação entre os diferentes profissionais de saúde, familiares e usuários dos serviços para a produção de saúde (LOPES, 2018).

Nesse sentido, a Política Nacional de Redução de danos contribui para o rompimento das práticas repressivas, nas quais a abstinência era o único objetivo a ser alcançado e, dessa forma, incluiu a compreensão dos direitos e respeito à liberdade e à singularidade dos usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2005).

Somado a isso, as autoras Carvalho e Dimenstein (2017), acrescentam que a ideia de que na Redução de Danos existe um investimento em um protagonismo do usuário no processo de cuidado. A RD abrange várias formas de metodologias, respeitando os objetivos de cada sujeito. Assim, podendo perpassar também pela abstinência, desde que essa abstinência seja uma escolha do indivíduo. Ou seja, a estratégia de Redução de Danos não é contra a abstinência, já que a RD é favorável à autonomia do sujeito.

Nessa direção, é necessário ampliar-se os conceitos acerca da loucura e passar a enxergar a existência destas pessoas a partir da ótica de sujeitos de direitos, devendo os profissionais estar, primeiramente, comprometidos com uma proposta de prestação de assistência qualificada e ética que balize o relacionamento interpessoal, entre o profissional e o usuário dos serviços (MORAES, 2008).

Nessa linha de raciocínio, os autores Baratieri *et al.* (2012), destaca que é importante construir uma relação pessoal estreita e duradoura entre o profissional de saúde e a pessoa que precisa de proteção, permitindo que esta reconheça o serviço como capaz de satisfazer suas necessidades, amparada por profissionais interessados pela vida daquele que demanda o cuidado e não somente em sua patologia. Pode-se considerar que usuários que demandam um tempo mais prolongado de cuidado, como no caso do álcool, e outras drogas exigem uma relação amigável, pautada no respeito, na confiança, na autonomia, no tempo e sustentada por um diálogo constante durante todo o processo de tratamento.

Sendo assim, o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas, deve funcionar com o objetivo de que o sujeito se aproprie de sua história e compreenda sua subjetividade, bem como sua rotina. Dessa forma, podendo receber a melhor estratégia de cuidado e amparo. Articulado a ele pode ser pensado o modo de trabalho por meio da Redução de Danos como estratégico, sendo a perspectiva da abstinência de menor poder de consideração do sujeito alvo do atendimento (PYSKLIWITZ, 2020).

Diante disso, oferece-se orientações aos usuários, para que quando façam uso da substância o façam da maneira menos prejudicial possível. Desta maneira, é importante que os profissionais de saúde estejam capacitados a orientar adequadamente os indivíduos, com atitude empática e desprovida de estigmas e preconceitos. Para tal, precisam estar bem informados sobre as alternativas existentes, além dos modelos de tratamento baseados na abstinência total (BRASIL, 2019).

Na sequência, alguns participantes mencionaram o sentimento de frustração, quando os usuários do serviço não atendem às suas expectativas:

*[...] frustração um pouco né, agente cria muita expectativa no paciente e às vezes ele não atende aquilo que a gente propôs para ele, então às vezes a gente sente um pouco (E06);*

*[...] eu achei um pouco frustrante porque a gente quer resultados né, e aí como o CAPS AD trabalha com a Redução de Danos, agente termina que eu particularmente a princípio fiquei um pouco frustrada (E08);*

*[...] nós enquanto profissional pode ser um dificultador dependendo da forma como é acolhido a primeira vez ele pode retornar ou não. Temos esse estigma às vezes, se não sai como desejaria que saísse (E04).*

Observa-se que os resultados deste estudo estão em desacordo com o que preconiza a Política de Redução de Danos, pois ela é tolerante e evita o julgamento moral sobre os comportamentos relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas, evitando intervenções autoritárias e preconceituosas. Com isso, recomenda-se que é essencial entender sobre o fenômeno do uso abusivo de substância e suas características, para que o profissional diminua as frustrações e aumente as expectativas das pessoas e familiares acerca do processo de cuidado e atenção (BARD *et al.*, 2016).

Além disso, deve-se contemplar a diversidade e compreender que cada sujeito estabelece uma relação particular com as substâncias e que a utilização de abordagens padronizadas como pacotes prontos e impostos para todos é ineficaz e excludente, especialmente porque muitos serviços que trabalham com a lógica da exigência da abstinência excluem usuários que não querem ou não conseguem se manter abstinentes (CRUZ, 2016).

Estes dados também divergem dos achados de Manentes (2018), o qual ressalta que não é submetendo o ser humano a algum tipo de imposição que se conseguirá a inclusão da pessoa no processo de transformação. Assim, a proposta de intervenção deverá levar em consideração os objetivos do sujeito. Por isso, o autor recomenda que é essencial entender sobre o fenômeno do uso abusivo de substância e suas características, respeitando o sujeito na tomada de decisão.

Identifica-se que os resultados deste estudo diverge do estudo de Pyskiewitz (2020), no qual o profissional do serviço deve ser um facilitador no processo de cuidado, mas para isso, deve-se compreender qual o sentido da droga para o sujeito, quais as significações e a partir disso desenvolver recursos e espaços para ressignificação do uso abusivo do álcool e outras drogas, para que assim o indivíduo tenha conhecimento da sua relação com a substância e possa realizar escolhas, que até no momento não eram refletidas. É compreender então qual a função que a droga exerce na vida da pessoa, e quais os fatores que motivam ao uso abusivo da substância.

Nessa perspectiva Lira *et al.* (2018), ressaltam que o CAPS AD deve garantir um atendimento humanizado e busca-se um projeto terapêutico próprio para cada sujeito, respeitando suas escolhas. Nesse sentido, a prática de saúde junto ao usuário de álcool e outras drogas por meio da Redução de Danos procura construir as intervenções junto ao usuário, um cuidado, uma promoção da qualidade de vida, e uma reflexão sobre o uso da substância. Pois, sabe-se que, os seres humanos estão cercados por sentimentos complexos e ao buscar ajuda, se o serviço possui alta exigência algumas pessoas poderão aumentar a fragilidade e distanciar do dispositivo.

Por isso, a estratégia de redução de danos é uma maneira de se abordar o usuário de drogas, descentrando o foco do problema, da erradicação e da abstinência e privilegiando o direito à saúde de todos e o respeito à liberdade individual daquele que não deseja ou não consegue interromper o uso da droga. Dessa forma, a Política Nacional de Redução de Danos surge como uma estratégia de cuidado aos usuários que não conseguem ou que não desejam realizar a suspensão do uso das substâncias psicoativas. Essa estratégia tem como objetivo expandir as possibilidades de cuidado para além de ações de cunho repressivo e que objetivam a abstinência como uma única forma de tratamento (LOPES *et al.*, 2018).

A estratégia de Redução de Danos encontra diversos desafios para a sua efetivação, a falta de capacitação profissional, descrédito da proposta, entre outros. Entretanto, cuidar dos usuários de substâncias psicoativas é considerar o modelo biopsicossocial de saúde, olhando o sujeito em sua totalidade e como um ser ativo no processo saúde/doença. Tem-se a necessidade de realizar uma maior participação dos usuários de álcool e outras drogas na escolha do seu



tratamento, para que possam realizar suas escolhas, decidir sobre o modelo de tratamento que deseja seguir (MANENTE *et al.*, 2018).

Além disso, Carvalho e Dimenstein (2017), recomendam, que as equipes técnicas inseridas no CAPS AD possam ser sensíveis, e promover ações flexíveis, com baixa exigência para atender a todas as demandas, desde os sujeitos que queiram parar de fazer uso da droga, os que querem e não conseguem, e também os que não querem parar de fazer uso, pois o serviço deve dar assistência para todos. Pois, sabe-se que a pessoa que faz uso de substâncias lícitas ou ilícitas é um ser humano e antes de tudo deve ter seus direitos respeitados e, inclusive, sua decisão por manter o consumo.

Nessa perspectiva, deve-se buscar junto aos sujeitos soluções para o uso abusivo de álcool e outras drogas em que se considere a importância dela, o quanto ele pode reduzir naquele momento sem impor que ele pare de usar a substância, mas acolher as necessidades atuais daquele sujeito, auxiliar que ele compreenda sobre os efeitos do uso das drogas em sua vida, pensar com ele o que mais poderia fazer, auxiliar o sujeito a compreender a autonomia naquele processo, e que compreenda sobre si (PYSKLIIEWITZ, 2020).

Por fim, entende-se que a Redução de Danos trata-se de criar condições para que o sujeito venha a exercitar o cuidado de si e a desejar um projeto de vida, em lugar de o Estado impor o acesso a seus direitos como um dever. Dessa forma, por meio da RD desenvolve-se várias formas de cuidados, entre elas, a perspectiva de encontrar junto ao sujeito novas prioridades e produzir projetos de vida, sempre valorizando e potencializando a autonomia com maior participação na escolha do seu processo de cuidado (PYSKLIIEWITZ, 2020).

3.3.7 Categoria VII. Compreensão sobre a Rede de Atenção Psicossocial de álcool, e outras drogas. Apresenta o modo de pensar e a relação que os profissionais estabelecem com a Rede.

Os participantes do estudo mencionaram que a Rede de Atenção Psicossocial no Estado do Tocantins está fragmentada, desarticulada em lado oposto das conquistas da Reforma Psiquiátrica, conforme se percebe nos seguintes relatos:

*[...] à questão da rede de atenção psicossocial, é uma rede fragmentada que dificulta o atendimento de forma integral (E04);*

*[...] o que vejo, na prática existe um jogo de empurra-empurra chegou um usuário de crack na UBS eles não atendem, já mandam para o caps ad, simples fato dele ser dependente químico parece que os outros serviços entendem que o responsável é apenas o ad (E05);*

*[...] cheia de furos; bastante precária; dificuldade enorme de acionar a rede; por exemplo o SAMU protocolo dificultado; se recusam a vir buscar o paciente, colocando em xeque nossa visão de saúde mental, há muito preconceito (E03).*

*[...] falha em muitos sentidos; desarticulada; não estamos falando a mesma língua; existe uma lacuna muito grande entre uma unidade e outra que precisa ser diminuído, diminuir essa distância com diálogo, falta dispositivos, não temos unidade de acolhimento para acolhermos essas pessoas de rua que estão com problema de vulnerabilidade (E07).*

Os resultados da pesquisa de Amorin e Severo (2019), vão na mesma direção, os quais ressaltam que o serviço apresenta uma fragmentação no cuidado, visto que os usuários do serviço relataram que o CAPS AD III é o único local onde realizam qualquer atividade fora de seu domicílio em seu cotidiano. Diante disso, aumentam-se as relações de dependência dos usuários com o serviço substitutivo, evidenciando-se a não territorialização das práticas de cuidado pelos serviços substitutivos, produzindo o processo de isolamento social, expressos em um cotidiano construído a partir da rotina institucional dos serviços, na contramão do que seriam efetivos processos de desinstitucionalização.

Nessa direção, os profissionais de saúde mencionaram a uma fragmentação no cuidado e Shimazaki (2018), conceitua sobre a diferença entre fragmentação e integração do cuidado. Contemporaneamente, os sistemas de saúde podem ser classificados como modelos fragmentados ou integrados de saúde. Nos modelos fragmentados, não há comunicação entre os diversos pontos de atenção à saúde, que funcionam isolados e se mostram incapazes de prestar uma atenção contínua à população. Já na forma integrada, há uma comunicação fluida entre os diferentes níveis de atenção à saúde, organizados através de uma rede que atende uma população definida.

