

CENTRO UNIVERSITÁRIO SAGRADO CORAÇÃO

CAROLINE FERNANDES BELATO

PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS E USUÁRIOS QUANTO AOS SERVIÇOS DE UM  
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

BAURU

2022

CAROLINE FERNANDES BELATO

PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS E USUÁRIOS QUANTO AOS SERVIÇOS DE UM  
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Monografia de Iniciação Científica apresentada  
ao Centro Universitário Sagrado Coração,  
como requisito final do Edital de Programas  
Institucionais de Iniciação Científica  
2021/2022, sob orientação do Prof. Dr. Luiz  
Antonio Lourencetti.

BAURU

2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de  
acordo com ISBD

Belato, Caroline Fernandes

B425p

Percepções de profissionais e usuários quanto aos serviços  
de um centro de atenção psicossocial álcool e outras drogas /  
Caroline Fernandes Belato. -- 2022.

49f.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Antonio Lourencetti

Monografia (Iniciação Científica em Psicologia) - Centro  
Universitário Sagrado Coração - UNISAGRADO - Bauru - SP

1. Saúde mental. 2. Atenção psicossocial. 3. CAPS AD. 4.  
Uso de substâncias. 5. Redução de danos. I. Lourencetti, Luiz  
Antonio. II. Título.

## **DEDICATÓRIA**

Dedico esse trabalho ao meu primo, parte da minha história e motivação para que eu pesquisasse o tema.

## **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar, agradeço a minha família, especialmente meus pais, Néia e Olívio, que sempre me incentivaram e proporcionaram oportunidades no âmbito da educação, possibilitando a minha dedicação a graduação. Agradeço também às minhas amigas e futuras colegas de profissão - Ana, Beatriz, Isadora, Tânia e Joana - que fizeram da minha trajetória acadêmica um percurso mais leve, enriquecedor e coletivo, repleto de apoio e acolhimento. Agradeço ao meu namorado, Lucas, por todo suporte, escuta e incentivo.

Ainda, agradeço a todos que participaram da minha história e, de algum modo, colaboraram para que o meu interesse pela ciência se desenvolvesse ao longo da graduação – em especial os professores do meu curso. Especificamente cito e agradeço ao meu orientador, Luiz, que despertou o meu interesse em Políticas Públicas e viabilizou o desenvolvimento dessa pesquisa. Agradeço também à Marcela, colaboradora desse trabalho, que participou e auxiliou na construção desse projeto. Por fim, agradeço a todos os participantes da pesquisa, atores principais das políticas públicas, pela fundamental contribuição, assinalando a importância da promoção de uma ciência comprometida com as problemáticas sociais e a produção de soluções em conjunto com a comunidade.

## RESUMO

Os Centros de Atenção Psicossocial integram a Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde e oferecem serviços à indivíduos com sofrimento ou transtorno mental, preconizando o tratamento em liberdade, a autonomia e o protagonismo dos mesmos. Uma de suas modalidades, os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD), volta-se para o tratamento de indivíduos que fazem o uso prejudicial de substâncias psicoativas, tendo como norte os princípios da Redução de danos, modelo fundamentado na defesa de direitos humanos e na universalização do acesso de saúde, a fim de minimizar os impactos biopsicossociais relacionados ao consumo de drogas. Sendo assim, a Redução de danos se insere no contexto da Reforma Psiquiátrica e se contrapõe às políticas proibicionistas, marcadas pelo seu caráter autoritário e baseadas em concepções patologizantes e criminalizadoras, que contextualizam os processos de exclusão social dos usuários, atravessando as relações sociais e dificultando o acesso à direitos. Tendo isso em vista, a presente pesquisa, de caráter qualitativo, teve como objetivo explorar as percepções de profissionais e usuários quanto ao serviço de um Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas. A coleta de dados consistiu na aplicação de entrevistas semiestruturadas com seis usuários e cinco profissionais da equipe de referência em saúde mental de um CAPS AD, que foram norteadas a partir de um roteiro com os principais tópicos relevantes aos objetivos da pesquisa. A análise de dados foi organizada de acordo com as categorias baseadas no roteiro norteador, sendo elas: acolhimento, participação dos atores envolvidos no acompanhamento terapêutico e concepções sobre os objetivos dos serviços. Como resultados, foi possível observar resistências importantes dos profissionais quanto a redução de danos; dificuldades do serviço quanto a ações que promovam atenção às famílias dos usuários; limitações na execução de ações articuladas com outros dispositivos. Além disso, notou-se que os usuários percebem o serviço como um espaço importante de acolhimento; entendem o CAPS como importante para a sua melhora; apresentam expressões que estão diretamente associadas a processos de vulnerabilização e estigmatização. Desse modo, entende-se que foi possível compreender algumas dificuldades e possibilidades associadas à consolidação de uma política orientada pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, tendo em vista as limitações do estudo.

Palavras-chaves: Saúde mental. Atenção psicossocial. CAPS AD. Uso de substâncias. Redução de danos.

## ABSTRACT

Psychosocial Care Centers are part of the Psychosocial Care Network, and offer services to individuals with mental health issues, advocating treatment in freedom, their autonomy and protagonism. The Psychosocial Care Centers for Alcohol and Other Drugs (CAPS AD), offer services for substances users that make the harmful use of psychoactive substances, having as a guide the principles of harm reduction, a model based on the defense of human rights and in the universalization of access to health, in order to minimize the impacts biopsychosocial factors related to drug use. Therefore, harm reduction inserts itself in the context of the Psychiatric Reform and opposes the prohibitionist policies, marked its authoritarian character and in many ways pathologizing and criminalizing conceptions, which contextualize the processes of social exclusion of users, crossing social relations and making access to rights difficult. With this in mind, this qualitative project aimed to explore the perceptions of professionals and users towards the service of a Psychosocial Care Center for alcohol and other drugs. Data collection consisted of the application of semi-structured interviews with six users and five professionals from the mental health reference team of a CAPS AD. The interviews were guided by a script with main topics, relevant to the research objectives. Data analysis was organized according to the categories based on the guiding script, namely: reception, participation of the actors involved in the treatment and conceptions about the purpose of the services. As a result, it was possible to observe important resistance from professionals regarding harm reduction; difficulties regarding actions that promote care for users' families; limitations in the execution of actions articulated with other devices of the health system. Furthermore, it was noted that users perceive the service as an important welcoming space; understand the CAPS as important for their improvement; they also addressed processes of vulnerability and stigmatization. Thus, it was possible to understand some difficulties and possibilities associated with the consolidation of a policy guided by the principles of the Psychiatric Reform, in view of the limitations of the study.

Keywords: Mental health. Psychosocial care. CAPS AD. Substance use. Harm of damage.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>8</b>
1.1	OBJETIVOS.....	14
1.1.1	OBJETIVO GERAL.....	14
1.1.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
<b>2</b>	<b>MÉTODO</b> .....	<b>15</b>
2.1	PARTICIPANTES.....	15
2.2	LOCAL.....	15
2.3	INSTRUMENTOS E MATERIAIS.....	16
2.3.1	Roteiro norteador: entrevista com os profissionais.....	16
2.3.2	Roteiro norteador: entrevista com os usuários.....	16
2.4	PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	16
2.5	PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS.....	18
2.6	CUIDADOS E ASPECTOS ÉTICOS.....	19
<b>3</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>19</b>
3.1	PROFISSIONAIS.....	20
3.1.1	Eixo 1 – Acolhimento.....	21
3.1.2	Eixo 2 – Caracterização das práticas.....	22
3.1.3	Eixo 3 – Participação dos atores.....	26
3.1.4	Eixo 4 – Concepções sobre os objetivos do serviço.....	29
3.2	USUÁRIOS.....	33
3.2.1	Eixo 1 – Percepções sobre o acolhimento e práticas do serviço.....	34
3.2.2	Eixo 2 – Participação da rede de apoio.....	37
<b>4</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>38</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>41</b>
	<b>APÊNDICE A – ROTEIROS NORTEADORES</b> .....	<b>45</b>
	<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	<b>46</b>
	<b>ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b> .....	<b>47</b>



## 1 INTRODUÇÃO

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), integram, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), uma rede pública de atenção e cuidados em saúde mental, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Os CAPS caracterizam-se pelos serviços de caráter aberto e comunitário, com foco multiprofissional, direcionados a pessoas com sofrimento ou transtorno mental – incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011).

Regulamentados inicialmente através da Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas II, são definidos como “serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000” (BRASIL, 2002, Art. 4.). Além disso, são especificadas nessa portaria as atividades prestadas no serviço ambulatorial, que incluem atendimento individual multiprofissional, atendimentos grupais, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento a família, atividades comunitárias e atendimentos de desintoxicação (BRASIL, 2002).

Esse modelo de atenção foi implementado em diversos municípios brasileiros a partir da década de 1990, estabelecendo-se como alternativa ao modelo asilar de internação nos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2015), tendo como função fornecer atendimento e executar ações intersetoriais, além de ter grande importância na articulação da Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2005), objetivando o desenvolvimento da autonomia e cidadania dos sujeitos e a promoção de direitos sociais (BRASIL, 2015).

A rede de atenção psicossocial (RAPS), na qual inserem-se os CAPS, conforme já citado, foi instituída pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que orienta todos os serviços por ela articulados. É norteada por diretrizes de funcionamento que abrangem princípios como respeito aos direitos humanos e garantia de autonomia; cidadania e liberdade; promoção de equidade; combate a estigmas e preconceitos; garantia do acesso e qualidade dos serviços; cuidado integral e diversificado; assistência multiprofissional e humanizada; intersetorialidade e territorialidade; desenvolvimento de estratégias de redução de danos; promoção de estratégias de educação; e construção do projeto terapêutico singular no cuidado a pessoas com transtornos mentais ou necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2011).

São também determinados objetivos gerais e específicos, norteados pelas diretrizes mencionadas. Ainda, são organizados os componentes constituintes e operacionalizados no

contexto da RAPS, que incorporam serviços da atenção básica, atenção especializada - incluindo as modalidades dos Centros de atenção Psicossocial -, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011).

O consumo dessas substâncias é historicamente registrado como uma prática humana milenar e universal, sendo esta inserida em contextos e com objetivos e motivações diversas (CARNEIRO, 2002). A compreensão dos processos histórico-culturais através dos quais se materializam os valores, ideias e práticas de uma sociedade são essenciais para o entendimento de como o consumo dessas substâncias se expressam, sendo o “atual consenso mundial proibicionista” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013, p. 19) um paradigma fortalecido no século XX e responsável pela determinação da ilegalidade de determinadas substâncias, bem como marcado pela marginalização e criminalização de usuários de drogas (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013).

No século XIX, a popularização do consumo de substâncias psicoativas a nível mundial, possibilitada por avanços científicos e farmacológicos significativos e articulada a encadeamentos da industrialização, repercutiu em processos sociais, sanitários e culturais sem precedentes (ESCOHOTADO, 1995). Frente às mudanças sociais que envolveram o desenvolvimento de produtos em larga escala, a urbanização, o aumento da criminalidade, do alcoolismo e outros fenômenos sociais considerados contraditórios aos ideais iluministas, surge espaço para a ciência positivista, que prometia organizar a sociedade, e posteriormente serviu como fundamento para movimentos eugenistas, que viabilizaram concepções patologizantes de problemáticas sociais e justificaram práticas higienistas (MOTA, 2008).