Assim, nos modelos fragmentados, temos a concepção de uma estrutura piramidal e níveis hierárquicos com complexidades crescentes, bastante contestada por considerar a atenção primária como menos complexa por usar baixa densidade tecnológica de equipamentos diagnósticos e terapêuticos. Sua complexidade está nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e mudanças de atitude, na incorporação de instrumentos tecnológicos vindos das ciências sociais e humanas na compreensão do processo saúde/doença e na intervenção coletiva e individual, exigindo modificações significativas na abordagem do indivíduo, da família e da comunidade bem como uma atuação integrada dos diversos setores da gestão pública municipal (SHIMAZAKI, 2018).

Já nas redes integradas de atenção à saúde, não há uma hierarquia entre os diferentes pontos de atenção à saúde, mas a constituição de uma rede horizontal de pontos de atenção à saúde de distintas densidades tecnológicas, sem ordem e sem grau de importância entre eles.

Deste modo, quando pensamos em um modelo integral de atenção para usuários de AD, temos que considerar outros dispositivos além dos CAPS AD: as redes sociais e comunitárias; a atenção primária, principalmente a Estratégia de Saúde da Família; Centros de Convivência; Agentes Redutores de Danos; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); Unidades de Desintoxicação (UD); entre outros (SHIMAZAKI, 2018).

Entretanto, são encontrados alguns desafios para implantação do modelo integral em saúde dos usuários de álcool e outras drogas, podemos citar a própria resistência à implantação do SUS, sobretudo pelos interesses corporativos e de mercado. Outra questão relevante é a formação profissional na área da saúde que não contempla o problema de AD, e que ainda pautada pelo modelo biologista de causalidade, tanto perpétua e gera preconceitos com o tema, como resistência a mudanças propostas, em especial, às estratégias de redução de danos (DE OLIVEIRA & SANTOS, 2010).

O autor também considera como desafios a serem enfrentados: a descontinuidade na administração pública, principalmente quando se desenvolvem ações enquanto política de governo, e não de Estado; o enfrentamento das crescentes internações involuntárias, criando novos manicômios; e a necessidade de mudanças na legislação que gerem maior proteção aos usuários. Finalmente, é preciso enfrentar esses desafios a partir de uma mudança de atitude frente às negociações, se o que temos em vista é a transformação da sociedade (DE OLIVEIRA & SANTOS, 2010).

Além disso, sobre a transformação da sociedade o médico sanitariano David Capistrano Filho (2000), pontuou que nesta luta permanente pela transformação da sociedade e de todos os cidadãos, não devemos nos deixar amedrontar pela ideia de confronto, pois se não fizermos confronto e conflito, não vamos avançar nem mudar nada. Uma das piores vertentes da tradição brasileira é o horror ao conflito, a busca do consenso, a valorização do consenso, que gerou um tipo humano especial, que é chamado de “homem cordial brasileiro”. Essa ideia de consenso, de mascarar o conflito, só serve à conservação das coisas como estão.

Com isso, o enfrentamento dos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas só é possível com o comprometimento dos vários atores sociais envolvidos no âmbito do território, entendido como um conjunto de sistemas naturais e artificiais que engloba indivíduos e instituições, independentemente de seu poder. Deve ser considerado em suas divisões jurídicas e políticas, suas heranças históricas e seus aspectos econômicos e normativos. É nele que se processa a vida social e nele tudo possui interdependência, acarretando no seu âmbito a fusão entre o local e o global (SHIMAZAKI, 2018).

Diante disso, ao considerarem a Rede Atenção Psicossocial fragmentada, observa-se que o processo de desinstitucionalização pode ficar comprometido. Visto que, o trabalho do cuidado em rede está justamente em (re) encontrar, se possível com família e amigos, os espaços de inserção e de trocas sociais que a droga inibiu ou encobriu. E esse não pode ser um processo solitário, realizado em reclusão, ele deve ser um movimento assistido de (re) aproximação com os espaços de troca (trabalho, lazer, cultura, esporte, etc.), que podem criar sentido na vida do ser humano (SHIMAZAKI, 2018).

Aliado a isto, é importante que os profissionais da saúde mental, repensem seu fazer, como aponta Santos (2020), mesmo com a proposta terapêutica ter avançado na saúde mental, ainda existem profissionais que não conhecem o PTS e trabalham apenas dentro da sua especialidade.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho proporcionou o conhecimento dos fatores que interferem na adesão ao tratamento de álcool e outras drogas na perspectiva da equipe multiprofissional dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas do Estado do Tocantins. A partir da análise dos relatos dos entrevistados, conseguimos atender aos objetivos propostos.

Os entrevistados mencionaram que, diante das dificuldades de não adesão, utilizam como estratégia a busca ativa por meio de visitas domiciliares, bem como orientações e reflexões sobre a importância de continuar no tratamento. Quanto ao favorecimento da adesão, destacaram que a equipe multiprofissional precisa apresentar como qualidade fundamental ser acolhedora, possuir boa escuta e sensibilidade à causa, ressaltando também a importância da participação familiar.

Evidenciou-se que os CAPS AD III do estado do Tocantins possuem características de funcionamento, constituindo-se em serviços de portas abertas e sem barreiras, com o objetivo de facilitar o acesso dos sujeitos.

Além disso, o desenvolvimento da autonomia dos usuários de álcool e outras drogas, os participantes mencionaram que é percebido pelos espaços que o sujeito vai ocupando; quando está mais organizado cognitivamente e emocionalmente; construindo um projeto de vida; entendendo que é um processo, e não na perspectiva da abstinência, estimulando a capacidade plena de autodeterminação.

Já em relação à Rede de Atenção Psicossocial, consideram-na como fragmentada e desarticulada, comprometendo a desinstitucionalização, podendo não ser capaz de produzir atenção contínua às pessoas.

Os participantes destacaram que o estigma no qual a pessoa possui sobre si ao estar no CAPS AD III e a influência negativa da rede social comprometem a adesão no tratamento. Observa-se que atribuir apenas as características pessoais do sujeito, sem questionar o insucesso, como também não compreender e/ou refletir sobre os próprios processos desenvolvidos na forma do cuidado, tende a fortalecer os estigmas.

Somado a isso, alguns participantes compreendem que as pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas são vistas como doentes, difíceis, marginalizadas, desorganizadas, identificando discursos rígidos e inflexíveis, podendo provocar um distanciamento na relação sujeito-profissional-serviço.

Além disso, foi possível ter conhecimento de que muitos profissionais compartilham do desejo de que os usuários do serviço se mantenham abstinentes e, quando isso não acontece,

relatam que têm como principal sentimento a frustração. Essa compreensão mantém-se no modelo dominante na noção de doença, conservando o entendimento na perspectiva do modelo biomédico. Entretanto, acredita-se que esse entendimento também pode comprometer o nível de adesão às terapêuticas propostas, visto que, referente ao uso e/ou abuso de álcool e outras drogas, nem sempre os indivíduos compartilham da expectativa de manter-se abstinentes. Dessa forma, não é desejável que a abstinência seja, ao mesmo tempo, a pré-condição e a meta a ser atingida pelos usuários de drogas para que seus direitos sejam garantidos.

É necessário que os profissionais que apresentam características rígidas, exigindo-se dos sujeitos conforme os gostos e preferências, desenvolvam formas flexíveis de atuação, com baixa exigência, acolhendo o indivíduo de acordo com as necessidades, como, por exemplo, sujeitos que desejam parar com o uso de substâncias psicoativas; aqueles que querem cessar o uso e, no momento, não conseguem; e, por fim, sensibilizar-se para os que não desejam interromper o uso, pois sabe-se que o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas deve garantir assistência a todos, apresentando-se como um dispositivo de cuidado, pautado na liberdade, no respeito e na cidadania dos que ali buscam atenção contínua.

Ademais, falar sobre os fatores que interferem na adesão ao tratamento de álcool e outras drogas é pensar no indivíduo em sua totalidade, levando em consideração seus medos, qualidades, defeitos, preferências, seu cotidiano, perfil sócio demográfico; entre outros. Por isso, faz-se necessário considerar e buscar entender qual o significado que a substância possui na vida de cada sujeito. É compreender que não há uma causa única para essa interferência e sim perceber a pessoa em seu contexto. Além disso, exige-se um olhar subjetivo, uma vez que não é visualizado um modelo único que seja adequado para todas as pessoas.

Por fim, conhecer os fatores que interferem na adesão às terapêuticas do serviço de álcool e outras drogas pode favorecer o planejamento de intervenções pautadas no diálogo e na escuta, de modo que o indivíduo possa dizer qual a meta que deseja alcançar e assim reduzir os estigmas, com vistas a promover saúde, bem como fortalecer a Estratégia de Redução de Danos.

#### **4.1 Contribuições da Dissertação**

Investigar essa temática por meio da compreensão dos profissionais de saúde do Centro de Atenção Psicossocial Álcool, Crack e outras Drogas do Estado do Tocantins, espera-se favorecer a reflexão e a reorientação da prática profissional na área da saúde mental com estratégias terapêuticas que seja flexível e que contemple o sujeito na integralidade. Por meio dos resultados observa-se a necessidade de o Poder Público investir em Educação Permanente

em Saúde Mental e Supervisão Técnica, buscando fortalecer a relação entre profissionais, usuário do serviço, gestores, comunidade e instituições de ensino, bem como consolidar a Estratégia de Redução de Danos.

#### **4.2 Trabalhos futuros**

Sendo assim, faz-se necessário que mais estudos sejam realizados possibilitando discussões sobre a temática e contribuindo para um avanço nessa realidade, proporcionando novos olhares e significados a esses indivíduos. Logo, sugere-se a realização de estudo que permita a participação do usuário do serviço, abrindo espaço para a escuta e levando em consideração suas demandas, necessidades e desejos.

## REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, N. B. D., et al. Perfil clínico e sociodemográfico de adolescentes que permaneceram e não permaneceram no tratamento em um CAPSAD de Cuiabá/MT. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/FNFrY6nMTzBnJTDGvcBc4Ns/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 23 ago. 2022.
- AYRES, J. **Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde: da doença à cidadania**. Curitiba: Juruá, 2001.
- AMARO, S. **Visita Domiciliar: Guia para uma abordagem complexa**. Porto Alegre: AGE; 2007.
- AMORIM, A. K; M; A; SEVERO, A. K; S. Saúde mental, cultura e arte: discutindo a reinserção social de usuários da Rede de Atenção Psicossocial. **Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 12, n. 2, p. 282-299, 2019. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-82202019000200007](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202019000200007)> Acesso em: 05 set. 2022.
- AZEVEDO, V. et al. Transcrever entrevistas: questões conceituais, orientações práticas e desafios. **Revista de Enfermagem Referência**, Série IV - n.º 14. 2017. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/jatsRepo/3882/388255675017/388255675017.pdf>> Acesso em: 18 jul. 2023.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BARD, N. D. et al. Estigma e preconceito: vivência dos usuários de crack. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, 2016. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/rlae/a/ZPsHdSdsJ9zbXqd799KcDvq/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 17 set. 2022.
- BARATIERI, T, TEIXIERA, M. E, N. SILVA, M. S. **Compreensão de enfermeiros sobre vínculo e longitudinalidade do cuidado na estratégia saúde da família**. 2012. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-657658>> Acesso em: 08 set. 2022.
- BORGES, C. D. et al. Família, redes sociais e o uso de drogas: tensionamento entre o risco e a proteção. **Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 12, n. 2, p. 405-421, 2017. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S180989082017000200012](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180989082017000200012)> Acesso em: 24 out. 2022.
- BORGES, C. D., & SCHNEIDER D. R. O processo do cuidado em um caps ad na perspectiva de usuários e familiares. **Boletim-Academia Paulista de Psicologia**, 2020. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-711X2020000200007](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2020000200007)> Acesso em: 27 set. 2022.
- BORGES, C. D.; et al. Família, redes sociais e o uso de drogas: tensionamento entre o risco e a proteção. **Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 12, n. 2, p. 405-421, 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ppp/v12n2/12.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2023.



BOCCARDO, ACS, ZANE, FC, RODRIGUES S, MÂNGIA, EF. O projeto terapêutico singular com estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**. 2011.

BRASIL. Lei n.º 10.216, de 06 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. **Lex-Legislação em Saúde Mental 1990-2004**, Brasília, 5. ed. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.html](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.html)> Acesso em 09 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 9 fev. 2002b. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002)> Acesso em 04 nov. 2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS, nº 2.197, de 04 de outubro de 2004. Política de Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas. Brasília, DF: **Ministério da Saúde**; 2004. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2197\\_14\\_10\\_2004.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2197_14_10_2004.html)> Acesso em: 19 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: Acolhimento com avaliação e classificação de risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/167266>> Acesso em: 09 ago. 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. OPAS. Brasília, novembro de 2005. <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf)> Acesso em 16 ago. 2021.

BRASIL. Lei nº 11.343/2006, de 23 de agosto de 2006. \_\_\_\_\_. Política Nacional sobre Drogas. Brasília: **Presidência da República, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas**, 2010. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm#view](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm#view)> Acesso em: 13 jul. 2021.

BRASIL. **Relatório Brasileiro Sobre Drogas**. Brasília: Ministério da Justiça, Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas. 2009. Disponível em: <<https://www.justica.gov.br/centraldconteudo/politicassobredrogas/relatoriospoliticassobredrogas/relatoriobrasileirosobredrogas-2010.pdf>> Acesso em: 04 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria Nº 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. **Diário Oficial [da] União** 2011; dez 26. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)> Acesso em: 13 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria GM/MS Nº 130 de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os Respectivos incentivos financeiros, Brasília/DF, **Diário Oficial [da] União** 2012. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130\\_26\\_01\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html).> Acesso em: 06 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA. Brasília, DF: **Secretaria de Atenção à Saúde**; 2015; 46 p. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros\\_atencao\\_psicossocial\\_unidades\\_acolhimento.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_atencao_psicossocial_unidades_acolhimento.pdf).> Acesso em 09 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Nota Técnica n. 11/2019. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. **Ministério da Saúde** 2019a. Disponível em: <[http://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/cuidados\\_prevencao\\_drogas/obid/legislacao/nota\\_saudemental.pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/cuidados_prevencao_drogas/obid/legislacao/nota_saudemental.pdf)> Acesso em: 14 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica Programa Academia da Saúde: **caderno técnico de apoio a implantação e implementação** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/implatacao\\_academia\\_saude.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/implatacao_academia_saude.pdf). Acesso em: 12 out. 2023.

BUCHER, R. **Drogas e drogadição no Brasil**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências técnicas para atuação de psicólogos(os) em políticas públicas de álcool e outras drogas**. 2ª ed. Brasília: 2019. [http://crepop.pol.org.br/6680\\_referencias-tecnicas-para-atuacao-de-psicologas-os-em-politicas-publicas-de-alcool-e-outras-drogas](http://crepop.pol.org.br/6680_referencias-tecnicas-para-atuacao-de-psicologas-os-em-politicas-publicas-de-alcool-e-outras-drogas). Acesso em: 27 ago. 2022.

CÂMARA, R. H. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. Brasília, Brasil, Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia, 2013. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1983-82202013000200003](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1983-82202013000200003)> Acesso em: 01 ago. 2022.

CAPRARA, A. **Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença. Cadernos de Saúde Pública**. 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/fvMV4H47vTXFg9GxxXS4dtb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 04 jan. 2023.

CARVALHO, B. DIMENSTEIN, M. Análise do discurso sobre redução de danos num CAPS ad III e em uma comunidade terapêutica. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 25, n. 2, p. 647-660, jun. 2017. Disponível em <<https://repositorio.animaeducacao.com.br/bitstream/ANIMA/16552/1/ARTIGO%20Julia%20M%20Pyskiewitz%20PDF.pdf>.> Acesso em: 04 jan. 2023.

CARLOMAGNO, M.C.; ROCHA, L.C. Como criar e classificar categorias para fazer análise de conteúdo: uma questão metodológica. **Revista Eletrônica de Ciência Política**, vol. 7, n. 1, 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/Deda/Downloads/45771-183199-1-PB%20(2).pdf.> Acesso em: 01 ago. 2022.

CAVALCANTE; L. de P., FALCÃO, R. de S. T., LIMA. Rede de apoio social ao dependente químico: ecomapa como instrumental na assistência em saúde. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, 13(2), 321-31. 2012. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil693880#:~:text=Rede%20de%20apoio%20social%20ao%20dependente%20qu%C3%ADmico%3A%20ecomapa,Jaqueline%20Queiroz%20de%20Macedo%2C%20Violante%20Augusta%20Batista%20Braga.> Acesso em: 17 jul. 2023.

CARDOSO, Ana; BYRNE, Mitchell; XAVIER, Miguel. Adesão ao tratamento nas perturbações psiquiátricas: o impacto das atitudes e das crenças em profissionais de serviços de psiquiatria e saúde mental em Portugal. Parte I: aspetos conceptuais e metodológicos. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, v. 34, n. 3, p. 209-219, 2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil693880#:~:text=Rede%20de%20apoio%20social%20ao%20dependente%20qu%C3%ADmico%3A%20ecomapa,Jaqueline%20Queiroz%20de%20Macedo%2C%20Violante%20Augusta%20Batista%20Braga>. Acesso em: 07 nov. 2023.

CONTE, M; A. **Clínica psicanalítica com toxicômanos: o “corte & costura” no enquadre institucional Série Conhecimento**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC; 2003.

CRESWELL, J. *Qualitative inquiry & research design: Choosing among five approaches* (3rd ed.). Thousand Oaks, USA: **Sage Publications**. 2013. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/journal/3882/388255675017/388255675017.pdf>> Acesso em: 31 jul. 2022.

CRUZ, M. S.; **A redução de danos no cuidado ao usuário de drogas**. Eixo Práticas 2016.

DE VASCONCELLOS, Vinicius Carvalho. Trabalho em equipe na saúde mental: o desafio interdisciplinar em um CAPS. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas** v. 6, n. 1, p. 1-22, 2010. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38712/41563>> Acesso em: 16 jan. 2022.

DA SILVEIRA, P. S., MARTINS, L. F., SOARES, R. G., GOMIDE, H. P., RONZANI T. M. **Revisão sistemática da literatura sobre estigma social e alcoolismo** 2011. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=3780812&pid=S1806-5821200600010000200001&lng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=3780812&pid=S1806-5821200600010000200001&lng=pt)>. Acesso em: 05 out. 2022.

DE OLIVEIRA, E. M. SANTOS, N. T. V. A rede de assistência aos usuários de álcool e outras drogas—em busca da integralidade. 2010. Disponível em: <<https://www.crprs.org.br/conteudo/publicacoes/arquivo48.pdf#page=72>> Acesso em: 23 fev. 2023.

DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DIMENSTEIN, M., LIBERATO, M. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersetorialidade e do trabalho em rede. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**,

2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68442>> Acesso em: 05 set. 2022.

DOS SANTOS FERREIRA, I; S. Aspectos relacionados à adesão ao tratamento de usuários de um caps do interior da Bahia sob a ótica dos profissionais. **Anais dos Seminários de Iniciação Científica**, n. 22, 2018. Disponível em: <<http://periodicos.uefs.br/index.php/semic/article/view/4148>> Acesso em: 27 ago. 2022.

FARIA, A. R.; et al. **Reduzindo o estigma entre usuários de drogas: guia para profissionais e gestores**. 2014. Disponível em: <<https://www.ufjf.br/crepeia/2014/05/05/cartilha-gratuita-reduzindo-o-estigma-entre-usuarios-de-drogas-guia-para-profissionais-e-gestores>>. Acesso em 22 fev. 2023.

FONTANELLA B.J.B., MAGDALENO Jr R. **Saturação teórica em pesquisas qualitativas: contribuições psicanalíticas**. 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=287123554008>> Acesso em 27 jul. 2022.

FERREIRA, A. C. Z., BORBA, L. D. O., CAPISTRANO, F. C., CZARNOBAY, J., & MAFTUM, M. A. Fatores que interferem na adesão ao tratamento de dependência química: percepção de profissionais de saúde. *Revista Mineira de Enfermagem*, 2015. Disponível em: <<http://www.revenf.bvs.br/pdf/reme/v19n2/v19n2a12.pdf>> Acesso em 08 set. 2022.

FIGLIE. NB, BORDIN. S, LARANJEIRA. R. Neurobiologia da dependência química. In: Figlie NB, Bordin S, Laranjeira R, organizadores. **Aconselhamento em dependência química**. 2. ed. São Paulo: Roca; cap. 2, p.149. 2010. Disponível em: Disponível em: <<file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Ronaldo%20Laranjeira%20%20Aconselhamento%20em%20Depend%EF%BF%BDncia%20Qu%EF%BF%BDmica.pdf>> Acesso: 12 ago. 2021.

FILHO, A; N. et; al. As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais Salvador: **CETAD**, 2012. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/28481/30335>> Acesso em: 16 ago. 2021.

FONSECA, S. P; MOREIRA; R. L. CLAUDINO, F. M, JULIANA, R. CARNEIRO, M. SILVANA, O. MARCELO. Dependentes Químicos em Tratamento: Um Estudo sobre a Motivação para Mudança. **Temas em Psicologia**, vol. 21, núm. 1 pp. 259-268 Sociedade Brasileira de Psicologia Ribeirão Preto, Brasil. 2013. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/5137/513751531018.pdf>> Acesso: 06 jan. 2022.

FLACH, P. M. **A implementação da política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas no Estado da Bahia**. Dissertação de mestrado, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2010. Disponível em: <<http://www.twiki.ufba.br/twiki/bin/view/CetadObserva/Obra367>> Acesso em: 14 fev. 2023.

FRANÇA, S. A. M.; ZANETTI, F. O processo de desospitalização dos pacientes psiquiátricos e seus possíveis desdobramentos na cidade de Assis – os pacientes. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 1, n. 1, 2002. Disponível em: <<https://www.revpsico-unesp.org/index.php/revista/article/view/1>> Acesso em: 14 ago. 2021.

FREITAS, H. M. R.; JANISSEK-MUNIZ, R.; MOSCAROLA, J. **Uso da Internet no processo de pesquisa e análise de dados**. Associação Nacional de Empresas de Pesquisa São Paulo: 2004. Disponível em: <[http://gianti.ea.ufrgs.br/files/artigos/2004/2004\\_147\\_ANEP.pdf](http://gianti.ea.ufrgs.br/files/artigos/2004/2004_147_ANEP.pdf)> Acesso em: 30 jul. 2022.

GOOGLE. **Ajuda do Google Meet**, 2020. Google, 2022. Disponível em: <<https://support.google.com/meet/?hl=pt-BR#topic=7306097>> Acesso em: 31 jul. 2022.

GOOGLE. WhatsApp Inc. **WhatsApp Messenger**. Google Play. Google, 2022. Disponível em: <<https://play.google.com/store/apps/details?id=com.whatsapp.>> Acesso em: 31 jul.2022.

GOULART, Daniel Magalhães. Autonomia, saúde mental e subjetividade no contexto assistencial brasileiro. *Revista Guillermo de Ockham*, v. 11, n. 1, p. 21-33, 2013. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/1053/105327548003.pdf>. Acesso em: 08 nov. 2023.

JORGE, M. S. B., RANDEMARK, N. F. R., QUEIROZ, M. V. O., RUIZ, E. M. Reabilitação psicossocial: visão da equipe de saúde mental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/WSGRw93kD3F7MnCcggqWGfr4k/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 set. 2022.

LANCETTI, A. AMARANTE, P. **Saúde Mental e Saúde Coletivo**. In: Campos G et al. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2006. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlpf/a/MSTwjtKGSWdcRvB4KZqm5VN/?format=pdf&lang=pt>.> Acesso em: 15 jun. 2021.