O aumento no consumo dessas substâncias levou ao seu reconhecimento como um problema social, passando a se estabelecer o uso do termo “drogas” (FIORE, 2003). Esse termo é derivado do holandês “*droog*”, usado para referir-se a carregamentos de peixe que chegavam à Europa em condições precárias, revelando, assim, a conotação negativa de seu uso (MOTA, 2008). Percebe-se esse fenômeno como associado ao paradigma do proibicionismo no fato de que o termo “droga” é normalmente atribuído às substâncias psicoativas ilícitas, enquanto o termo mais adequado, “substâncias psicoativas”, contempla inúmeras substâncias, significando “substâncias que agem sobre a mente” (MOTA, 2008, p. 24).

No Brasil, em meio a abolição da escravidão em 1888 e a medidas de incentivo a vinda de imigrantes europeus, a fim de “embranquecer” o país, a psiquiatria e criminologia eugenistas se fizeram relevantes e reforçaram a discriminação das camadas menos privilegiadas da população, criminalizando as manifestações culturais e religiosas da população negra e indígena

(BARROS; PEREZ, 2012). Nessa conjuntura, a associação de determinadas substâncias, como o álcool e a maconha, a classes sociais baixas e marginalizadas e a questões étnico-raciais correlacionava-se com a desqualificação moral conferida aos usuários de drogas. Do mesmo modo, esse movimento também se reflete no sistema prisional, na repressão policial contra a população pobre e preta, e no conseqüente encarceramento em massa, que sustenta a estrutura social vigente (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013).

A trajetória nacional quanto às drogas no início do século XX remete a um cenário impactado pela Primeira Guerra Mundial e pela crise econômica de 1929, além de mudanças sociais e econômicas, como a transição do trabalho escravo para o trabalho livre, o desenvolvimento urbano e industrial e a imigração, que colaboraram para problemas sociais e sanitários (BASBAUM, 1997). Para Carneiro (2002), no século XX, o consumo de drogas adquiriu espaço importante no comércio internacional, ao mesmo tempo em que o proibicionismo se consolidava, diferenciando-se de estratégias de regulamentação anteriores devido ao caráter penal e ao consenso internacional. O modelo proibicionista configura-se, além do reconhecimento do fenômeno do consumo de drogas como um problema social, na tentativa de supressão do mesmo a partir do controle e repressão da oferta e do consumo de substâncias ilícitas (FIORE, 2013).

Nesse sentido, ressalta-se a Convenção Internacional sobre o Ópio, da Liga das Nações, no ano de 1912, como o primeiro movimento internacional que objetivava controlar a produção, distribuição e consumo de substâncias como o ópio, morfina, cocaína e seus derivados, dando início ao fortalecimento do paradigma que posteriormente abrangeu outras substâncias (PAIVA, 2018). Em 1961, a Convenção Única sobre Drogas Narcóticas consolidou esse cenário, estabelecendo o consenso internacional e estratégias de controle e proibição de determinadas substâncias (PAIVA, 2018).

Tendo essas circunstâncias em vista, intervenções do Estado brasileiro quanto a questão das drogas, com o objetivo de controlar o consumo e o comércio de drogas ilícitas, aconteceram no início do século XX, tratando-se de um conjunto de leis e decretos que determinavam a permanência dos usuários em prisões e sanatórios (MACHADO; MIRANDA, 2007). Posteriormente, na década de 1970, marcando uma maior influência da medicina, os hospitais psiquiátricos passaram a ser um dispositivo importante no controle do uso de drogas no Brasil (MACHADO; MIRANDA, 2007).

A aproximação da problemática ao âmbito da psiquiatria começava a conquistar espaço maior em um contexto no qual substâncias antes associadas a classes mais baixas, como a maconha, ganhavam importância entre juventude de classe média, nos anos 60, envolvidas com

os movimentos políticos da contracultura (MACHADO; MIRANDA, 2007). Concomitante a isso, no cenário da Ditadura Militar, equiparou-se a pena dada ao consumidor e ao traficante, representando uma resistência ao afastamento da problemática do dispositivo jurídico, bem como a coexistência dos dois discursos (SILVA, 2013).

Na década de 1980, foi constituído o Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN), em 1998 substituído pelo Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), órgão que esteve inicialmente atrelado a estratégias de repressão ao consumo e tráfico de drogas, mas, incentivou posteriormente, a partir da década de 1990, práticas de atenção à saúde, como as Comunidades Terapêuticas (MACHADO; MIRANDA, 2007). O termo “Comunidades Terapêuticas” (CTs) surgiu para definir experiências realizadas em uma tentativa de reforma institucional interna do modelo asilar, através do estabelecimento de medidas coletivas e participativas, com foco no processo terapêutico (JORGE, 1997).

As Comunidades Terapêuticas (CTs) referem-se a instituições não governamentais, fundamentadas na lógica de instituições totais cuja “inserção dos indivíduos se dá na totalidade de suas ações e práticas cotidianas, em regime de internato e moradia diuturna, sob funcionamento institucional regulador e determinante das vivências intersubjetivas” (LOPES, 2019, n.p). De acordo com Raupp, Fefferman e Morais (2011), essas instituições têm como princípio o modelo moral, além de grande influência de religiões, sendo a abstinência meta e exigência do tratamento.

Dessa maneira, as políticas proibicionistas ou regulatórias se baseiam em concepções patologizantes ou criminalizadoras, sendo suas intervenções, assim, marcadas por seu caráter autoritário e restritivo (ALVES, 2009). Segundo Lopes (2019), os pressupostos morais que baseiam certa rigidez quanto a discussão do tema restringem as possibilidades de abordagens e a produção de conhecimento científico, limitando a questão a concepções que consideram as drogas como puramente nocivas e causadoras de danos. Não contemplando, dessa forma, a complexidade envolvida nesses processos, que são atravessados por fatores políticos, econômicos, jurídicos, sociais, culturais e intersubjetivos (GOMES; VECCHIA, 2018; LACERDA; FUENTES-ROJAS, 2017; LOPES, 2019).

Em contrapartida a isso, a Redução de Danos (RD) constitui-se como um modelo fundamentado na defesa de direitos humanos e na ampliação das possibilidades de ofertas de serviços de saúde que visem minimizar os impactos biopsicossociais relacionados ao consumo de drogas (ALVES, 2009). No Brasil, a RD, nos anos 1990, era adotada a ações de prevenção à AIDS (SANTOS; FERLA, 2017), sendo atribuída como estratégia no Sistema Único de Saúde (SUS) somente em 2003, com o desenvolvimento da Política de Atenção Integral a Usuários de

Álcool e outras Drogas (PAIUAD) do Ministério da Saúde (GOMES; VECCHIA, 2018). Apesar do destaque da RD nesse contexto, modelos de atenção baseados no proibicionismo não perderam totalmente o espaço nas políticas sobre drogas (ALVES, 2009).

Segundo Santos e Ferla (2017), a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (PAIUAD) marcou uma mudança a concepção do usuário, baseando-se na Lei Federal nº 10.216, de 2001, a lei antimanicomial, que buscava romper com o modelo asilar e fortalecer a rede de assistência territorial, focando na comunidade, na reinserção social dos usuários, bem como na articulação dos níveis de atenção do SUS. Norteados pelos princípios da RD e voltados para o tratamento de usuários que fazem uso prejudicial de substâncias psicoativas, os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) preconizam o tratamento em liberdade, a autonomia e o protagonismo do usuário (BRASIL, 2015).

Estudos dirigidos à análise das percepções de profissionais de Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas acerca da RD indicam certa resistência e dificuldade de adesão aos princípios da RD por parte dos profissionais dos CAPS e da população no geral, sendo a influência do modelo biomédico muito significativa nos serviços, manifestada principalmente na perspectiva da abstinência como objetivo ideal do tratamento, nas relações verticalizadas entre profissionais da saúde e usuários e nas concepções do processo saúde-doença (ARAÚJO; PIRES, 2018; SOUZA *et al.*, 2017).

Ressalta-se que

Nesse sentido, o movimento de Reforma Psiquiátrica busca a desconstrução da realidade manicomial - para além da "queda dos muros manicomial" em sentido físico. Assim, é possível que se opere em transformações de toda uma cultura que sustenta a violência, a discriminação e o aprisionamento da loucura e das diferenças. (MUNIZ *et al.*, 2015, n.p)

Ademais, profissionais relatam desafios relacionados também a resistência da família dos usuários em relação a estratégias que não envolvam a abstinência (ARAÚJO; PIRES, 2018), sendo o serviço responsável por fornecer o suporte e acolhimento aos familiares (MIELKE *et al.*, 2010). Segundo Mielke *et al.* (2010), a efetivação da RD implica no desenvolvimento de redes de suporte social e apoio aos usuários e seus familiares em rede territorial, configurando-se como um desafio importante nesse cenário. Outro ponto diz respeito a formação acadêmica ou profissional inadequada quanto a RD, o que dificulta a sensibilização e aderência à princípios e atitudes baseadas na mesma (ARAÚJO; PIRES, 2018; SOUZA *et al.*, 2017).

Conforme Santos *et al.* (2018), em uma pesquisa quanto participação dos usuários em tratamento em um CAPS AD, os relatos de profissionais e usuários se divergiam em pontos como os objetivos do tratamento, especialmente nos casos em que o usuário não priorizava a abstinência, dinâmica esta que se caracteriza em oposição aos princípios da RD, que visam promover o protagonismo e autonomia dos sujeitos. Nesse mesmo estudo, são destacados pelos usuários o vínculo com a família e a melhoria da saúde como principais motivadores do tratamento, além do relacionamento com os profissionais, quando desenvolvido de forma respeitosa e afetiva (SANTOS *et al.*, 2018).

Lacerda e Fuentes-Rojas (2017) identificam em uma pesquisa que contou com a participação de 11 usuários de um CAPS AD II, que a maioria percebe o serviço como provedor de acolhimento, apoio e cuidado, valorizando o auxílio dos profissionais envolvidos. A pesquisa aborda relações de dependência entre os atores, nas quais os usuários entendem o CAPS como promotor de soluções para os seus problemas e expressam pouca crítica acerca do serviço, marcada por uma desqualificação de si mesmos e enaltecimento do serviço (LACERDA; FUENTES-ROJAS, 2017).

Considerando-se que o público desses centros pertence a camadas mais pobres, em sua maioria (ROSA; CAMPOS, 2013), muitos percebem o CAPS como um local que potencialmente proporciona acesso a direitos eles negados, sendo, essa conjuntura propícia para a construção de relações de dependência (SEVERO; DIMENSTEIN, 2011). Apesar disso, o CAPS também foi percebido por usuários como facilitador de processos de reinserção social, principalmente nos casos em que os sujeitos diziam ter desenvolvido boa relação com os profissionais (LACERDA; FUENTES-ROJAS, 2017).

A fim de abordar alterações no âmbito legislativo relacionadas ao tema, cita-se a importante lei sancionada em 2006, de nº 11.343, que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad), que prescreve medidas para a prevenção, atenção e reinserção social de usuários de drogas, além de normas relacionadas a providências relacionadas a repressão, ao tráfico e as definições de crimes relacionados (BRASIL, 2006). É importante mencionar que, conforme aponta Martins (2021), tendo em vista os contextos históricos, esta estava submetida a lógica do proibicionismo.

A Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019, que altera a lei de 2006 citada, trata do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, definindo as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e o financiamento das políticas sobre drogas, além de outras providências. Vale explicitar que apresenta mudanças relevantes para o cenário de atenção à saúde de pessoas com demandas associadas ao uso de álcool e outras drogas, como o artigo em

que prescreve sobre a modalidade de internação involuntária – isto é, sem o consentimento do usuário -, deixando em aberto ao estabelecer que esta pode acontecer mediante a constatação de motivos que a justifiquem, frente a inviabilidade ou insuficiência de outras alternativas e recursos, o que conceitos estes que não são definidos e esclarecidos, dando margem a interpretações diversas (BRASIL, 2019).

De acordo com Barros e Meirelles (2020), isso tem implicações na liberdade e autonomia dos sujeitos, e pode se tornar uma prática amplamente utilizada considerando a estigmatização, os discursos morais, higienistas, repressivos, punitivistas e biomédicos que já permeiam a problemática, colaborando para a fragilização das medidas extra hospitalares e dos preceitos de desinstitucionalização da Reforma Psiquiátrica. Convergindo com isso, destaca-se o fortalecimento das comunidades terapêuticas como forma de atenção ao usuário, o que representa a consolidação de uma já anterior tentativa de enfraquecimento da RAPS e dos princípios da reforma psiquiátrica (MOREIRA, 2019). Montenegro (2021) indica para a necessidade de estudos que visem aprofundar a discussão a respeito da Lei nº 13.840/2019.

Segundo Tomaz (2020), o movimento da Reforma Psiquiátrica possibilitou avanços no sentido da desinstitucionalização, entretanto a atenção psicossocial sempre encontrou e encontra desafios relevantes, principalmente tendo em vista as tentativas de desmonte e retrocesso que vêm sendo construído nos últimos anos. Tendo essas contradições e desafios em vista, percebe-se a necessidade de aproximação às percepções de profissionais e usuários, a fim de compreender de que forma elas se manifestam nos processos envolvidos no desenvolvimento dos serviços de atenção psicossocial.

Levando em consideração que essas expressões revelam dificuldades e potencialidades implicadas na promoção de cidadania dos sujeitos nesses contextos, a compreensão das percepções dos atores pode ser entendida como um dos meios capazes de fornecer dados relevantes sobre as relações inseridas nos Centros de Atenção psicossocial

## 1.1 OBJETIVOS

### 1.1.1 OBJETIVO GERAL

Explorar as percepções de profissionais e usuários quanto ao serviço de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas de um município do interior do Estado de São Paulo.

### 1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

a) Identificar, por meio de relato verbal, como os profissionais e usuários dos serviços de atenção psicossocial percebem os serviços ofertados;

- b) Identificar as convergências e divergências das concepções dos usuários e dos profissionais quanto a atenção psicossocial;
- c) Caracterizar as práticas dos profissionais dos serviços ofertados e analisá-las comparativamente aos princípios e diretrizes das políticas de atenção psicossocial;
- d) Identificar, a partir do que for analisado nos relatos dos usuários, se as estratégias e os serviços ofertados atendem aos princípios e diretrizes das políticas de atenção psicossocial.

## 2 MÉTODO

A pesquisa adota a abordagem de caráter qualitativo (FIUZ; BARROS, 2011), com objetivo de explorar as percepções de profissionais e usuários quanto ao serviço de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. Para isso, o delineamento envolveu a realização de entrevistas e um levantamento das prescrições das legislações que orientam os serviços para a análise comparativa das mesmas com as interpretações dos relatos verbais dos participantes

### 2.1 PARTICIPANTES

A pesquisa contou com o total de dez participantes, sendo seis usuários e cinco profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e drogas (CAPS AD) do interior do Estado de São Paulo, que se voluntariaram a participar do estudo. Foi considerado como critério para inclusão dos participantes-usuários, cuja idade seja superior a 18 anos, que estejam envolvidos no serviço por no mínimo 3 meses e os participantes-profissionais que tenham trabalhado na unidade por mais de 6 meses, sendo esses parte da equipe de referência em saúde mental.

Destaca-se que a equipe técnica mínima de um CAPS AD é composta por um médico psiquiatra; um enfermeiro com formação em saúde mental; um médico clínico; quatro profissionais de nível superior, como psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro; e seis profissionais de nível médio, como técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2015).

### 2.2 LOCAL

A pesquisa foi conduzida em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e drogas (CAPS AD), de um município do interior do Estado de São Paulo, que se caracteriza como serviço de caráter aberto e comunitário da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), constituído por equipe multiprofissional responsável por realizar atendimento a indivíduos, de todas as faixas etárias,



que apresentam significativo sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras (BRASIL, 2015).

## 2.3 INSTRUMENTOS E MATERIAIS

### 2.3.1 Roteiro norteador: entrevista com os profissionais

A construção do roteiro norteador da entrevista com os profissionais (APÊNDICE A) se deu baseada nos tópicos que orientam a formulação do “Projeto Terapêutico Singular” (PTS) (BRASIL, 2015), sendo as categorias norteadas pelos eixos: práticas de acolhimento (eixo 1), participação dos atores envolvidos no acompanhamento terapêutico (eixo 2) e concepções sobre os objetivos dos serviços (eixo 3). Os eixos 1, 2 e 3 desse roteiro são compostos por quatro, seis e quatro questões norteadoras, respectivamente.

### 2.3.2 Roteiro norteador: entrevista com os usuários

O roteiro norteador da entrevista com os usuários (APÊNDICE A) também foi construído a partir do “Projeto Terapêutico Singular” (PTS) (BRASIL, 2015), tendo como norte as categorias: percepções sobre o acolhimento (eixo 1), participação dos atores envolvidos no acompanhamento terapêutico (eixo 2) e concepções sobre os objetivos dos serviços (eixo 3). Os eixos 1, 2 e 3 desse roteiro são compostos por três, cinco e duas questões norteadoras, respectivamente.

## 2.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

O projeto foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do UNISAGRADO (CEP/UNISAGRADO), tendo obtido parecer favorável (Processo CAAE nº 43085421.4.0000.5502). A pesquisa também obteve a devida aprovação da Comissão Científica da Secretaria Municipal de Saúde para a realização da coleta de dados. Diante da aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos e da aprovação da pesquisa pela Secretaria Municipal de Saúde de determinado município, a instituição do CAPS AD em questão foi contatada inicialmente para que a pesquisa fosse informada, esclarecida e autorizada.

Após isso, foi agendada uma primeira visita presencial ao CAPS AD, com o propósito de apresentar e convidar profissionais e usuários a participarem da pesquisa da forma com que a diretoria recomendar como mais adequada aos pesquisadores. Assim, a diretora da unidade direcionou a pesquisadora aos profissionais e a alguns usuários do serviço que aceitaram

realizar as entrevistas. Os outros profissionais também auxiliaram nesse processo de abordagem de outros usuários. Os voluntários que aceitaram o convite em participar do estudo, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B).

A coleta de dados foi realizada através de entrevistas semiestruturadas individuais que foram gravadas com anuência dos participantes. Foram iniciadas a partir da apresentação da pesquisadora e reiterados os objetivos da pesquisa e cuidados éticos. Após, a pesquisadora fez uso de questões abertas e disparadoras, tais como “como tem sido sua experiência no CAPS?” ou “como você chegou até o CAPS?”, a fim de encorajar um relato inicial de forma informal, e além de outras perguntas que se julgou como necessárias para os objetivos da pesquisa, sempre favorecendo o aprofundamento do relato verbal do participante de modo a identificar e obter esclarecimentos sobre o maior número de variáveis possíveis.

Essa estratégia parte de recomendações sugeridas por Guerin, Leugi e Thain (2018), em que o entrevistador busca estabelecer um ambiente informal, no qual a entrevista transcorre como uma conversa de caráter exploratório e não um inquérito sistemático de perguntas e respostas, possibilitando o aprofundamento nos assuntos que o participante e/ou o pesquisador julguem relevantes.

Para nortear as indagações e o aprofundamento do relato verbal do participante, o pesquisador contou com o suporte de um roteiro norteador (APÊNDICE A) com temas de interesse para serem abordados na entrevista. Apesar do roteiro, o entrevistado tem o direito de responder as questões de modo livre, sem ser influenciado por respostas opcionais, e conforme as respostas dadas o entrevistador pôde se aprofundar no tema e nas próximas perguntas que foram realizadas. Sendo assim, as questões ao longo da entrevista puderam ser aprofundadas, buscando identificar pontos que indiquem quais as concepções dos usuários.

Destaca-se que a etapa de coleta de dados (entrevistas) ocorreu entre os meses de outubro/2021 e fevereiro/2022, mas ocorreram de fato entre os meses de outubro/2021 e março/2022, de modo integralmente presencial, garantindo um contato mais próximo da pesquisadora com o objeto e contextos de estudo.

Ademais, foram buscadas, nas bases de dados legislativas federais, os documentos legislativos que norteiam os serviços dos Centros de atenção psicossocial (CAPS) e da (RAPS), bem como os que orientam o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD). Isso teve como finalidade selecionar os materiais mais básicos – que descreviam as diretrizes, princípios e orientações dos serviços relacionados à rede de atenção psicossocial, à atenção especializada em saúde mental e a políticas sobre álcool e outras drogas.

## 2.5 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS

A partir da transcrição dos relatos verbal dos participantes, passou por um processo de análise qualitativa, focado na análise de conteúdo (GIL, 2002), visando a identificação e exploração de seu conteúdo, bem como crenças, concepções, percepções, relacionadas à temática da pesquisa. Nesse sentido, a transcrição passou por uma etapa de pré-análise no qual ocorreu uma primeira leitura para que o pesquisador tomasse contato com o todo dos relatos e, em seguida, passou por um processo de exploração no qual os relatos foram codificados em termos e palavras que sintetizem o conteúdo da fala do participante.

Nessa codificação também foram observadas repetições, frequência e intensidade com que determinados conteúdos são apresentados. Após a codificação, os termos e palavras identificados passaram por um processo de encapsulamento, no qual ocorreu a categorização da fala dos participantes, adotando termos e rótulos que sintetizem os códigos presentes no conteúdo da fala do participante. Após a exploração do relato, teve início o processo de interpretação e análise, no qual o pesquisador promoveu interpretações e inferências qualitativas quanto aos conteúdos categorizados.

Apoiado na transcrição dos relatos verbais, as informações foram organizadas de acordo com as categorias fundamentadas no roteiro norteador, com o propósito de explorar as percepções e práticas de profissionais e usuários conforme temáticas determinadas. Sendo as categorias para a análise dos relatos baseadas nos seguintes tópicos: acolhimento, participação dos atores envolvidos no acompanhamento terapêutico e concepções sobre os objetivos dos serviços. Ao final da análise de dados, foi conduzida uma interpretação comparativa entre os resultados provenientes da análise dos conteúdos de usuários e profissionais, de modo a identificar e caracterizar as percepções e práticas dos participantes, buscando encontrar e agrupar diferenças e semelhanças entre os relatos e os indicadores dentro de cada categoria observada.

A partir disso, também foram identificados nos documentos legislativos selecionados as diretrizes, princípios e orientações dos serviços relacionados à rede de atenção psicossocial, à atenção especializada em saúde mental e a políticas sobre álcool e outras drogas. Assim, os conteúdos foram organizados com o objetivo articular a análise dos relatos dos participantes com o que for identificado como eixos norteadores dos serviços e as práticas dos profissionais dos CAPS.