LEAL, E. M. “Clínica e Subjetividade: a questão da autonomia na Reforma Psiquiátrica Brasileira”. In: FIGUEIREDO, A. C. CAVALCANTI, M. T. (Org.). A Reforma Psiquiátrica e os desafios da desinstitucionalização. Contribuições à III Conferência Nacional de Saúde Mental - Dezembro de 2001. Rio de Janeiro: Edições CUCA - IPUB/UFRJ, 2001, v. 1, p. 69-83.

LIRA, L; et; al. Entre políticas e práticas: atividades terapêuticas baseadas na redução de danos. **Revista de Enfermagem**, 2018. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-980406>.> Acesso em: 04 jan. 2023.

LOBE, B.; MORGAN, D.; HOFFMAN, K. A. Qualitative Data Collection in an Era of Social Distancing. **International Journal of Qualitative Methods**. Volume 19: 1–8, 2020. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1609406920937875>.> Acesso em: 30 jul. 2022.

LOPES, L. L; T. **O trabalho da equipe multiprofissional no processo de desenvolvimento da dependência de álcool e outras drogas**. 2017. Dissertação de Mestrado. Disponível em: <http://www.repositorio.furg.br/handle/1/8357>. Acesso em: 27 ago. 2022.

LUZ, M. TESSER, C. Uma introdução às contribuições da epistemologia contemporânea para a medicina. **Cien. Saúde Colet.** 2002. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/KNpXMPK4QKpvX3GFrCRSbKp/abstract/?lang=pt>.> Acesso em: 26 jan. 2023.

MANZINI, E. J.; Entrevistas Semiestruturadas: análise de objetivo e de roteiros. In: **seminários internacional sobre pesquisa qualitativa**, 2, BAURU. 2004. Disponível <<https://www.scielo.br/j/csp/a/dTwRtzbk45bmdyQZzYqGRtr/?lang=pt>.> Acesso em 16 ago. 2021.

MATOS, ACV. **A atuação dos consultórios na rua e a atenção à saúde da população em situação de rua**. 2016. Dissertação (Mestrado) - Curso de Programa de Pós-graduação em

Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2016. Disponível em: <<https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/22244>> Acesso em: 05 jan. 2023.

MENDES, E. V. **Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. Uma agenda para a saúde.** São Paulo: 1996. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ptp/a/fvMV4H47vTXFg9GxxXS4dtb/?format=pdf&lang=pt.>> Acesso em: 04 jan. 2023.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 29ª Ed. Petrópolis: Vozes. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. Portal da Saúde. 2010. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=25076](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=25076)> Acesso em: 16 ago. 2021.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. Disponível em: <<https://wp.ufpel.edu.br/franciscovargas/files/2012/11/pesquisa-social.pdf>> Acesso em 16 ago. 2021.

MINAYO, M.C.S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(3):621-626, 2012. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232012000300007](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232012000300007)> Acesso em: 19 abr. 2022.

MANENTE, V. et al. Percepção de pessoas que usam drogas acerca do tratamento em um centro de atenção psicossocial. **Portuguese Journal of Mental Health Nursing/Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. 20, 2018. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1099215>> Acesso em: 22 fev. 2023.

MORAES, R. Análise de conteúdo. **Revista Educação**, Porto Alegre, v.22, n.37, 1999. Disponível em: <[http://pesquisaeducacaoufrgs.pbworks.com/w/file/60815562/Analise%20de%20con](http://pesquisaeducacaoufrgs.pbworks.com/w/file/60815562/Analise%20de%20conte%20C3%BAdo.pdf)te%20C3%BAdo.pdf.> Acesso em: 01 ago. 2022.

MORAES, R; GALIAZZI, M.C. Análise textual discursiva. 2. ed. **Rev. Ijuí**: Editora Unijuí, Paralelo 15, 2004. 346 p., 2011. Disponível em: <<https://www.laplageemrevista.ufscar.br/index.php/lpg/article/view/385>> Acesso em 04 nov. 2020.

MORAES, E, CAMPOS GM, Silva SP, FIGLIE, NB, LARANJEIRA, R. Visita domiciliar no tratamento de pacientes dependentes de álcool: dados preliminares. **Rev Bras Psiq.** 2005; 27:347-8. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbp/a/7g7wfmZd9bkCXv4gLTtj9m/?lang=pt&format=pdf>> Acesso em: 12 ago. 2021.

MORAES, A.B.A, ROLIM, G.S, COSTA, A.L Jr. **O processo de adesão numa perspectiva analítico comportamental.** 2009. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtcc/v11n2/v11n2a09.pdf>> Acesso em: 22 fev. 2022.

MORENO, V. ALECASTRE, M. B. A. Trajetória da família do portador de sofrimento psíquico. **Rev. Esc. Enferm. USP.** 2003. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/LvLPvXrmSc5qqTwdJNqPB8m/?lang=pt>> Acesso em: 23 ago. 2022.

MOREIRA, C; P. et al. Análise do processo de acolhimento em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil: considerações de uma investigação etnográfica. **Interface Botucatu**, v. 22, n. 67, p. 1123- 1134, Dec. 2018. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/icse/a/FKqjKVvb7RW7qF9wfT3QGxS/?lang=pt>> Acesso em: 22 jan. 2023

NOBREGA, M, SILVA, G, SENA, A. Funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial-RAPS no município de São Paulo, Brasil: perspectivas para o cuidado em Saúde Mental. **CIAIQ 2016**. <<https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/735>>. Acesso em: 14 ago. 2021.

OLIVEIRA, E. B. de; SANTOS, M. B; GUERRA, O. A. O trabalho como estratégia de reinserção psicossocial do dependente químico sob a ótica da família. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**. 2019. Disponível em: <[http://scielo.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S16421602019000100004&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16421602019000100004&lng=pt&nrm=iso)> Acesso em: 05 out. 2022.

OWENS, R. SMALLING, M. FITZPATRICK, J. Saúde mental, transtorno por uso de substâncias e transtorno por uso de opioides: atualizações e estratégias de tratamento. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 17, n. 3, p. 88-100, 2021. Disponível em: <<https://translate.google.com/translate?hl=pt-BR&sl=en&u=https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21710079/&prev=search&pto=aue>> Acesso em: 12 ago. 2021.

PAULA, M. L. et al. **Usuário de crack em situações de tratamento: experiências, significados e sentidos**. **Saúde e Sociedade**. 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/PT8LBr55VtFfWDy9JdZ4HSd/?lang=pt>> Acesso em: 20 fev. 2023.

PASSOS, E. H., & SOUZA, T. P. Redução de danos e saúde pública: Construções alternativas à política global de "guerra às drogas". **Psicologia & Sociedade**. 2011. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X2017000200013](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2017000200013). Acesso em: 03 jan. 2023.

PRAÇA, NS, MERIGUI, MAB. Pesquisa Qualitativa em Enfermagem. In Praça NS, Merigui MAB. **Abordagens Teórico-Metodológicas Qualitativas: a vivência da mulher no período reprodutivo**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p.1-3. Disponível em: <<https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/v8n3a10.pdf>> Acesso em: 16 ago. 2021.

PRATTA, E; M. M. et.al; **O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução**. **Psicologia: Teoria e pesquisa**, 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ptp/a/fvMV4H47vTXFg9GxxXS4dtb/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 03 jan. 2023.

PICOLI, C. M, C. et al.; **Adesão de usuários de crack ao tratamento num CAPS I do interior do Rio Grande do Sul**. 2013. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/107472>> Acesso em: 20 fev. 2023.

PIRES, F. B., SCHNEIDER, D. R. **Projetos de vida e recaídas em pacientes alcoolistas**. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, 2013. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arbp/v65n1/v65n1a03.pdf>> Acesso em: 20 fev. 2023.

PYSKLIWITZ, J; M. Metodologias de redução de danos em um CAPS AD da grande Florianópolis. **Psicologia-Florianópolis**, 2020. Disponível em: <<https://repositorio.animaeducacao.com.br/bitstream/ANIMA/16552/1/ARTIGO%20Julia%20M%20Pyskiewicz%20PDF.pdf>> Acesso em: 21 jan. 2023

RAMEH-DE-ALBUQUERQUE, R; C. **Da pessoa que recai à pessoa que se levanta: a recursividade dos que usam crack**. 2017. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. São Paulo: 2017.

RIBEIRO, MM. **Drogas e redução de danos: análise crítica no âmbito das ciências criminais**. 2012. 255 f. Tese (Doutorado) - Curso de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

REIS; L.F. **Adesão dos dependentes de drogas psicoativas ao tratamento em CAPS AD**. 2016. Disponível em: <<https://repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/41871/2016-0014.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> Acesso em: 12 ago. 2021.

RODRIGUES, J. BROGNOLI, F; F. Acolhimento no Serviço de Atenção Psicossocial. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, ISSN 1984-2147, Florianópolis. 6 n. 14 2014. Disponível em <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69009>> Acesso em: 22 jan. 2023.

SAMPAIO, J. J. C. et al. O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 4685-4694, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/8zxxknp8BqQ7V7wgHTf6fjp/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 16 jan. 2022.

SANTOS, VE; SOARES, CB; CAMPOS, CMS. Redução de danos: análise das concepções que orientam as práticas no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. 2010, Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/FvQTcRD6BZBj7yr86kHtkKP/abstract/?lang=pt>> Acesso em: 05 jan. 2023.

SCADUTO, A, A. BARBIERI, V. O discurso sobre a adesão de adolescentes ao tratamento da dependência química em uma instituição de saúde pública. **Ciênc. Saúde Coletiva**. 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/tdTLqBCsP5cMXsrcZbFJPSH/?lang=pt>> Acesso em: 09 set. 2022.

SILVA, G. E. A. et al. Vivências de usuários de álcool e outras drogas em um centro de atenção psicossocial. **Nursing**. São Paulo, v. 23, n. 269, p. 4683-4694, 2020. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1145366>> Acesso em: 18 fev. 2023.

SILVA, D. A. et al. **Acolhimento no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS): uma revisão teórica**. 2016. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/167266>> Acesso em: 09/08/2022

SOUZA, et; al.; Rede social de usuários de álcool, sob tratamento, em um serviço de saúde mental. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. 2011. Disponível em <<https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/4299>> Acesso em: 24 out. 2022.



SOUZA, J. de., KANTORSKI, L. P., LUIS, M. A. V., OLIVEIRA, N. F. de. **Intervenções de saúde mental para dependentes de álcool e outras drogas: das políticas à prática cotidiana.** 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/LCKYx9jfYdnjtyWdqdXhPkp/?lang=pt>> Acesso em: 27 set. 2022.

SCHLICKANN DS, et al. Oficina culinária como estratégia no cuidado em saúde mental. In: Anais do 2. **Congresso Brasileiro Interdisciplinar de Promoção da Saúde**; 2016 out 18-20; Rio Grande do Sul, Brasil. Rio Grande do Sul: Universidade de Santa Cruz do Sul; 2016. Disponível em: <<https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/CBIPS/article/view/16051#:~:text=A%20oficina%20de%20culin%C3%A1ria%20est%C3%A1a%20portadores%20de%20sofrimento%20ps%C3%ADquico>> Acesso em 09 nov. 2020.

SCHNEIDER, D. R. Horizonte de racionalidade acerca da dependência de drogas nos serviços de saúde: implicações para o tratamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 687-698, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2010.v15n3/687-698/pt/>> Acesso em: 25 jan. 2023.

SHIMAZAKI, M. E.; **Oficinas para organização da Rede de Saúde Mental do município de Uberlândia.** Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte. 2018. Disponível em: <<https://www.crprs.org.br/conteudo/publicacoes/arquivo48.pdf#page=72>> Acesso em: 23 fev. 2023.