## 2.6 CUIDADOS E ASPECTOS ÉTICOS

O presente trabalho presa pela não maleficência, beneficência, e autonomia, desta maneira, de acordo com a Resoluções Normativas nº 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos, bem como as resoluções subsequentes. O projeto foi apresentado para o participante com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), não havendo indícios de que poderá trazer riscos graves para o participante.

Entretanto, destaca-se que foi esclarecido os riscos de aborrecimento, cansaço ou incomodo com as perguntas e a possibilidade de o participante relatar qualquer desconforto. Foi informado que o participante estava livre para retirar-se da pesquisa, assim como todos os seus dados coletados. Existia a possibilidade também do encaminhamento do participante que se demonstrar psicologicamente vulnerável para um processo de acompanhamento psicológico em clínica-escola que ofereçam acompanhamento psicoterápico gratuito, porém, esse processo não se mostrou necessário.

O projeto foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do UNISAGRADO (CEP/UNISAGRADO), tendo obtido parecer favorável (ANEXO A, Processo CAAE nº 43085421.4.0000.5502).

As medidas de prevenção e controle relacionadas à pandemia do COVID-19 – como o uso de máscaras, manutenção das mãos limpas, preferência por lugares bem ventilados, distância segura entre os envolvidos e a adesão à vacina contra o vírus SARS-CoV-2 por parte dos pesquisadores - foram asseguradas em todos os procedimentos associados à coleta de dados presencial para, assim, amenizar os riscos de contaminação, buscando tornar a pesquisa segura a todos os sujeitos.

## 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A coleta de dados foi capaz de viabilizar cinco entrevistas com profissionais, sendo eles quatro mulheres (uma psicóloga, uma enfermeira e duas fonoaudiólogas) e um homem (psicólogo). Além disso, foram realizadas seis entrevistas com usuários, sendo eles cinco homens e uma mulher. Todos os voluntários usuários estavam no serviço há mais de 3 meses, sendo estes não necessariamente de forma constante. A caracterização dos profissionais e dos usuários estão respectivamente nas tabelas 1 e 2. A análise foi encaminhada a partir da transcrição dos relatos verbal dos participantes, uma pré-análise e uma codificação dos conteúdos, por meio do qual viabilizou-se a criação de categorias para a exploração, interpretação e análise.

Assim, as informações foram organizadas e apresentadas primeiramente por meio da discussão de acordo com as categorias fundamentadas no roteiro norteador, com o propósito de explorar as percepções e práticas de profissionais e usuários conforme temáticas determinadas. Em primeiro lugar, identificou-se que, apesar de terem sido entrevistados seis usuários e cinco profissionais, foram obtidos relatos maiores dos profissionais, resultando em mais dados referentes a este grupo. Essa questão pode ser considerada como um dado importante, posto que os usuários, de modo geral, desenvolveram menos suas respostas. Isso deve ser compreendido considerando que conteúdos abordados podem ser delicados para eles, especialmente tendo em vista que o momento da entrevista foi o primeiro contato da pesquisadora com os usuários.

### 3.1 PROFISSIONAIS

As categorias para a análise dos relatos dos profissionais foram baseadas nos seguintes eixos: acolhimento, caracterização das práticas, participação dos atores envolvidos no acompanhamento e concepções sobre os objetivos dos serviços. A tabela abaixo se refere a caracterização dos participantes desse grupo, aos quais foram atribuídos a letra P e o número correspondente.

TABELA 1 – CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES (PROFISSIONAIS)

<b>Profissionais</b>	<b>Sexo</b>	<b>Formação</b>	<b>Função no CAPS</b>	<b>Tempo no CAPS AD</b>
<b>P1</b>	Mulher	Psicologia	Diretoria	11 anos
<b>P2</b>	Mulher	Fonoaudiologia	Equipe de referência	3 anos e 6 meses
<b>P3</b>	Homem	Psicologia	Equipe de referência	2 anos
<b>P4</b>	Mulher	Fonoaudiologia	Equipe de referência	1 ano
<b>P5</b>	Mulher	Enfermagem	Equipe de referência	5 anos

Fonte: elaborado pela autora a partir dos dados da Pesquisa

### 3.1.1 Eixo 1 – Acolhimento

Tendo em vista o objetivo geral de explorar as percepções de profissionais e usuários quanto ao serviço de um CAPS AD, em um primeiro momento, faz-se necessário compreender de que forma os profissionais o caracterizam. Isso foi feito a partir da identificação dos principais pontos abordados nesse sentido nos relatos dos profissionais para a construção desse eixo.

De uma forma geral, todos os participantes abordaram o caráter de porta aberta do CAPS AD e a demanda espontânea atendida por esse tipo de serviço. A triagem apareceu como uma forma de acolhimento, inserção, e levantamento de dados, a fim de colher informações que indiquem ou não os critérios do serviço – sendo mencionado como principal critério, via de regra, o uso de substâncias psicoativas. Por vezes, a triagem também foi associada a compreensão da queixa e de aspectos psicossociais dos usuários. Segundo Brasil (2015), o CAPS tem como características fundamentais seu caráter de porta aberta, territorial e comunitário, bem como o desenvolvimento de acolhimento, cuidado e suporte.

As práticas de acolhimento foram vinculadas pela P1 a uma necessidade de apontar ao paciente a importância do acompanhamento para além do aspecto medicamentoso, relatando:

se ele ficar só com a parte médica, ele vai conseguir diminuir os sintomas, ele vai conseguir se sentir melhor, mas a causa muitas vezes do problema vai continuar lá e aí ele pode acabar retomando este uso justamente por não ter conseguido trabalhar, não ter conseguido ter a clareza do que estava acontecendo (P1).

Destacou, nessa direção, que, muitas vezes, o paciente chega na triagem buscando apenas por medicação, ou a família por internação, e faz-se necessário mostrar outras possibilidades. Para Araújo e Pires (2018), a Redução de danos é uma temática que sofre com bastante resistência na sociedade – incluindo familiares, usuários e profissionais - visto os estigmas que permeiam o uso de álcool e outras drogas.

Outro participante, P2, indicou também essa importância do acolhimento do sujeito no sentido de estabelecer um vínculo de corresponsabilidade, além de abordar a abstinência como objetivo desse acompanhamento, conforme “temos que mostrar que eles não precisam se envergonhar, e que podem ser ajudados, podem estar pensando na saúde realmente, e realmente ficarem abstinentes do uso dessas substâncias”. Nessa fala, percebe-se a consideração da abstinência como o objetivo para os usuários.

Um dos outros participantes, P3, relatou o marcante aspecto de vulnerabilidade percebido nos usuários. Ressaltou, quanto ao acolhimento que a promoção de um espaço de

escuta ativa, apoio e orientação já é favorável para a formação do vínculo e para a construção de novas possibilidades e andamento do tratamento. A P4 também apontou para a situação de vulnerabilidade dos usuários e a demanda de acolhimento humanizado que caracteriza o serviço, atribuindo também significativa importância a este, o vinculando a maior iniciativa, autonomia, motivação e colaboração dos usuários no tratamento. No caso do P5, o acolhimento foi relacionado a possibilidade de formação de vínculo e de fornecer uma atenção mais centralizada no usuário, abordando inclusive que, nos atendimentos em grupos, existe uma maior dificuldade do usuário em se expressar.

Dialogando com esses pontos levantados, Brasil (2004) esclarece que o acolhimento funciona como uma estratégia facilitadora indispensável para a atenção, capaz de colaborar para a motivação e aderência às propostas de cuidado. Ainda, Romanini, Guareschi e Roso (2017) discute que a associação do acolhimento e a noção de aderência, muitas vezes, pode colaborar para uma ideia de que, se o acolhimento é bem construído, recai ao usuário a responsabilidade do “fracasso” do tratamento - às suas características individuais. Essa é uma concepção interessante, especialmente tendo em conta que essa noção de adesão pode ser percebida em outros relatos dos profissionais que serão posteriormente abordados.

### 3.1.2 Eixo 2 – Caracterização das práticas

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) constitui-se como um instrumento de cuidado único e exclusivo, desenvolvido a partir do trabalho em equipe e da participação do usuário. O PTS deve funcionar como um horizonte, um projeto de futuro, e ser continuamente revisto, dado que é mutável e deve ter como objetivo a promoção de autonomia e cidadania do sujeito (BRASIL, 2015).

Tratando-se disso, a P1 afirmou que a decisão é do usuário, citando que os profissionais “vão tentando mostrar que é precisa ser um desejo real dele e que não adianta dizer que quer parar, sem pensar no que isso significa para ele. Às vezes, ele só quer fazer um uso controlado ou afirma que está usando pouco, é preciso entender esse ‘controlado’ e ‘pouco’”. Isso colabora com a ideia de que o profissional apoia o usuário na construção do PTS, mas deve favorecer o seu protagonismo no processo.

Nessa direção, P3 abordou que o PTS funciona como um direcionador que o usuário cria enquanto os profissionais assistem e apoiam essa construção. O P3 afirmou que muitos usuários chegam com o objetivo de ficarem abstinentes, mas com o andamento dos grupos, eles podem perceber vontades que não estavam sendo contempladas, aparecendo a necessidade de revisão do PTS. Afirmou também que esse processo “é muito importante para que essa pessoa

não se sinta mal caso use, mas tem que ser um uso consciente, a pessoa tem que avaliar seus limites para que ela possa utilizar.” Essa fala, além de trazer uma perspectiva da redução de danos, trata do caráter mutável do PTS e da autonomia do usuário no seu desenvolvimento, já mencionado.

Essa visão difere do que colocou P2, que associou o desenvolvimento do PTS à motivação e interesse do usuário em alcançar a abstinência. Concordando com isso, P5 abordou que “na verdade, a gente só a gente informa para ele como será o tratamento, e nós perguntamos se é o mais adequado ou não, aí desse jeito a gente consegue fazer uma modulação melhor do projeto terapêutico dele”. Essas perspectivas divergem dos fundamentos do PTS e da construção do cuidado que é teoricamente fornecida por esses serviços, marcando as contradições que atravessam essas instituições.

A predominância do modelo biomédico é, manifestada, além da perspectiva da abstinência como objetivo ideal do tratamento, nas relações verticalizadas entre profissionais da saúde e usuários e nas concepções do processo saúde-doença (ARAÚJO; PIRES, 2018; SOUZA *et al.*, 2017). Santos *et al.* (2018) converge com essa ideia, tratando das divergências entre os objetivos dos usuários e dos terapeutas de referência, sendo que os profissionais tendem a focar em demasia em questões clínicas, indicando uma visão restrita de saúde. Além do mais, esse tipo de relação entre profissional-usuário aponta para o caráter de tutela e dependência, que vai na contramão da promoção de autonomia e participação.

Ainda pensando na caracterização das práticas dos serviços, ressalta-se que a modalidade do grupo terapêutico foi observada, a partir dos relatos, a principal ferramenta do CAPS, em conjunto a consulta médica. Também foi abordado pelos participantes P1, P2 e P3, a possibilidade de o usuário optar pelo grupo terapêutico, sem fazer o uso de medicamentos, não sendo possível, por outro lado, o contrário.