TISOTT, et; al. Álcool e outras drogas e a implantação da política de redução de danos no Brasil: revisão narrativa. **Rev. de Atenção à Saúde** 2015. Disponível em: <[https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista\\_ciencias\\_saude/article/view/2730](https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/2730)> Acesso em: 20 mar. 2023.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1987. Disponível em <[https://www.marilia.unesp.br/Home/Instituicao/Docentes/EduardoManzini/Manzini\\_2004\\_entrevista\\_semi-estruturada.pdf](https://www.marilia.unesp.br/Home/Instituicao/Docentes/EduardoManzini/Manzini_2004_entrevista_semi-estruturada.pdf)> Acesso em: 16 jul. 2021.

TOCANTINS, Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins. Plano Estadual de Saúde PES 2020-2023. **Diário Oficial do Estado do Tocantins.** Palmas/TO. 2019. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2021/04/PES-2020-2023-SES-TO.pdf>> Acesso em: 16 jul. 2021.

VASTERS, G. P., & PILLON, S. C. O uso de drogas por adolescentes e suas percepções sobre adesão e abandono de tratamento especializado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem.** 2011. Disponível em <<https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/4322>> Acesso em: 24 out. 2022.

VALÉRIO, A; L. **A redução de riscos e danos na saúde mental através do CAPS AD: As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais** Salvador: CETAD, 2012.

VELÔSO TMG, EULÁLIO MC. **Saúde Mental: saberes e fazeres.** Editora da Universidade Estadual da Paraíba; 2016; 352 p. Disponível em: <<http://www.uepb.edu.br/download/ebooks/SauCC81de-mental-EBOOK.pdf>> Acesso em 07 nov. 2020.

VELOSO, L.U.P; BRITO, A.A.O; RODRIGUES, L.P; VELOSO, C; SILVA, JÚNIOR F.J.G; MONTEIRO, C.F.S. Multiprofissionalidade em um centro de atenção psicossocial para usuários de álcool e outras drogas. **Rev. Rene.** v.17, n.6, p.835-42, 2016. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/18840>> Acesso em 07 jan. 2022.

VIEIRA, S. M. et al. Rede de atenção psicossocial: os desafios da articulação e integração. **Rev. psicol. polít.**, São Paulo, v. 20, n. 47, p. 76-86, abr. 2020. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519549X2020000100007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519549X2020000100007&lng=pt&nrm=iso)> Acesso em: 14 ago. 2021.

WRIGHT, J. H., BASCO, M.R., THASE, M.E. **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: Um guia ilustrado.** 2008. Porto Alegre: Artmed.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Adherence to long-term therapies Project: Evidence for action.** Geneva: WHO Press, 2003: 194. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/w3kfQmFd8CWtpz8ndQVWmXx/?lang=pt>> Acesso: 16 ago. 2021.

QUEIROZ, I; S. de; et; al.; Cuidado e vínculo como práticas de redução de danos. **Pesquisa e práticas. Psicossociais,** São João 2016. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S180989082016000300010&lng=pt&nrm=is](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180989082016000300010&lng=pt&nrm=is)> Acesso em: 04 jan. 2023.

ZANETTI, A.C.G., GALERA, S.A.F. O impacto da esquizofrenia para a família. **Rev. Gauch Enferm.** 2007. Disponível em: <<https://www.seer.ufrgs.br/rngenf/article/view/4689>> Acesso em: 23 ago. 2022.

ZANATTA, A. B., GARGHETTI, F. C., LUCCA, S. R. O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas sob a percepção do usuário. **Revista Baiana de Saúde Pública,** 2012. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2012/v36n1/a3011.pdf>> Acesso em: 20 fev. 2023.

ZEMEL, M. de L. S. **Prevenção: novas formas de pensar e enfrentar o problema. In Prevenção do uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias Brasília: Senad.** 2013. Disponível em <[https://mppr.mp.br/arquivos/File/Projeto\\_Semear/Material\\_Capacitacao/Curso\\_Prevencao\\_a\\_o\\_uso\\_indevido\\_de\\_Drogas\\_Capacitacao\\_para\\_Conselheiros\\_e\\_Liderancas\\_Comunitarias\\_2011\\_SENAD.pdf](https://mppr.mp.br/arquivos/File/Projeto_Semear/Material_Capacitacao/Curso_Prevencao_a_o_uso_indevido_de_Drogas_Capacitacao_para_Conselheiros_e_Liderancas_Comunitarias_2011_SENAD.pdf)> Acesso em: 24 out. 2022.

ZOTTIS, C.; LABRONICI, L.M. O corpo obeso e a percepção de si. **Revista Cogitare Enfermagem.** V. 7, N. 2, Curitiba, 2003. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/1665>> Acesso em: 19 abr. 2022.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

**APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**PROFISSIONAIS DO SUS**

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa: Fatores que interferem na adesão ao tratamento da dependência química: Perspectiva dos profissionais de saúde dos centros de atenção psicossocial álcool e outras drogas do Estado do Tocantins. Aprovação CAAE: 53193321.2.0000.5519 (CEP/UFT). O Objetivo Geral do estudo é: **Conhecer a compreensão dos profissionais de saúde do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas relacionadas aos fatores que interferem na adesão ao tratamento da dependência química.** Esta pesquisa está sendo conduzida sob a responsabilidade da pesquisadora responsável Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marta Azevedo dos Santos, Mestrado em Ciências da Saúde Matrícula 2569748, juntamente com a mestranda: Débora Gonçalves Queiroz. Vinculada ao Curso de Mestrado Profissional em Ciências da Saúde com o número de matrícula: **2021130581**. O estudo se justifica devido às pesquisas na área de álcool e outras drogas terem mostrado baixa adesão dos usuários no tratamento, assim investigar essa temática no Estado do Tocantins pode favorecer a reflexão e a reorientação da prática profissional na área da saúde, a partir da construção, produção e ampliação do conhecimento acerca dos fatores que interferem diretamente na adesão ao tratamento pelo dependente químico. Visando proporcionar uma nova perspectiva no modo do cuidado, contribuindo assim para uma melhora da qualidade de vida, levando em consideração a singularidade de cada paciente.

Os procedimentos adotados obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais e só serão utilizadas neste estudo. Somente a equipe de pesquisa terá conhecimento de sua identidade e nos comprometemos a mantê-la em sigilo ao publicar os resultados do estudo. As informações prestadas pelo (a) Sr. (Sra.) não serão divulgadas individualmente e nem servirão a outro propósito.

Cabe ressaltar que comprometo-me com a guarda, cuidado e utilização das informações apenas para cumprimento dos objetivos previstos nesta pesquisa aqui referida. O sigilo será firmado pela entrevistadora, pois a entrevista terá caráter confidencial. Os riscos envolvidos estão relacionados com o desconforto para preenchimento do questionário e o tempo gasto (aproximadamente 40 minutos). Ao participar, o (a) Sr. (Sra.) não terá nenhum benefício direto. Esclarecemos que o (a)

Sr. (Sra.) tem a liberdade de se recusar a participar e, ainda, se recusar a continuar participando de qualquer fase do estudo, sem nenhum prejuízo para si.

Os riscos decorrentes da sua participação na pesquisa são as possíveis situações de constrangimento, uma vez que o ato de responder a instrumento de pesquisa, mesmo não tendo que se identificar, poderá causar a exposição de informações pessoais, trazendo à memória experiências ou situações vivenciadas. Contudo, apesar da consciência da possibilidade destes riscos existirem, esta pesquisa buscará trabalhar de forma não ferir a singularidade do

participante, e sim, respeitá-lo em suas dimensões. Caso seja necessário a mestranda poderá prestar orientação psicológica ao participante, uma vez que é graduada em Psicologia e possui domínio técnico para o manejo de situações emocionais.

Também são esperados os seguintes benefícios com esta pesquisa: será a médio e longo prazo, em que possibilitarão uma melhor reflexão e entendimento quanto aos desafios que implicam na política de álcool e outras drogas, podendo favorecer uma reorientação da prática profissional na área da saúde, buscando assim proporcionar uma nova perspectiva no modo do cuidado, contribuindo assim para uma melhora da qualidade de vida para as pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, levando em consideração a singularidade de cada paciente. A produção de novos conhecimentos sobre a temática poderá contribuir socialmente, ao oferecer informações sobre um novo olhar frente aos fatores que interfere na adesão ao tratamento psicossocial álcool e outras drogas e suas ações para o cuidado dos mesmos.

Para sanar qualquer dúvida quanto aos aspectos éticos da pesquisa o (a) Sr (a) poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFT, localizado no endereço 109 Norte, Av. NS 15, ALCNO 14, Plano Diretor Norte, Campus Universitário de Palmas – UFT, Prédio do Almoxarifado, e-mail: cep\_uft@uft.edu.br, telefone (63) 3229-4023 de segunda a sexta no Horário comercial (exceto feriados).

Eu, \_\_\_\_\_, idade \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, contato: \_\_\_\_\_, estou sendo convidado, na categoria de profissional do SUS, e declaro que fui informado (a) dos objetivos do estudo, de maneira clara e detalhada e esclareci as minhas dúvidas. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não receberei nenhum tipo de compensação financeira pela minha participação neste estudo e que posso sair quando quiser. Este documento será emitido e assinado pela pesquisadora responsável, e enviado para meu número de whatsapp. Em caso de dúvidas não esclarecidas de maneira adequada entrar em contato com a entrevistadora e aluna do Mestrado em Ciências da Saúde, Débora Gonçalves Queiroz no telefone (63)9 9930-2482, ou pelo e-mail [deborah.queiroz@hotmail.com](mailto:deborah.queiroz@hotmail.com). e sua professora orientadora Dr.<sup>a</sup> Marta de Azevedo Santos no telefone (63)99971-6233.

Este termo de consentimento foi elaborado em duas vias. Todas as páginas devem estar rubricadas com a assinatura do participante e da pesquisadora. Uma via permanecerá retida com o pesquisador responsável e outra com o (a) senhor (a).

Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados em periódicos científicos, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Os resultados desta pesquisa poderá ser enviados ao seu endereço de e-mail se assim o (a) Senhor (a) consentir. O (A) Senhor (a) deseja receber os resultados desta pesquisa? ( ) SIM ( ) NÃO

Desde já agradecemos sua atenção e participação e colocamo-nos à disposição para maiores informações.

### **CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO**

Li e concordo em participar da pesquisa.

Gurupi -TO, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

Assinatura do Voluntário (a)RG ou CPF

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marta Azevedo dos Santos  
Mestrado em Ciências da Saúde  
Matrícula 2569748

---

Débora Gonçalves Queiroz  
Psicóloga Efetiva da Secretaria Municipal de Saúde de Gurupi TO. CRP-23/0764  
Mestranda em Ciências da Saúde - Universidade Federal do Tocantins

**APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADO DO USUÁRIO**

Os dados serão utilizados para pesquisa e elaboração de Dissertação de Mestrado em Ciências da Saúde UFT/TO.

Pesquisadora responsável: Dr.<sup>a</sup> Marta Azevedo dos Santos.

Entrevistadora: Débora Gonçalves Queiroz. Vinculada ao Curso de Mestrado Profissional em Ciências da Saúde com o número de matrícula: **2021130581**.

Data da entrevista: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora de início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO:**

Sujeito n.º \_\_\_\_\_ Iniciais: \_\_\_\_\_ Sexo: Mas. ( ) Fem. ( )

Qual a sua Formação?

Profissão exercida: \_\_\_\_\_

Escolaridade: ( ) Ens. Superior Completo

Tempo de formado: \_\_\_\_\_

Você possui curso especialização? Qual?

Tempo de atuação nessa unidade?

**Categoria Atuação Profissional:**

- 1 - Como é o fluxo de atendimento do usuário quando ele chega no CAPS AD II?
- 2- Como você recebe a pessoa que busca o serviço de álcool e outras drogas?
- 3- Conte-me sobre sua experiência em atuar com a demanda de álcool e outras drogas?
- 4 – Baseado nas suas experiências quais os fatores que você identifica que favorece a adesão?
- 5- Na sua compreensão existe fatores que interfere na adesão ao tratamento?
- 6 – Como é a sua atuação quando a pessoa encontra dificuldade em aderir o tratamento proposto?
- 7 – Qual atividade você desenvolve que busca resgatar a autonomia dos usuários de álcool e outras drogas?
- 8 - Como é sua atuação com a Rede de Atenção Psicossocial?
- 9 - Deseja fazer alguma consideração sobre este tema?

**APÊNDICE C – UNIDADES DE REGISTRO E UNIDADES DE CONTEXTO DAS ENTREVISTAS**

Unidades de registro	Unidades de contexto
1.Demanda espontânea 2.Porta aberta 3.Encaminhamentos 4.Regionalização 5.Outros municípios 6.Pontos da Rede de Atenção 7.Bastante diverso	1. Fluxo de atendimento
8.Faço um questionário socioeconômico 9.Conhecer melhor o contexto familiar 10.Fazer os encaminhamentos pertinentes 11.Feito por nível superior 12.Coletar informações 13.Conhecer o paciente 14.Compreender sobre a adição 15.Individualizada 16.Tirar dúvidas sobre o atendimento 17.Orientação 18.Preencher uma ficha feito por nível superior 19.Formar o vínculo 20.Quebrar o gelo 21.Acolher na sua magnitude 22.Escutar levantamento queixas 23.Fazer encaminhamentos 24.Acolhido pela psicologia 25.Medicação 26.Construir vinculação 27.Enxergar o outro na sua dimensão 28.Sem julgamento 29.Sem avaliação 30.Sentir 31.Ouvir 32.Perceber o que não está explícito 33.Escutar 34.Acolher 35.Conhecer as demandas 36.Entender a queixa 37.Plano de cuidado	2. Acolhimento
38. Não querer parar com o uso de álcool e outras drogas 39.Relacionamento com pessoas que eles devem as drogas 40.Acesso fácil ao álcool ou drogas 41.Fator socioeconômico	3. Fatores que interferem na adesão ao tratamento

<p>42.Ausência dos medicamentos  43.Deficiência do serviço  44.Outros usuários oferecem  45.Amizades o meio influencia  46.Próprio vício  47.Fissura  48.Baixa tolerância às situações  49.Companheira, o companheiro que usam  50.As múltiplas drogas  51.Fuga  52.Fator socioeconômico  53.Não querem ser vistos que foram no caps  54.Medo de ser caracterizado por uma pessoa doida  55.Não querem ser tachados que frequentam o caps  56.Vergonha de estar no CAPS  57.visão de manicômio</p>	
<p>58.Demanda espontânea  59.Acolhimento humanitário  60.Indicação por um amigo  61.Divulgação no Rádio  62.Querer ficar no caps ad  63.Estrutura física  64.Alimento de qualidade  65.Conforto e cuidado  66.Equipe acolhedora  67.Remédio para fissura  68.Afeto  69.Profissional do serviço  70.Querer o tratamento  71.sentir acolhido  72.Atendimento em grupo  73.Desconstrução de que não é louco  74.Desmistificar toda essa questão da sociedade  75.Desmistificar a mágica que as pessoas esperam da saúde mental  76.Vinculação  77.Motivação  78.Desejo  79.Os artesanatos  80.As palestras  81.Acesso aberto  82.Acolhida  83.O cuidado que o profissional oferece  84.Profissionais sensíveis à causa  85.Ter uma boa escuta</p>	<p>4. Fatores que favorecem a adesão ao tratamento</p>



<p>86. Profissionais qualificados no serviço,        87. Profissionais que queiram está lá        88. Portas abertas        89. Humanizado        90. Ambiente diferenciado</p>	
<p>91. Orientação        92. Encaminhar para as redes        93. Visitas Domiciliares        94. Grupos com as mães        95. Mobilizações como a política        96. Fornecimento de alimentação        97. Terapia ocupacional        98. Terapia em grupo        99. Busca ativa        100. Promover momentos de reflexão        101. Trabalhar a conscientização nos grupos        102. Acolhimento        103. Escuta individual        104. Acolhimento Despretensioso        105. Descobrir as potencialidades        106. As oficinas</p>	<p>5. Estratégias realizadas diante das dificuldades em aderir ao tratamento</p>
<p>107. Gratificante trabalhar com essa demanda, experiência fantástica        108. Paixão por aqui só aumenta        109. São pessoas doentes        110. Pessoas vulneráveis        111. Gosto de ajudar nesse nível de assistência, com gente marginalizadas        112. Frustrante        113. Desafiador        114. Complexo        115. Complicada        116. Delicada        117. Frustrante        118. Paciente adoecido        119. Enxergar que são pessoas como nós        120. Frustrante        121. Frustrante        122. Desafiador        123. Difícil        124. Preconceito e estigma para o paciente        125. Nós enquanto profissional as vezes somos um dificultador        126. Relação que estabelece com os profissionais        127. Despreparo da equipe para atuar com essa demanda</p>	<p>6. Entendimento sobre quem são as pessoas que estão no tratamento e como é experiência de trabalhar com essa demanda</p>

<p>128.Ir até o caps  129.Interessar pelo tratamento  130.Fazer a ficha do prontuário  131.Conversar com a equipe  132.Aceitar a abordagem da equipe  133.Laços e vínculos familiares  134.Inserção no mercado de trabalho  135.Qualificação/Curso  136.Fazendo faculdade  137.Fazem curso técnicos  138.Recuperação da saúde física e psíquica  139.Vínculo conosco por causa da medicação Relatórios diários  140.Mudança de comportamento  141.Demonstra no discurso  142.Participando das atividades  143.Utiliza a medicação de forma correta  144.Através do seu semblante  145.Através do seu autocuidado  146.Através dos espaços que ele vai ocupando  147.Por meio das falas, dos olhares de satisfação  148.A condição clínica  149.Mobilidade reflexão  150.Consegue pensar melhor  151.Organizado cognitivamente e emocionalmente  152.Incluído e construindo um projeto de vida  153.Conseguindo se manter longe das drogas  154.Redução da ida ao serviço  155.Comprometimento com o tratamento  156. Avaliações periódicas</p>	<p>7. Desenvolvimento da Autonomia da pessoa que está no tratamento.</p>
<p>157.Falta de apoio familiares  158.Família  159.Ausência do familiar  160.Falta de apoio familiar  161.Apoio familiar  162.Família usuário  163.Parceria da família  164.Participação da família  165.Buscar apoio na família</p>	<p>8. Influência da família no tratamento de álcool, crack e outras drogas</p>
<p>166.Efetiva  167. A rede psicossocial fragmentada e Cheia de furos</p>	

168.Bastante precária 169.Dificuldade enorme de acionar 170.Há muito preconceito 171.Protocolo dificultado 172.Burocracia em excesso 173.Fragmentada 174.Não possui uma equipe capacitada 175.Deficiente 176.Deixa a desejar 177.Jogo de empurra e empurra 1782.Tem que melhorar 179.Falha em muitos sentidos 180.Desarticulada 181.Falta dispositivos 182.Não estamos falando a mesma língua	9. Relação com a Rede de Atenção Psicossocial
---	---

Fonte: Elaborado pela autora, a partir das entrevistas com os profissionais da saúde do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas, Estado do Tocantins, Brasil.

**APÊNDICE D – UNIDADES DE CONTEXTO E CATEGORIAS FINAIS DAS ENTREVISTAS**

<b>UNIDADES DE CONTEXTO</b>	<b>CATEGORIAS FINAIS DE ANÁLISE</b>
I. Fatores que interferem na adesão ao tratamento de álcool, crack e outras drogas	Compreensão sobre os fatores que interferem na adesão ao tratamento de álcool, crack e outras drogas
II. Estratégias realizadas diante das dificuldades em aderir ao tratamento	Apresentação das estratégias realizadas diante das dificuldades em aderir ao tratamento
III. Intervenções que favorecem a adesão e o desenvolvimento da autonomia	Narração das intervenções que favorecem adesão e o desenvolvimento da autonomia
IV. Influência da família no tratamento de álcool, crack e outras drogas	Compreensão sobre a influência da família no tratamento de álcool, crack e outras drogas
V. Fluxo e o acolhimento das pessoas que buscam o serviço de álcool, crack e outras drogas	Apresentação sobre os processos de atendimento para com às pessoas que estão no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
VI. Entendimento sobre as pessoas que estão no tratamento	Descrição da forma de pensar sobre as pessoas que estão no tratamento do Álcool, crack e outras Drogas
VII. A Rede de Atenção Psicossocial de álcool, crack e outras drogas	Entendimento sobre a Rede de Atenção Psicossocial de álcool, crack e outras drogas

Fonte: Elaborado pela autora, a partir das entrevistas com os profissionais da saúde do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas. Estado do Tocantins, Brasil.

## ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFT (CEP/UFT)

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO TOCANTINS



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** FATORES QUE INTERFEREM NA ADESÃO AO TRATAMENTO DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA: PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ALCOOL E OUTRAS DROGAS DO ESTADO DO TOCANTINS.

**Pesquisador:** DEBORA GONCALVES QUEIROZ

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 53193321.2.0000.5519

**Instituição Proponente:** Fundação Universidade Federal do Tocantins

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 5.184.926

**Apresentação do Projeto:**

Pesquisa qualitativa que será realizada nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas do Estado do Tocantins. Tendo como objetivo

conhecer a compreensão dos profissionais de saúde do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas relacionadas aos fatores que

interferem na adesão ao tratamento da dependência química. Participarão da pesquisa todos os profissionais de saúde de nível superior que

atendem a referida demanda. Os dados serão coletados mediante entrevista semiestruturada e analisadas pela interpretação de dados de Bardin.

Espera-se entender a dimensão multifatorial que envolve adesão tratamento da dependência química através da compreensão dos profissionais do

Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas do Estado do Tocantins. Por fim os impactos dos resultados desse estudo visa beneficiar

diretamente os profissionais de saúde, os usuários do serviço de álcool e outras drogas (CAPS AD) e o Sistema Único de Saúde, uma vez que os

trabalhadores poderão refletir sobre os aspectos que interferem diretamente na adesão o tratamento, podendo ampliar e direcionar seu

**Endereço:** Avenida NS 15, 109 Norte Prédio do Almoarifado

**Bairro:** Plano Diretor Norte

**CEP:** 77.001-090

**UF:** TO

**Município:** PALMAS

**Telefone:** (63)3232-8023

**E-mail:** cep\_uf@uft.edu.br

Continuação do Parecer: 5.184.926

planejamento para intervenções terapêuticas mais eficazes a essa clientela, visando reduzir a busca recorrente pela oferta de serviços de saúde, como também aumentar a autoeficácia e a qualidade de vida das pessoas que buscam por esse serviço.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Conhecer a compreensão dos profissionais de saúde do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas relacionadas aos fatores que interferem na adesão ao tratamento da dependência química.

Objetivo Secundário:

Conhecer o processo de atendimento aos usuários no CAPS AD III; e as atividades que favorecem a adesão ao tratamento de álcool e outras drogas;

Descrever as ações que são realizadas quando os pacientes encontram dificuldades em aderir e/ou continuar no tratamento proposto no centro de

atenção psicossocial álcool e outras drogas;

Identificar as práticas profissionais em saúde mental relacionada ao resgate e construção de autonomia dos usuários de álcool e outras drogas

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos aos participantes. Nesta pesquisa os riscos para o(a) Sr.(a) poderão ser constrangimento, inibição por uso da gravação, vergonha em responder alguma questão, que poderão suscitar lembranças desagradáveis relacionadas ao processo de trabalho ou inclusive questões pessoais, como: sentimento de invasão de privacidade, nervosismo que podem vir à tona, e falta de motivação para participar do estudo. Contudo, apesar da consciência da possibilidade destes riscos existirem, esta pesquisa buscará trabalhar de forma a evitar a sua ocorrência, bem como buscará não ferir a singularidade do participante, e sim, respeitá-lo em suas dimensões.