Mais especificamente, os profissionais 1, 2 e 3 também se referiram a três tipos de grupos, sendo eles: o intensivo, o semi-intensivo e o não-intensivo. O primeiro grupo é de caráter principalmente orientativo, tendo como objetivo que o usuário receba informações sobre o funcionamento do CAPS e tudo que ele pode ter acesso em outros dispositivos da rede. A P1 também cita que o desenvolvimento do Projeto Terapêutico Singular (PTS) no grupo intensivo. P1 e P2 apontaram que nesse grupo há também um exercício chamado balança decisória, para que o usuário pondere sobre os prejuízos e benefícios, ou lados negativos e positivos em relação ao uso.

Quanto ao semi-intensivo, P1 discorreu que nele o PTS é finalizado, apesar de sofrer alterações de acordo com objetivos do usuário, o que pode incluir um uso diminuído,



controlado, ou a abstinência. O P3 abordou que, nos grupos semi-intensivo, o foco não é nas substâncias, e sim no que acontece “dentro” das pessoas, auxiliando-a a se expressar, se posicionar diante das situações da vida, conseguir lidar com situações de estresse. Destacou a importância dos grupos no sentido de o “usuário criar consciência sobre o relacionamento dessa pessoa com o mundo externo, a relação dele com as pessoas, com ele próprio, e os prejuízos que utilização ocasiona na vida dele”, P1 tem uma fala bastante parecida.

P2 coloca como objetivo desse grupo a mudança de pensamento e comportamento do usuário, a partir de orientações e sugestões de estratégias, além do acompanhando a saúde e uso de medicamentos. P4 discorreu que o usuário do serviço normalmente não dá conta de suas angústias e emoções principalmente no início, que está abstinente há pouco tempo, e é possível viabilizar, por meio dos grupos, a sua “reorganização mental”.

Desse modo, percebe-se nos relatos – principalmente de P2 e P4 - uma ideia do acerca do sofrimento relacionado ao uso de substâncias bastante associada a questões internas, visto que o usuário deve se “reorganizar” mentalmente, mudar seu pensamento, ou criar consciência sobre o seu uso. Logo, aponta-se esses resquícios de uma atenção bastante focada no sujeito como responsável pelo “fracasso” ou “sucesso” do seu tratamento (ARAÚJO; PIRES, 2018; ROMANINI; GUARESCHI; ROSO, 2017; SOUZA *et al.*, 2017). Ademais, também é possível identificar um caráter bastante orientativo e informativo dos grupos, vinculado a uma ideia de acompanhamento, o que pode dificultar o potencial do grupo como um promotor de saúde em seu sentido amplo (SANTOS, 2010).

Em relação ao grupo não-intensivo, de modo geral foi apenas referido como uma manutenção do tratamento, que pode preceder a alta, mas as recaídas foram mencionadas como complicadores nesse contexto.

O potencial dos grupos é mencionado por P1, que afirmou observar identificação e apoio entre os usuários, e a construção de um espaço no qual estes percebem que vivem situações parecidas. P3 discorreu também sobre isso “porque o grupo é constituído por pessoas diferentes que vão achar coisas comuns, apesar das diferenças, assim, surge uma identificação”. Apesar disso, a profissional P1, indicou que a pandemia dificultou o andamento dos grupos, devido a frequência e quantidade de pessoas reduzidas, o que não permitiu que os grupos tivessem formações consistentes. P3 colocou que percebe a necessidade de haver dois profissionais de formações diferentes no grupo, mas que a unidade não tem um número de profissionais suficientes para isso.

Segundo Santos (2010), existe a necessidade de uma sistematização dos processos grupais, competências técnicas dos profissionais e organização dos serviços dos CAPS AD. No

estudo referido, bem como na literatura levantada por ele, foram percebidas uma variedade de concepções sobre os grupos, seus objetivos, estratégias, ferramentas e abordagens, indicando uma falta de consenso sobre esses processos. Ainda, ressalta-se que, nas grades das formações da área da saúde, frequentemente, não são contemplados os contextos grupais, visto que o espaço clínico obtém maior destaque nesse âmbito.

No geral, pelos profissionais entrevistados nessa pesquisa em questão, os grupos são considerados como espaços de reflexão, escuta e troca, sem, no entanto, uma definição teórico-prática concisa. No documento do Ministério da Saúde de orientações para elaboração de projetos nos CAPS, os atendimentos em grupo são definidos como

ações desenvolvidas coletivamente, como recurso para promover sociabilidade, intermediar relações, manejar dificuldades relacionais, possibilitando experiência de construção compartilhada, vivência de pertencimento, troca de afetos, autoestima, autonomia e exercício de cidadania (BRASIL, 2015, p. 11).

O trabalho em equipe foi outra temática para o entendimento das práticas, e foi trazida pela P1, que destacou seu papel como diretora do CAPS como sendo direcionar a equipe a “falar a mesma língua”, a fim de funcionar como um trabalho coeso. Completou que o maior desafio dos profissionais é agir de modo profissional, despido de julgamentos e preconceitos, acreditando na possibilidade de colaborar na mudança de vida dos usuários. P2 concordou no sentido de que todos os profissionais devem estar em concordância, conscientes de todo o funcionamento, assinalando os diálogos entre os terapeutas e com os médicos. A P5 converge com a ideia de que a equipe conversa e discute casos, e que cada profissional colabora com as perspectivas da sua formação.

P4 relatou que a premissa do serviço do CAPS são os grupos terapêuticos associados às consultas médicas, também tratando da coesão necessária para o trabalho multiprofissional da equipe. Ainda trouxe que as diferentes formações de cada profissional se complementam e que a atuação “deve ser conjunta para que cada um, dentro da sua área, consiga ver as necessidades dos pacientes, muito além do tratamento especificamente para cessar o uso mesmo, ajudando com estratégias, as questões motivacionais, com a própria reprogramação mental”. A P4 ainda afirmou que a permanência de um determinado profissional em grupos fixos está associada a necessidade do vínculo terapêutico.

Por outro lado, o profissional P3 – psicólogo - apresentou outra perspectiva acerca da atuação em equipe, apontando que não acontece como poderia e como é mostrado nos “discursos”. Afirmou que o trabalho é limitado a conversas com o médico e com os outros profissionais, mas que “o intuito seria o que, cada uma tem uma formação e deveria atuar dentro

da sua formação, mas muitos adotam um perfil como se fossem psicólogos, acaba, em agindo de uma forma que não deveria, então, isso é muito ruim”. Atribuiu também essa dificuldade a falta de profissionais, o que impede a participação, por exemplo, de mais de um profissional nos grupos ou a rotatividade dos de profissionais nos grupos.

A fim de tentar compreender essa percepção, destaca-se que os profissionais trouxeram poucas especificidades e olhares de suas respectivas formações. Dentre as práticas abordadas, com frequência foi abordada a construção de estratégias para que o usuário modifique sua relação com o uso, sendo isso muito relacionado a sua motivação ou aspectos internos - assim como a fala de P4 indicada nesse eixo, que inclusive inclui o termo “reprogramação mental”. Desse modo, infere-se que a fala do profissional da psicologia pode sugerir justamente esse foco no certo tipo de “aconselhamento” e não na troca e contribuição dos saberes.

Conforme Brasil (2010, p. 45), a equipe “se constitui por profissionais de diferentes áreas e saberes (interdisciplinar, transdisciplinar), organizados em função dos objetivos/missão de cada serviço de saúde, estabelecendo-se como referência para os usuários desse serviço”. Ainda, esse documento citado explicita a importância de superar a fragmentação dos trabalhos dos diversos profissionais, a fim de dispensar um trabalho baseado na integralidade. Por meio dos relatos, foi possível identificar certa preocupação dos profissionais com essa troca e com um trabalho em conjunto. No entanto, também fica sugerida uma dificuldade de compreender como esses diálogos devem implicar nas relações e nas práticas dos profissionais, e a limitação da pesquisa, considerando que esse tópico não pode ser tão explorado.

### 3.1.3 Eixo 3 – Participação dos atores

Algumas dificuldades são mencionadas no que se refere o andamento do tratamento, todos os profissionais afirmaram que a adesão dos usuários é pouco consistente e depende de diversas variáveis. Conforme P1 o abandono e retorno frequente está vinculado ao fato de que: “o desejo de parar existe, mas a hora que começa a fazer a mudança de comportamento, ele acaba tendo recaídas. Ele tem que mudar lugares, modificar relações, conseguir colocar pontos finais na sua vida, a droga entra para anestesiá-lo dores e fugir de problemas”. P1, P2 e P3 citaram a necessidade de tratar essas recaídas com acolhimento.

Citando Lacerda e Fuentes-Rojas (2017) e Souza *et al.* (2017), essa ideia da recaída como resultado de uma dificuldade ou “falha” do usuário implica em uma visão reduzida de ideia de saúde, e, de algum modo, retira do serviço a responsabilidade pela promoção de saúde – como se o serviço fosse o ideal, oferecido ao sujeito, que o rejeita por questões individuais, como motivação.

Isso também dialoga com as falas de P1 e P5, que percebem também dificuldades do usuário em engajar e falar nos grupos, assim como P2, que associa fatores como motivação e interesse dos usuários a esse cessar do uso das substâncias - que ela aponta como objetivo ideal. Ainda, P3 e P5 trata que os grupos apresentam diferenças de engajamento e que isso varia de acordo com o seu perfil. Já a P4 menciona um outro tópico quanto a essa adesão, afirmando que os paciente mais vulneráveis socialmente aderem mais por enxergar mais atendimento às suas necessidades e possivelmente já estar inserido em outros dispositivos da rede, como no caso de pessoas em situação de rua. Para ela, pessoas com uma maior condição socioeconômica, muitas vezes tem outras atividades, como trabalho, e não priorizam o tratamento.

Acerca da participação da família, evidenciou-se pontos importantes que se dão em dois contextos, sujeitos que têm algum tipo de rede de apoio, e sujeitos que já perderam grande parte de seus vínculos e precisam reconstruir ou criar novos. P1 considerou que os vínculos normalmente estão rompidos ou fragilizados, o que dificulta essa participação. No caso de pessoa que têm algum tipo de apoio, com frequência, a família com a perspectiva de que o usuário é o problema e precisa mudar, buscando o serviço a fim de dizer o que o sujeito faz de “errado” em relação ao tratamento.

Segundo P1, essa dinâmica implica na importância de o serviço colaborar para que ela entenda a dependência química e seu papel no tratamento, e também mude comportamentos, para que essa relação não se desenvolva por meio de um tipo tutela em relação ao usuário. Continuou que, no entanto, frequentemente, a relação com a família já está muito fragilizada e não é possível retomar.

Convergindo com isso, cita-se que, segundo a P4, a família cobra muitos resultados do usuário, porque este os trouxe prejuízos psicossociais, o que exige que os profissionais acolham essa demanda com cuidado – tendo em vista questões éticas, como o sigilo. Essa profissional ressaltou a importância da família, levando em conta que o âmbito familiar precisa estar interligado com o tratamento, dando suporte ao usuário no seu dia a dia. A P5 colabora com a visão de que o envolvimento da família encontra dificuldades, pois está “cansada” e “desacreditada” em relação ao usuário, além de outros fatores como outros compromissos e responsabilidades, como trabalho e cuidado com os filhos, e até a não disponibilidade de passes para todos.

P2 afirmou que existe a tentativa de aproximar o usuário da família e orientá-los, mas que, muitas vezes, o usuário não aceita o envolvimento destes, por já estar em uma situação delicada. Porém, assinalou a importância da família e que

muitas vezes, ele vem revoltado e bravo com a família, e tem todo um trabalho que a gente tem que fazer com eles. Às vezes, é preciso entender se a família realmente que abandonou ou foi ele que se afastou, e trabalhar isso com eles. A gente procura, da melhor forma possível, orientar, mas principalmente, no início, é mais complicado (P2).

P3 concordou que o envolvimento é pequeno, e poucos familiares procuram, mencionando que muitos usuários vêm por conta própria. Explicou que o serviço

não faz muito essa parte de aproximação do usuário com a família, a gente vai acompanhar ele e tentar olhar essa parte da saúde. Mas falar que tem uma restauração de vínculo, isso tem que acontecer pelo usuário. Na realidade, a gente tem que conseguir fazer com que ele se aproxime da família, ele tem que começar a pensar o que fez romper este vínculo e como consistir isso novamente, se possível. Então, isso aí entra na questão de autonomia, mas nós profissionais não fazemos isso (P3).

Esse profissional concluiu expressando que outros serviços, como centro pop e albergues, da assistência social, são mais capazes de fazer esse trabalho. Os profissionais 1, 2, 3 e 4 referiram-se a tentativas de fazer um grupo da família como uma estratégia para promover essa participação, que falharam devido à baixa adesão e por conta da pandemia.

No que concerne o vínculo dos usuários com os terapeutas, todos os profissionais abordaram um vínculo bem positivo, utilizando de palavras como respeito, confiança e aliança para descrever essa relação. Além disso, destaca-se uma fala da profissional P4 “Eu consigo perceber, durante o tratamento, ele começar a desenvolver um vínculo, começar assumir suas responsabilidades mesmo e se envolver mais com tratamento. No começo está mais em situação de crise, de abstinência, ele não está dando conta das emoções, das angústias e essa reorganização mental é por meio terapêuticas que a gente faz em grupo”.

De maneira geral, pôde-se perceber algumas questões em comum abordadas, como dificuldades associadas ao vínculo com a família, rede de apoio enfraquecidas e processos de estigmatização dos usuários. Nesse sentido, ressalta-se Muniz *et al.* (2015), que aborda que a realidade manicomial é inserida em uma cultura que sustenta a violência, a discriminação e a exclusão das diferenças, sendo assim, a desconstrução deste paradigma demanda transformações sociais e coletivas complexas. Sendo assim, é esperado que os atores envolvidos estejam atravessados por essas percepções, o que dificulta a inserção da RD no processo.

Segundo Mielke *et al.* (2010), a efetivação da RD implica no desenvolvimento de redes de suporte social e apoio aos usuários e seus familiares em rede territorial, configurando-se como um desafio importante nesse cenário. Ademais, percebe-se que a família, nos relatos dos profissionais aparece de modo bastante secundário em relação aos usuários, mas é importante

mencionar que é papel da atenção psicossocial o atendimento às famílias (BRASIL, 2010; BRASIL, 2015).

#### 3.1.4 Eixo 4 – Concepções sobre os objetivos do serviço

No que concerne a autonomia dos usuários, os profissionais trataram esse conceito de diferentes formas. P1 discorreu sobre outros dispositivos da rede, como casas de passagem e comunidades terapêuticas, afirmando que as articulações são feitas sempre pensando no objetivo de os usuários retomarem suas vidas como atores e escolherem os seus direcionamentos.

Portanto, essa noção está mais associada a autonomia dos usuários dentro do contexto da atenção à saúde. Já P2 tratou das diversas realidades de vida dos usuários e da importância de estar em coerência com essas possibilidades, exemplificando que o serviço atende pessoas empregadas, desempregadas, pessoas em situação de rua, e de diversas condições financeiras. Abordou como uma estratégia orientações para que os usuários possam “fazer a mudança de pensamento e principalmente de comportamento”. Essa ideia mostra que a profissional associou a autonomia a uma atenção contextualizada com a história do sujeito.

No caso do P3, a questão da autonomia foi desenvolvida no sentido do retorno ao mercado de trabalho, convívio social e familiar, ressaltando o caráter de exclusão e vulnerabilidade que atravessa a vida desses sujeitos. Destaca-se a fala “isso envolve a parte da escolha, conseguir ter consciência sobre aquilo que faz e escolher um direcionamento de vida”. P4 discorre sobre a autonomia vinculando à necessidade de o usuário realmente desejar fazer o tratamento, sem que essa demanda seja externa, afirmando que o serviço a promove deixando o usuário corresponsável pelo tratamento. A P5 relaciona a promoção da autonomia com a melhora do atendimento a partir da identificação e manejo de dificuldades que o usuário tem no dia a dia, “se é um paciente que trabalha, tem uma dificuldade no serviço, a gente consegue manejar isso daí também para melhorar o atendimento dele”.

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde (HumanizaSUS) entende por humanização e valorização de usuários, trabalhadores e gestores, além de ter como valores norteadores “a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão” (BRASIL, 2010, p.8.). Ainda, o Documento base para Gestores e Trabalhadores do SUS estabelece que a autonomia relaciona com a capacidade de desenvolver regras para si ou para o grupo. Um sujeito autônomo deve ser

entendido como protagonista nos coletivos em que está, ativamente responsável pela produção de si e do mundo, em conjunto com os outros sujeitos.

Tendo isso em vista, e os discursos dos profissionais quanto a autonomia dos usuários, fica claro que o conceito é amplo e não resulta apenas de um tipo de ação, nem mesmo da articulação dos níveis de atenção à saúde. Trata-se de um conceito multifatorial, que envolve diversos aspectos de uma coletividade. Isto posto, compreende-se que a autonomia não se restringe apenas ao poder de escolha dos sujeitos quanto a atenção que recebem, mas deve ser promovida a partir de uma visão integral do indivíduo, que o contemple para além de apenas um usuário do serviço. A noção de que os usuários devem ocupar os espaços no território, são necessárias para a promoção de seu protagonismo, cidadania e reinserção social e cidadania, fundamentais de acordo com as políticas de saúde mental, conforme Gomes e Vecchia (2018); Lacerda, Fuentes-Rojas (2017), Lopes (2019) e Santos *et al.* (2018).

Isto posto, para compreender mais sobre como as percepções dos profissionais dialogam com o conceito de autonomia discutido, fala-se também, nesse eixo, sobre o papel do serviço para o processo de reinserção social dos usuários. Um primeiro ponto foi levantado por P1, que assinalou o papel na construção de novos vínculos, especialmente no caso de contextos em que os vínculos com a família já não estão preservados. Comentou, por outro lado, como um fator complicante a situação socioeconômica que essas pessoas normalmente se encontram.

A P2, abordou que a rede não consegue dar uma continuidade nesse processo de reinserção, e que o trabalho se resume a orientá-los em relação a suas habilidades, experiências e potencial profissional. Ou, no caso dos que não têm nenhum tipo de experiência, eles são orientados a procurarem a SEBES “porque para a gente daqui para fora fica bastante complicado o trabalho nesse sentido, a gente fica mais aqui com a saúde, e não tanto com a parte social”. P2 também tem outra fala nesse sentido, colocando que a maior parte do trabalho “é da orientação da saúde mesmo, do uso e do não uso da substância”. Essas falas convergem com uma já citada, feita pelo P3, “a gente vai acompanhar ele e tentar olhar essa parte da saúde”. Isso mostra, além de novamente um trabalho bastante informativo e orientativo, uma limitação do serviço, que, conforme P1, não vai “para fora” e uma noção restrita de saúde, que separa a “saúde” do “social”.

De acordo com Carmo e Guizardi (2018), a concepção de determinantes sociais de saúde visa se contrapor ao paradigma biologicista, que permeia as noções envolvidas no processo saúde doença. Entender a saúde como um processo complexo e multifatorial implica também em outras perspectivas na área da saúde e políticas públicas, atribuindo mais importância para os contextos nos quais os sujeitos se constroem. A Política nacional de Humanização reitera

que a proposta de integralidade inclui que o entendimento de que as dimensões biopsicossociais dos sujeitos devem ser compreendidas de modo inseparável, para que, assim, as intervenções e abordagens não sejam fragmentadas e isoladas (BRASIL, 2010).

Ainda, de acordo com P3, CAPS favorece a reinserção social dos usuários por colaborar para que os usuários não façam ou façam um uso menos agressivo, e consigam, assim, estabelecer relações com o “mundo, trabalho e consigo próprio”. Para P4, o CAPS tem a capacidade que a atenção primária não tem de tirar esses indivíduos da situação de vulnerabilidade, dando condições para que eles tenham essa inserção social, procurem o mercado de trabalho, um tipo de capacitação. Dialogando com isso, a P5 aborda que o trabalho, nesse sentido, trata-se principalmente das orientações quanto a vagas de emprego e cursos, reconhecendo que isso acaba não sendo o suficiente muitas vezes.

O papel dos outros dispositivos, que foram mencionados de algum modo por alguns profissionais anteriormente, aparecendo principalmente quando citados os contextos de pessoas em situação de rua. A P1 citou uma relação positiva com a SEBES – mencionando um programa de aluguel social -, CRAS e CREAS – abordando cursos profissionalizantes articulados por esses serviços. No entanto, destacou a falta de relação com programas educacionais e culturais, atribuindo essa dificuldade a realidade da cidade em questão. A P2 desenvolveu que a unidade coloca opções de cursos profissionalizantes em um mural e faz orientações para que eles procurem tais oportunidades. Mencionou também relação com o albergue, comunidades terapêuticas, centro pop e uma organização da sociedade civil da cidade.

Dialogando com isso, P3 abordou esse trabalho de orientação como realizado no grupo intensivo, no qual o usuário recebe informações sobre a rede, citando o centro pop, albergue, comunidades terapêuticas e casas de passagem. P4 também indicou a SEBES, o albergue, o centro pop, o consultório de rua e uma organização da sociedade civil da cidade, assinalando a importância da rede para que o sujeito receba essa continuidade de atenção.

Ressalta-se uma fala em específico dessa profissional: “porque esse paciente precisa ter uma assistência para reinserção social e, muitas vezes, mesmo ele tendo autonomia total do tratamento, o serviço acaba ‘pegando’ ele de volta para motivá-lo a se reinserir socialmente”. Para P5, o serviço tem um bom diálogo com o albergue, centro pop, e uma organização da sociedade civil, principalmente por telefone. Contudo, citou que não percebe articulações com programas relacionados a emprego.

Nesse sentido, nota-se diversas expressões que apontam para uma dificuldade significativa do serviço de se articular, tanto nos momentos que determinados profissionais reconhecem esse desafio, ou quanto as ações são resumidas a um trabalho informativo - sem a



menção de outras práticas. Lacerda e Fuentes-Rojas (2017) sugere essa possível desarticulação entre políticas de saúde e de assistência social, indicando poucas práticas intersetoriais.

Por fim, os tópicos tratados nas entrevistas também incluíram a noção de redução de danos (RD) dos profissionais. A Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 instituiu a rede de atenção psicossocial (RAPS), na qual inserem-se os CAPS, e tem como uma de suas diretrizes de funcionamento princípios como a Redução de Danos (BRASIL, 2011). Conforme Brasil (2015), a Redução de danos constitui-se como

conjunto de práticas e de ações do campo da Saúde e dos Direitos Humanos realizadas de maneira articulada inter e intrasetorialmente, que busca minimizar danos de natureza biopsicossocial decorrentes do uso de substâncias psicoativas, ampliar o cuidado e o acesso aos diversos pontos de atenção, incluídos aqueles que não têm relação com o sistema de saúde.