**Endereço:** Avenida NS 15, 109 Norte Prédio do Almoxarifado

**Bairro:** Plano Diretor Norte

**CEP:** 77.001-090

**UF:** TO

**Município:** PALMAS

**Telefone:** (63)3232-8023

**E-mail:** cep\_uf@uft.edu.br

Continuação do Parecer: 5.184.926

**Benefícios:**

Espera-se os seguintes benefícios com esta pesquisa: será a médio e longo prazo, em que possibilitarão uma melhor reflexão e entendimento quanto aos desafios que implicam na política de álcool e outras drogas, podendo favorecer uma reorientação da prática profissional na área da saúde, buscando assim proporcionar uma nova perspectiva no modo do cuidado, contribuindo assim para uma melhora da qualidade de vida para as pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, levando em consideração a singularidade de cada paciente. A produção de novos conhecimentos sobre a temática poderá contribuir socialmente, ao oferecer informações sobre um novo olhar frente aos fatores que interfere na adesão ao tratamento psicossocial álcool e outras drogas e suas ações para o cuidado dos mesmos.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa será realizada em quatro (04) Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas 24 horas (CAPS AD III).

Serão considerados participantes desta pesquisa os profissionais da equipe multiprofissional, que atuam nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas 24 horas (CAPS AD III), no Estado do Tocantins, localizados nas cidades de Araguaína, Colinas, Palmas e Gurupi. Estima-se que nos quatros (04) CAPS AD III do Estado do Tocantins possui aproximadamente em cada serviço 11 (onze) profissionais, totalizando 44 (quarenta e quatro) profissionais nos CAPS AD III do Estado do Tocantins. A amostra será não probabilística, priorizando os casos que descreverão os significados sociais que os sujeitos atribuem a sua atuação.

O levantamento de dados será por meio da entrevista semiestruturada (Apêndice C). As entrevistas ocorrerão em formato remoto (online) (Apêndice D) por medidas de segurança em virtude da

**Endereço:** Avenida NS 15, 109 Norte Prédio do Almoxarifado  
**Bairro:** Plano Diretor Norte **CEP:** 77.001-090  
**UF:** TO **Município:** PALMAS  
**Telefone:** (63)3232-8023 **E-mail:** cep\_uf@uft.edu.br

Continuação do Parecer: 5.184.926

pandemia do novo corona vírus COVID 19, através de ferramentas de videocomunicação

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- TCLE.

- Concordância da SEMUS de Araguaína, Colinas, Gurupi e Palmas.

**Recomendações:**

- TCLE: colocar o TCLE no formato exigido pelo CEP/UFT, incluindo paginação, deixar o texto de forma mais clara e objetiva para o entendimento do participante, reduzindo assim o número de páginas e retirar o termo Apêndice B.

- Folha de rosto está assinada, mas sugiro adicionar o local, data e dados dos que assinaram o mesmo, pois estão em branco.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Concluo pela aprovação, porém as recomendações devem ser atendidas para melhor realização do trabalho.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1851710.pdf	04/11/2021 18:34:08		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMOCONSENTIMENTOLIVRE.pdf	04/11/2021 18:05:16	DEBORA GONCALVES QUEIROZ	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOENVIARPLATAFORMA.pdf	04/11/2021 18:04:43	DEBORA GONCALVES QUEIROZ	Aceito
Declaração de concordância	CONCORDANCIA.pdf	04/11/2021 18:03:30	DEBORA GONCALVES QUEIROZ	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTOASSINADA.pdf	04/11/2021 17:22:15	DEBORA GONCALVES QUEIROZ	Aceito

**Endereço:** Avenida NS 15, 109 Norte Prédio do Almoarifado

**Bairro:** Plano Diretor Norte

**CEP:** 77.001-090

**UF:** TO **Município:** PALMAS

**Telefone:** (63)3232-8023

**E-mail:** cep\_uf@uft.edu.br



Continuação do Parecer: 5.184.926

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

PALMAS, 22 de Dezembro de 2021

---

**Assinado por:****PEDRO YSMAEL CORNEJO MUJICA**  
(Coordenador(a))**Endereço:** Avenida NS 15, 109 Norte Prédio do Almoarifado**Bairro:** Plano Diretor Norte**CEP:** 77.001-090**UF:** TO**Município:** PALMAS**Telefone:** (63)3232-8023**E-mail:** cep\_uff@uft.edu.br

## ANEXO B- PARECER DO COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DE PROJETOS DE PESQUISA (CAPP)



**FUNDAÇÃO ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE PALMAS  
NÚCLEO DE PESQUISA  
COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DE PROJETOS E PESQUISAS (CAPP)  
TERMO DE ANUÊNCIA PARA A REALIZAÇÃO DE PESQUISA**

<b>Título do Projeto:</b> Fatores que interferem na adesão ao tratamento de dependência química: perspectiva dos profissionais de saúde dos Centros de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas do estado do Tocantins.
<b>Responsável pelo Projeto (Autor):</b> Débora Gonçalves Queiroz
<b>Instituição de Ensino:</b> Universidade Federal do Tocantins - Palmas
<b>Membro da Comissão avaliadora:</b>
<b>Data da Reunião:</b> 16/09/2021
<b>Número do Parecer:</b> 35
<b>Descrição das Etapas de Avaliação do Projeto</b>
<b>Título:</b> O título é interessante,
<b>Introdução/justificativa:</b> Apresenta ampla descrição do tema de pesquisa e sua relevância.
<b>Problema de pesquisa:</b> O problema de pesquisa não ficou explícito no corpo da proposta de pesquisa.
<b>Objetivos:</b> apresenta objetivos claros e bem descritos;
<b>GERAL:</b> <i>Conhecer a compreensão dos profissionais de saúde do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas relacionadas aos fatores que interferem na adesão ao tratamento da dependência química.</i>
<b>OBJETIVOS ESPECÍFICO</b>
- <i>Conhecer o processo de atendimento aos usuários no CAPS AD III; e as atividades que favorecem a adesão ao tratamento de álcool e outras drogas;</i>
- <i>Descrever as ações que são realizadas quando os pacientes encontram dificuldades em aderir e/ou continuar no tratamento proposto no centro de atenção psicossocial álcool e outras drogas;</i>
- <i>Identificar as práticas profissionais em saúde mental relacionada ao resgate e construção de autonomia dos usuários de álcool e outras drogas.</i>
<b>Metodologia:</b> A metodológica apresentada não descreve de forma clara e dentro das normas da ABNT, quais as estratégias para se alcançar os objetivos gerais e específicos;
- <b>Locais de Estudo:</b> <i>A pesquisa será realizada em quatro (04) Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas 24 horas (CAPS AD III), instituição pública de referência na atenção secundária de saúde, localizados nas seguintes regiões de saúde do Estado do Tocantins: Na região Médio Norte Araguaia, precisamente na cidade Araguaína, Cerrado Tocantins-Araguaia Colinas, Capim Dourado, compreende a cidade de Palmas e por fim a região de Saúde Ilha do Bananal, tendo como referência a cidade Gurupi. Segundo a portaria 130/12, a equipe técnica mínima para atuação no CAPS AD III, para o atendimento de 40 (quarenta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 60 (sessenta) pacientes/dia, em regime intensivo. Dessa forma, estima-se que nos quatros (04) CAPS AD III do Estado do Tocantins possui aproximadamente em cada serviço 11 (onze) profissionais, totalizando 44 (quarenta e quatro) profissionais nos CAPS AD III do Estado do Tocantins.</i>
- <b>Sujeitos da Pesquisa:</b> <i>Serão considerados sujeitos desta pesquisa os profissionais da equipe multiprofissional, que atuam nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas 24 horas (CAPS AD III), no Estado do Tocantins, localizados nas cidades de Araguaína, Colinas, Palmas e Gurupi. A amostra será não probabilística, priorizando os casos que descreverão os significados sociais que os sujeitos atribuem a sua atuação, procurando uma possibilidade de aprofundar a compreensão do fenômeno em investigação, com ênfase nos processos vivenciados e nos significados atribuídos pelos sujeitos (MORAIS, GALIAZZI, 2011). A composição do tamanho da amostra será definida a partir do critério de saturação dos dados.</i>
<b>Critérios para Inclusão e Exclusão na Amostra:</b> <i>Os critérios de inclusão serão: trabalhar no serviço em questão há mais de 06 (seis) meses, pertencer a equipe multiprofissional de nível superior sendo: médico clínico</i>

e psiquiatra, enfermeiro, psicólogo, assistente social, pedagogo, terapeuta ocupacional ou educador físico, podendo ser vínculo contratual, efetivo ou comissionado, desenvolver ações de saúde diretamente com o usuário do serviço, e aceitar participar da pesquisa por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido e o termo de autorização de gravação de voz. Já os critérios de exclusão serão: profissionais que estiverem de licença, férias ou que necessitem ser afastados durante a coleta de dados.

**Levantamento dos Dados:** O levantamento de dados será por meio da entrevista semiestruturada (Apêndice C) de um roteiro semi-estruturado, previamente elaborado, contendo perguntas básicas e principais para atingir o objetivo da pesquisa, oportunizando o entrevistado (a) a possibilidade de falar mais livremente sobre o tema proposto.

As entrevistas ocorrerão em formato remoto (online) (Apêndice D) por medidas de segurança em virtude da pandemia do novo corona vírus COVID 19, através de ferramentas de videocomunicação. Estima-se que a entrevista durará em média 40 minutos. Dessa forma na coleta não teremos contato presencial, mas outras condições estarão presentes como, perguntas, respostas, interpretações e diálogo (MANZINI, 2004).

Para a realização da entrevista por meio remoto serão sugerido o aplicativo Google Meet ou a plataforma de videoconferência Zoom a depender da facilidade de acesso do participante a eles. Esses aplicativos permitem a gravação de todo o processo em arquivos de áudio/vídeo.

Assim, com a anuência dos participantes a entrevista será gravada em formato de áudio/imagem (formato remoto) para posterior transcrição das informações na íntegra, visando contribuir com a análise dos dados.

Cabe ressaltar que me comprometo com a guarda, cuidado e utilização das informações apenas para cumprimento dos objetivos previstos nesta pesquisa aqui referida. (Apêndice F).

- **Análise de dados:** Assim, será realizado a análise e interpretação das entrevistas, seguindo a análise de conteúdo de Bardin (2011), à qual consiste num conjunto de procedimentos e técnicas que visam extrair sentido dos textos por meio de unidades de análises que podem ser palavras- chaves, termos específicos, categorias e/ou temas, de modo a identificar a frequência com que aparecem no texto, possibilitando fazer inferências replicáveis e válidas dos dados. Assim serão organizadas em torno de três etapas: a pré-análise, a exploração do material e, por fim, o tratamento dos resultados.

-**Instrumento de coleta de dados:** adequado e em anexo;

**Aspectos éticos:** apresenta o projeto de pesquisa segundo a Resolução 466/12, entretanto não apresenta riscos e benefícios do estudo.

**Sugestão:** Incluir riscos e benefícios da pesquisa para os participantes da pesquisa; incluir a FESP como instituição coparticipante quando submeter o projeto a plataforma Brasil (necessário ao CEP);

**Cronograma:** o cronograma detalhado foi apresentado;

**Orçamento:** o orçamento com descrição detalhada da fonte de custeio e gastos;

**Sugestão:** incluir orçamento detalhado e com valores de gastos (necessário ao CEP);

**Referências bibliográficas:** apresenta referencias atualizadas e listadas;

**Consta o termo de responsabilidade do pesquisador responsável assinado e com CPF?** O termo de responsabilidade está assinado e carimbado pelo pesquisador responsável.