Para P1, o CAPS tem a RD como direcionamento, alguns usuários não desejam a abstinência total. Completou a importância da RD para que as recaídas ou dificuldades sejam encaradas de modo natural, como fazendo parte do processo. Ainda discorreu sobre como a abstinência e a internação são perpetuadas pela mídia como necessárias, destacando a importância da internação em casos mais graves, mas dizendo sobre o tratamento ambulatorial: “o usuário está convivendo com os mesmos familiares, os mesmos amigos, o mesmo estresse no serviço, e em outros contextos, e, dia após dia, ele vai se fortalecendo para que ele consiga agir de forma diferente, apesar de tudo continuar o mesmo em sua vida de alguma forma”.

P3 trouxe uma visão parecida, expondo que o usuário tem autonomia, e a RD pode incluir a modificação do uso em questão de quantidade ou substância, programas de distribuição de seringas, e ações no sentido de evitar doenças. Assinalou que a saúde mental nunca foi valorizada e que é mais conveniente colocar essas pessoas em hospitais psiquiátricos e excluí-las do que fornece uma atenção adequada.

Nesses dois relatos, pode-se compreender um entendimento da Redução de danos como uma alternativa às políticas asilares, destacando a importância de um cuidado em liberdade, que respeite os direitos dos indivíduos. Convergindo com isso, a RD trata-se de um princípio fundamental para uma atenção comprometida com os direitos, autonomia e cidadania dos sujeitos, realmente o possibilitando receber acolhimento e superando processos de exclusão (ARAÚJO; PIRES, 2017; GOMES; VECCHIA, 2016; SOUZA *et al.*, 2017),

A participante P2, contudo, tratou da RD a partir de outra perspectiva, exemplificando sua utilização nos casos em que o sujeito “vem tipo já com a abstinência de outras drogas mais pesadas, a gente não mexe no cigarro porque às vezes eles vêm tão nervoso, tão agitados, que

se tirar o cigarro deles fica fácil a recaída para drogas mais pesadas”. Ademais, considerou que as trocas nos grupos são essenciais para que os usuários entendam, com outras vivências, que a abstinência é importante, dada as complicações que o uso pode implicar.

A P4 relatou perceber o trabalho em duas linhas de pensamento, a abstinência e a RD. Abordou que a RD é mais complicada, porque o indivíduo “continua exposto aquilo que está deixando ele em dificuldade, é uma linha muito tênue, o indivíduo fazer uso reduzido e voltar a ter um gatilho para fazer o uso abusivo”. Colocou que, portanto, a abstinência é considerada como o objetivo ideal, apesar de que trabalhar com a RD com alguns usuários. De modo parecido, a profissional P5 apontou que existem orientações para a redução do uso, quando os usuários decidem por isso, mas que entende como um processo ideal a interrupção do uso.

Nessas três últimas falas, percebe-se a consideração da abstinência como o objetivo para os usuários, o que já foi destacado por estudos anteriores como uma resistência importante dos profissionais quanto a RD (ARAÚJO; PIRES, 2018; SOUZA *et al.*, 2017; MORAES, 2008). Ademais, Souza *et al.* (2017) completa que a RD não é contrária a abstinência, uma vez que a RD não limita as possibilidades de atenção, mas que pensamentos do paradigma tradicional ainda atravessam as instituições e a formação dos profissionais.

Logo, percebeu-se que a RD foi colocada como uma oposição a abstinência ou uma estratégia utilizada em momentos específicos, nos casos de pessoas que não desejam a abstinência. Isso é, visões afastadas da Redução de Danos como uma ética de cuidado e um princípio da Atenção psicossocial, mas que devem ser entendidas não como falhas individuais dos profissionais, mas considerando o paradigma tradicional que ainda marcam as instituições.

### **3.2 USUÁRIOS**

As categorias para a análise dos relatos dos usuários foram abordadas de modo similar, mas não idêntico ao dos profissionais. A fim de apresentar as informações de forma lógica de acordo com os dados coletados, não foi possível estabelecer as categorias de análise iguais para os dois grupos, considerando que a quantidade de material foi mais restrita comparada a dos profissionais. Como já mencionado, esse apontamento é importante tendo em vista os conteúdos abordados pela entrevista e o fato de que esta foi realizada no primeiro contato da pesquisadora com os usuários, o que implica em uma limitação do vínculo.

Assim, quanto aos usuários, a discussão foi baseada nos seguintes eixos: percepção sobre o acolhimento e práticas do serviço e participação da rede de apoios. Os objetivos dos usuários apareceram ao longo da análise, em ambos os eixos, mas foi considerado mais

produtivo não os tratar separadamente. A tabela abaixo se refere a caracterização dos participantes desse grupo, aos quais foram atribuídos a letra U e o número correspondente.

TABELA 2 – CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES (USUÁRIOS)

<b>Participantes usuários</b>	<b>Sexo</b>	<b>Faixa etária</b>	<b>Tempo no CAPS AD</b>
<b>U1</b>	Mulher	37 anos	18 anos
<b>U2</b>	Homem	45 anos	3 meses
<b>U3</b>	Homem	28 anos	1 ano
<b>U4</b>	Homem	38 anos	2 anos
<b>U5</b>	Homem	43 anos	20 anos
<b>U6</b>	Homem	49 anos	1 ano

Fonte: elaborado pela autora a partir dos dados da Pesquisa

### 3.2.1 Eixo 1 – Percepções sobre o acolhimento e práticas do serviço

Em primeiro lugar, os participantes associaram a busca do serviço a um sofrimento intenso, mas também a um incentivo de terceiros – como familiares e profissionais de outras instituições relacionadas. Também se destacou o histórico de cinco dos seis participantes, que já tinham frequentado o CAPS AD mais de uma vez, e atribuíram a “recaída” às interrupções do acompanhamento.

Todos os usuários trouxeram percepções positivas quanto ao serviço, o descrevendo como um espaço de acolhimento, escuta e suporte, ressaltando a importância deste para a sua melhora e interrupção do uso. U2 relata também que sobre a estigmatização, valorizando o acolhimento dos profissionais: “porque tem lugares que você não é bem recepcionado, você é tratado como uma pessoa qualquer, porque você tem um histórico de vida que não é muito bom para a sociedade”

Além disso, quatro dos seis entrevistados passaram por internação em comunidades terapêuticas. U1 abordou que parou por vontade própria ao longo do tempo que esteve no CAPS, ao contrário da internação, que descreve como: “é como se fosse a cadeia, você para o uso naquele dia, e a hora que você volta para rua, é como se você não tivesse parado de usar”. Por outro lado, U5 discorreu que a internação foi necessária para que, depois, ele pudesse se manter com o acompanhamento do CAPS, pois entende como necessário o isolamento. U2 teve

uma fala parecida, se referindo ao CAPS como uma continuação do cuidado recebido no período da internação.

Cinco dos seis participantes destacaram a importância do conjunto do acompanhamento terapêutico e medicamentoso. O relacionamento com os profissionais foi colocado por todos os participantes como positivo, respeitoso e de confiança. Quanto a relação com os outros usuários, o grupo foi abordado por U2 e U5 como um espaço de exposição, identificação e troca, pontuando que geralmente o relacionamento fica apenas nesse espaço. Para U5, a frequência do grupo poderia ser maior, e o número de pessoas, que diminuiu com a pandemia, tornou-se ideal devido a maior possibilidade de troca.

U3, U4 e U6, por outro lado, trataram do grupo de outra forma, trazendo que normalmente não há muito diálogo entre os usuários. U4 citou, inclusive, que preferiria o acompanhamento individual ao em grupo, pois é possível receber uma atenção mais individualizada, e que não percebe acolhimento do médico psiquiatra da unidade, o que o fez buscar um profissional particular.

P1 assinalou que a abertura de sempre poder recorrer ao CAPS, para conversar e desabafar, é essencial para evitar a recaída e mantê-la no tratamento. Ainda, expressou que o serviço a auxiliou a ter controle “físico, mental e emocional” e a se posicionar de outras formas frente as frustrações, para não recorrer às drogas. Além disso, ressaltou que os profissionais: “começam a trabalhar nossa mente, que você pode falar a verdade, porque você cria um hábito de mentir. Então, você começa a entrar no mundo novamente, na sociedade de novo, falar a verdade, ‘muito obrigado’, ‘por favor’, tirar gíria do vocabulário, voltar ao normal”.

Nessa direção, U5 pontuou que, o CAPS, além de outros grupos de apoio e outras atividades que engaja, colaboram para que ele não veja mais a droga como uma forma de suprir um “vazio”, frente a frustrações e problemas. Destacou que: “Não é só aquela questão de ir lá para passar pelo médico, pegar receita, remédio, eu fazia isso. É vir, participar, escutar e colocar em prática. Hoje eu não preciso de uma vaga de internamento. Hoje eu vivo uma vida produtiva na sociedade”. Os entrevistados U1, U2, U4 e U5 tiveram falas similares que trataram do foco e motivação para se manter abstinente e da necessidade de “absorver” o que os profissionais falam e colocar em prática, marcando que, nos contatos anteriores, não o haviam feito desse modo.

Pensado nisso, a pesquisa de Lacerda e Fuentes-Rojas (2017) aponta que a maioria entende o serviço como provedor de acolhimento, apoio e cuidado, e exaltando o trabalho dos profissionais envolvidos. Apesar da importância do reconhecimento desse espaço no CAPS, foi possível notar um percepções do serviço como um local que pode colaborar para a “cura”, isto

é, a interrupção do uso (TIBIRIÇÁ; LUCHINI; ALMEIDA, 2019). Como já trazido anteriormente, essa noção é permeada por uma visão biologicista, que não contempla a complexidade do fenômeno em seus aspectos psicossociais (CARMO; GUIZARDI, 2018).

Essa percepção pôde ser notada em momentos nos quais os usuários atribuem um caráter de falha ao falar de recaídas, e, por vezes, colocando o serviço como um fornecedor de informações e ensinamentos que poderiam colaborar para a abstinência – bastando apenas que o sujeito tivesse foco para “absorver”. Esse contexto contribui para a noção de que, nessas instituições, ainda permeiam relações verticalizadas, onde o profissional da saúde é percebido como o detentor do saber (ARAÚJO; PIRES, 2018; LACERDA; FUENTES-ROJAS, 2017).

Ademais, essa lógica se distancia dos norteadores das Políticas de Atenção à Saúde, no que diz respeito à noção de corresponsabilização (BRASIL, 2015). Ainda, Souza (2017) e Lacerda e Fuentes-Rojas (2017), colaboram para essa percepção, apontando para essa atribuição de responsabilidade ao usuário, pelo sucesso ou fracasso de seu tratamento – sob a lógica da abstinência.

Como também discutido por Romanini, Guareschi e Roso (2017) a noção de aderência colabora, muitas vezes, para a ideia de que o sujeito não se mantém no serviço por suas características individuais, e não pela relação que estabelece com a instituição – que apresenta falhas e potencialidades. Isso converge inclusive com a questão relacionada a duração das entrevistas com usuários, que podem remeter a uma dificuldade destes em declararem suas percepções, visto que se consideram falhos com frequência, enquanto exaltam os profissionais. Ou seja, pode-se perceber como essa desigualdade nas relações pode barrar a construção de uma relação de acolhimento e aceitação.