**Observação a ser usada quando o projeto for de instituição externa:**

**ATENDER AS PRERROGATIVAS DA CARTA CIRCULAR DA CONEP 122/2012/INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE FESP**



- 1) A Instituição Proponente (aquela que propõe o projeto), portanto, todo projeto de pesquisa deve ser julgado pelo CEP da Instituição Proponente, onde poderá ser aprovado ou receber parecer de pendência ou ser reprovado.
- 2) É denominada de instituição coparticipante, aquela em que os pesquisadores desenvolverão alguma etapa da pesquisa nela ou recrutarão os participantes nela.
- 3) A instituição coparticipante pode ter um Comitê de Ética ou não.
- 4) Quando um Projeto de Pesquisa indicar que irá “utilizar” Instituição Coparticipante e for aprovado no CEP da Instituição Proponente ele seguirá para uma segunda etapa de análise, que será feita no CEP da Instituição Coparticipante (nesse caso CEP/FESP), onde poderá ser aprovado ou reprovado, ou receber um parecer de

pendência, que deverá ser atendida pelos pesquisadores no prazo de até 30 dias.  
 5) Sendo o projeto reprovado pelo CEP da Coparticipante, o pesquisador deverá procurar outra, pois a(s) etapa(s) que seria(m) desenvolvida(s) nessa Instituição coparticipante não poderá(ão) ser desenvolvida(s).  
 6) Sendo aprovado pelo CEP da Coparticipante, o pesquisador poderá iniciar o desenvolvimento da(s) etapa(s) da Pesquisa nessa Instituição.  
 7) Uma autorização (Parecer) prévia de cada instituição coparticipante deve ser obtida pelos pesquisadores ANTES da submissão do projeto na Plataforma Brasil.

**Observações finais do Parecerista da CAPP e do colegiado após reunião:** O projeto apresenta uma temática relevante para o SUS.

**DELIBERAÇÕES DA CAPP QUANTO AO PROJETO AVALIADO:**

**\*Sugestões:** As sugestões descritas nas etapas de avaliação do projeto de pesquisa não têm obrigatoriedade de serem acatadas pelo pesquisador, mas podem ajudar na melhor clareza da pesquisa, avaliação e aprovação junto ao Comitê de Ética.

**\*Pendências:** As pendências descritas nas etapas de avaliação do projeto de pesquisa têm a obrigatoriedade de serem acatadas para aprovação pela Comissão de Avaliação de Projetos e Pesquisas da FESP.

**\* Reprovação:** A reprovação do projeto de pesquisa ocorrerá quando a Comissão de Avaliação de Projetos e Pesquisas (CAPP) julgar que o estudo não apresenta legalidade, conhecimento, relevância e exequibilidade.


**PARECER:**

Aprovado

Pendência

Reprovado

**Palmas, 16 de setembro de 2021.**

  
 Eliane Patrícia Lino Pereira Franchi

Coordenação do Núcleo de Pesquisa da Fundação Escola de Saúde de Palmas

Comissão de Avaliação de Projetos e Pesquisas

E-mail: [nupesfesp@gmail.com](mailto:nupesfesp@gmail.com) / Fone: (63) 3212 – 7166 / Horário: 13 às 18hs

## ANEXO C – PARECER DA FESP

FUNDAÇÃO ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE PALMAS - 

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

Elaborado pela Instituição Coparticipante

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** FATORES QUE INTERFEREM NA ADESÃO AO TRATAMENTO DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA: PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ALCOOL E OUTRAS DROGAS DO ESTADO DO TOCANTINS.

**Pesquisador:** DEBORA GONCALVES QUEIROZ

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 53193321.2.3001.9187

**Instituição Proponente:** FUNDACAO ESCOLA DE SAUDE PUBLICA DE PALMAS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 5.289.215

**Apresentação do Projeto:**

As informações apresentadas abaixo foram copiadas dos arquivos "Projeto detalhado" datado de 04/11/2021 e "TCLE" datado de 04/11/2021, em anexo a plataforma Brasil.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Geral:**

Conhecer a compreensão dos profissionais de saúde do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas relacionadas aos fatores que interferem na adesão ao tratamento da dependência química.

**Objetivos Específicos:**

Conhecer o processo de atendimento aos usuários no CAPS AD III; e as atividades que favorecem a adesão ao tratamento de álcool e outras drogas;

Descrever as ações que são realizadas quando os pacientes encontram dificuldades em aderir e/ou continuar no tratamento proposto no centro de atenção psicossocial álcool e outras drogas;

Identificar as práticas profissionais em saúde mental relacionada ao resgate e construção de

**Endereço:** 405 SUL AVENIDA LO 9, s/n - lote 11, térreo.  
**Bairro:** PLANO DIRETOR SUL **CEP:** 77.015-611  
**UF:** TO **Município:** PALMAS  
**Telefone:** (63)3212-7166 **E-mail:** cepfesp.palmas@gmail.com

Continuação do Parecer: 5.289.215

autonomia dos usuários de álcool e outras drogas.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Os autores consideraram os riscos e propõe medidas para minimizá-los.

Poderão ser constrangimento, inibição por uso da gravação, vergonha em responder alguma questão, que poderão suscitar lembranças desagradáveis relacionadas ao processo de trabalho ou inclusive questões pessoais, como: sentimento de invasão de privacidade, nervosismo que podem vir à tona, e falta de motivação para participar do estudo. Contudo, apesar da consciência da possibilidade destes riscos existirem, esta pesquisa buscará trabalhar de forma a evitar a sua ocorrência, bem como buscará não ferir a singularidade do participante, e sim, respeitá-lo em suas dimensões.

Benefícios:

Espera-se os seguintes benefícios com esta pesquisa: será a médio e longo prazo, em que possibilitarão uma melhor reflexão e entendimento quanto aos desafios que implicam na política de álcool e outras drogas, podendo favorecer uma reorientação da prática profissional na área da saúde, buscando assim proporcionar uma nova perspectiva no modo do cuidado, contribuindo assim para uma melhora da qualidade de vida para as pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, levando em consideração a singularidade de cada paciente. A produção de novos conhecimentos sobre a temática poderá contribuir socialmente, ao oferecer informações sobre um novo olhar frente aos fatores que interfere na adesão ao tratamento psicossocial álcool e outras drogas e suas ações para o cuidado dos mesmos.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa tem relevância social e científica, pois buscará investigar essa temática por meio da compreensão dos profissionais de saúde do centro de atenção psicossocial álcool e outras drogas do Estado do Tocantins, podendo favorecer a reflexão e a reorientação da prática profissional na área da saúde, a partir da construção, produção e ampliação do conhecimento acerca dos fatores que interferem diretamente na adesão ao tratamento pelo dependente químico, com vistas ao

**Endereço:** 405 SUL AVENIDA LO 9, s/n - lote 11, térreo.  
**Bairro:** PLANO DIRETOR SUL **CEP:** 77.015-611  
**UF:** TO **Município:** PALMAS  
**Telefone:** (63)3212-7166 **E-mail:** ceptesp.palmasto@gmail.com

Continuação do Parecer: 5.289.215

aumento da adesão e da qualidade de vida dessa clientela.

Trata-se de um projeto de pesquisa de Mestrado, o qual apresenta-se de modo organizado, atendendo a Resolução 466/12.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Folha de Rosto - todos os campos foram preenchidos, datados e assinados, com identificação dos signatários. As informações prestadas são compatíveis com as do protocolo. A identificação das assinaturas contém, com clareza, o nome completo e a função de quem assinou, bem como está indicada por carimbo - adequado

Declaração de Compromisso do Pesquisador Responsável - devidamente assinada e declarando que prezarão pela ética instituída pela CNS nº 466/12 e suas complementares, entre elas destaca a Norma Operacional da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP nº 001/13 - adequado

Orçamento financeiro - detalha os recursos e destinação no protocolo de cadastro da PB, apresentado em moeda nacional - adequado

Cronograma - descreve a duração total e as diferentes etapas da pesquisa, com compromisso explícito do pesquisador de que a pesquisa somente será iniciada a partir da aprovação pelo Sistema CEP - adequado

TCLE – está formulado na forma de convite e com linguagem adequada e direcionada aos participantes da pesquisa; inclui informações quanto à justificativa, os objetivos e os procedimentos, explicitação dos possíveis desconfortos e riscos decorrentes da participação na pesquisa, esclarecimento sobre a forma de acompanhamento e assistência a que terão direito os participantes da pesquisa, garantia de plena liberdade ao participante da pesquisa, de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento; garantia de manutenção do sigilo e da privacidade; garantia de que o participante da pesquisa receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; explicita a garantia de ressarcimento e como serão cobertas as despesas tidas pelos participantes da pesquisa e dela decorrentes; explicita a garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa; apresenta espaço para rubrica dos pesquisadores e participante em todas as páginas; apresenta contato e endereço dos pesquisadores e do CEP da Universidade Federal do Tocantins pelo telefone (63) 3229 4023, pelo e-mail: cep\_ufu@uft.edu.br

**Endereço:** 405 SUL AVENIDA LO 9, s/n - lote 11, térreo.  
**Bairro:** PLANO DIRETOR SUL **CEP:** 77.015-611  
**UF:** TO **Município:** PALMAS  
**Telefone:** (63)3212-7166 **E-mail:** ceptesp.palmasto@gmail.com

FUNDAÇÃO ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE PALMAS - 

Continuação do Parecer: 5.289.215

ou pessoalmente no endereço, Quadra 109 Norte, Av. Ns 15, ALCNO 14, Prédio do Almoarifado, CEP: 77001-090, Palmas/TO - adequado

Justificativa de dispensa do TCLE – Não se aplica

Termo de Compromisso de uso dos dados (TCUD) – Não se aplica

Documento da Instituição Campo Autorizando o Estudo -

Projeto de pesquisa - anexado na integra.

Instrumentos de coleta – construídos em conformidade com os objetivos da pesquisa - adequado

**Recomendações:**

- Conforme item XI (DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL) na Resolução CONEP 466/12, destaca-se aqui apenas como lembrete:

XI.2 - Cabe ao pesquisador:

- c) desenvolver o projeto conforme delineado;
- d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e/ou finais;
- f) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;
- g) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto;
- h) justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Protocolo de pesquisa em primeira avaliação, não há inconsistências identificadas. Atentamos que todas as informações dispostas no projeto de pesquisa, na plataforma Brasil e anexos estão idênticas.

**Endereço:** 405 SUL AVENIDA LO 9, s/n - lote 11, térreo.  
**Bairro:** PLANO DIRETOR SUL **CEP:** 77.015-611  
**UF:** TO **Município:** PALMAS  
**Telefone:** (63)3212-7166 **E-mail:** cepfesp.palmas@gmail.com



FUNDAÇÃO ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE PALMAS - 

Continuação do Parecer: 5.289.215

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1878557.pdf	03/01/2022 15:34:25		Aceito
Outros	CAP.pdf	03/01/2022 15:33:29	DEBORA GONCALVES QUEIROZ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMOCONSENTIMENTOLIVRE.pdf	04/11/2021 18:05:16	DEBORA GONCALVES QUEIROZ	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOENVIARPLATAFORMA.pdf	04/11/2021 18:04:43	DEBORA GONCALVES QUEIROZ	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

PALMAS, 14 de Março de 2022

Assinado por:  
Eliane Patricia Lino Pereira Franchi  
(Coordenador(a))

Endereço: 405 SUL AVENIDA LO 9, s/n - lote 11, térreo.  
Bairro: PLANO DIRETOR SUL CEP: 77.015-611  
UF: TO Município: PALMAS  
Telefone: (63)3212-7166 E-mail: ceptesp.palmas@gmail.com