No que concerne as dificuldades relatadas pelos participantes, U1 e U2 relaram que estas estão em todas as áreas da vida, no dia a dia, frente aos problemas cotidianos. U2 mencionou que a ansiedade também aparece como uma dificuldade, relacionando-a a conflitos interpessoais e marcando para a necessidade de ter “controle e domínio próprio” para não buscar “refúgio” nas drogas. Assinalou novamente a dificuldade de lidar com a exclusão e discriminação sofrida “no emprego, em casa, com os amigos, o mercado, em uma padaria, todo lugar que você vai”.

U5 discorreu, após esse a sua internação, foi possível caminhar sozinho e tornou-se uma “questão de escolha”, e não mais uma compulsão, e o CAPS, então, pôde fornecer ferramentas lidar com as frustrações e dificuldades. Para U4, a abstinência é a maior dificuldade, citando questões fisiológicas relacionadas. Quanto a U3, não mencionou nenhuma dificuldade, e U6 apenas citou que gostaria de voltar a trabalhar. Em relação a fala de U6, é importante apontar

para essa lacuna nos serviços, que como visto nos relatos dos profissionais, tem dificuldade em se articular com outras políticas. Ademais, conforme Tibiriçá, Luchini e Almeida (2019), tem dificuldade de promover ações não voltadas diretamente ao tratamento, como as relacionadas ao mercado de trabalho.

### 3.2.2 Eixo 2 – Participação da rede de apoio

Ainda, U2 reforçou que, no CAPS, aprendeu a ser “um homem mais honesto, a dignidade, respeitar o próximo e o espaço das pessoas”. Assinalou também que aprendeu a se expressar melhor e a não “guardar mágoas”, buscando conversar e se abrir com mais frequência com sua família. U3 desenvolveu que, a partir de conversas com uma profissional do CAPS, ele buscou conversar mais com amigos e família, obtendo, assim, mais apoio e deixando de ficar isolado como estava e de ser muito “tímido”. Esses relatos apontam para potencialidades importantes do CAPS, no sentido da promoção de habilidades capazes de ampliar e fortalecer os vínculos sociais e familiares dos usuários.

Para U1, conseguir melhorar sua saúde, retomar suas responsabilidades, atividades e do apoio de sua família, por ter passado períodos com os vínculos rompidos, em situação de rua, são motivadores importantes para o seu tratamento. Conforme U2 e U5, o suporte da família foi de extrema importância para a melhora, apesar das dificuldades e conflitos significativos devido ao uso abusivo, também citando essas relações como motivadores. Do mesmo modo, U4 desenvolveu que tem o apoio da família, mas, devido a uma recaída, “perdeu a confiança” dela, dizendo que voltou ao CAPS por ele e pelos familiares. Já no caso de U3, a família não sabe do seu acompanhamento no CAPS, enquanto U6 citou ter o apoio de apenas um membro de sua família.

Ainda, U1, U2, U4 e U5 salientaram a importância de ficar abstinente por conta da família, abordando extremo sofrimento e preocupação desta. U2 citou que busca fazer tomar seus remédios e focar no tratamento para não frustrar a família, “porque eu se você não está na sua casa, a família não dorme, ‘onde que está ele?’, ‘será que mataram ele?’, ‘será que está preso?’”. Dialogando com isso, U5 desenvolveu que: “Meu pai era policial militar, ele falava para mim ‘Filho, isso eu vejo todo dia. É cadeia e caixão.’”. Também discorreu em relação a isso: “Você bebe porque quer. Demorou para eu aprender isso e eu tive que sofrer bastante. Não só eu, porque a família também sofre. Acaba machucando muita gente. Hoje eu não me permito cometer os mesmos erros”.

Nesse contexto, no que diz respeito à família, é possível considerar que ela aparece de forma significativa, tendo influência nos objetivos dos usuários, e aparecendo, por vezes, como

motivador importante. Dessa forma, Santos (2018) aborda sobre essa relação, sendo o seu fortalecimento um dos objetivos do serviço e dos usuários. Pensando nisso, é importante tratar das expectativas da família, e como elas impactam nesses sujeitos, isto é, compreender as representações que estas atribuem aos usuários. Pode-se notar nos relatos destes, um senso de culpabilização e desqualificação de si mesmos, ressaltando a responsabilidade de se manter abstinente, a fim de não decepcionar a família, visto os prejuízos que entendem terem causado. Não se busca, no entanto, desconsiderar os processos de vulnerabilidade dessas famílias, que também necessitam de atenção psicossocial, assim como também esses apontamentos não visam centralizar o problema nesse grupo.

Tendo isso em vista, Melo e Maciel (2016, p.83), em um estudo com usuários de drogas, analisa as representações sociais que os transpassam. Aborda visões negativas e estigmatizantes, do usuário de drogas como alguém “que não merece a confiança das pessoas, que não tem caráter, que é moralmente desqualificado e culpado pela destruição de sua família”. Nesse cenário, este também é despersonalizado e resumido a droga, o que os vulnerabilizam ainda mais e dificulta seu acesso à direitos. Além disso, dois elementos centrais corroboram para rotular o sujeito, como doente ou como marginal, o que se relaciona diretamente com a centralização da abstinência e isolamento como o modo de lidar com essa população (CÉSAR; RODRIGUES, 2013; MELO; MACIEL, 2016; TOMAZ, 2020).

Isso posto, os pressupostos morais que atravessam a forma com que a sociedade lida com os usuários devem ser compreendidos a partir do contexto – tendo em vista a estrutura capitalista, que criminaliza e considera patológico o fenômeno do uso de drogas (ALVES, 2009; FUENTES-ROJAS, 2017; GOMES; VECCHIA, 2018; LACERDA; LOPES, 2019; TOMAZ, 2020). Logo, isso implica em barreiras estruturais para a consolidação de uma política de atenção psicossocial alinhada com os preceitos da Reforma Psiquiátrica, considerando a lógica pela qual está submetida na conjuntura atual (BARROS; MEIRELLES, 2020; TOMAZ, 2020). Nesse sentido, marcaram-se nos relatos dos usuários dificuldades associadas ao vínculo com a família, rede de apoio enfraquecidas e processos de estigmatização importantes.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A atenção psicossocial no contexto de uso de álcool e outras drogas encontra contradições e desafios importantes, visto as condições histórico-culturais nas quais este uso está inserido. Não apenas os discursos e concepções, mas a organização socioeconômica capitalista criminaliza, marginaliza e exclui os usuários, que são considerados indesejáveis dentro da lógica. O paradigma proibicionista é marcado, portanto, por práticas e discursos

morais, racistas, repressivos e biomédicos, que sustentaram violência e o isolamento dessa população.

Nesse sentido, a Rede de Atenção Psicossocial e os seus diversos dispositivos – dentre eles os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – são construídos como uma alternativa a políticas asilares, objetivando o desenvolvimento da autonomia e cidadania dos sujeitos e a promoção de direitos sociais (BRASIL, 2015).

Compreende-se, então, os CAPS como essenciais para o processo de desinstitucionalização e promoção de políticas intersetoriais, com base no território e na comunidade, em busca de fornecer uma atenção integralizada e compatível com os contextos biopsicossociais dos sujeitos. A Redução de Danos, nesse cenário, aparece como um modelo de atenção que visa a ampliação de possibilidades de cuidado, a defesa dos direitos, autonomia e cidadania, além da minimização dos impactos biopsicossociais associados ao uso de drogas (ALVES, 2009).

Desse modo, é possível atribuir importância significativa dos usuários e profissionais para a construção de uma política que seja orientada pelos princípios citados. Assim, esse estudo teve como objetivo explorar as percepções de profissionais e usuários quanto ao serviço de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. Por meio dos relatos verbais foi objetivado identificar percepções de ambos os grupos sobre os serviços e suas práticas, bem como convergências e divergências quanto ao que é proposto pela Rede.

Esse delineamento possibilitou que se observassem resultados importantes no que diz respeito aos desafios, contradições e potencialidades do CAPS, certamente levando em conta que o estudo tem uma limitação de amostra, que não é muito representativa. Além disso, a pesquisa também tem limitações especialmente quanto ao objetivo específico de analisar os relatos comparativamente aos princípios e diretrizes da legislação, considerando que a sua natureza de Iniciação Científica não permitiu o aprofundamento significativo nesse sentido.

Como resultados, percebeu-se considerável resistência e desconhecimento dos profissionais quanto a Redução de danos como um modelo de cuidado integral, o que implica em uma oferta de serviço baseada na noção biomédica e da abstinência, além de relações verticalizadas entre profissionais-usuários. Ademais, foi notável limitações do serviço no sentido da atenção às famílias dos usuários e articulação com outros dispositivos, com o objetivo de fortalecer e promover acessos aos usuários no território.

Foi possível perceber os usuários em contextos de vulnerabilidade, impactados por processos exclusão e marginalização. Marcou-se também a presença de concepções que atribuem a manutenção da abstinência - o considerado “sucesso” do tratamento - às



características individuais do sujeito, e sua motivação. Por outro lado, o CAPS apareceu como um espaço de acolhimento, suporte e apoio, sendo o seu papel extremamente valorizado e enaltecido pelos usuários, que o consideram essencial para a retomada ou fortalecimento de relações sociais.

Isto posto, no entanto, os pontos explicitados ao longo da pesquisa não têm como objetivo centralizar o problema no serviço, nos profissionais, ou em qualquer um dos atores relacionados de forma isolada, mas sim, compreender as limitações e avanços da política de maneira contextualizada. Ou seja, atenta-se a necessidade de se distanciar de concepções que individualizam os fenômenos, pensando no rompimento do paradigma manicomial como produto de transformações sociais e coletivas complexas.

Ressalta-se que o estudo apresentado, considerando o seu caráter de Iniciação Científica, tem suas limitações no que diz respeito ao tempo para sua execução e a sua proposta de realmente iniciar o graduando na pesquisa acadêmica. Dito isso, ainda se assinala o significativo potencial do tema para pesquisas futuras, visto a importância do CAPS para a atenção psicossocial, bem como a necessidade de ouvir os principais atores. Entendendo que, a partir disso, é possível compreender dificuldades e possibilidades associadas à consolidação de uma política orientada pelos princípios da Reforma Psiquiátrica.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2309-2319, 2009.
- ARAÚJO, A. C. C.; PIRES, R. R. Redução de Danos na Atenção Psicossocial: concepções e
- BARROS, A.; PERES, M. S. A Proibição da Maconha no Brasil e suas raízes históricas escravocratas. **Periferia** (Duque de Caxias), v. 3, p. 12, 2012.
- BARROS, L.T.C; MEIRELLES, A.T. **A Lei 13.840/2019 e a violação da autonomia privada do sujeito: uma ponderação crítico-reflexiva da Internação Compulsória**. Trabalho de Conclusão de Curso – TCC. Universidade Católica de Salvador, 2020.
- BASBAUM, L. **História sincera da República: de 1889 a 1930**. São Paulo: Alfa Omega, 1997.
- BRASIL. Lei nº 11.343/2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 2006.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da saúde para a atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas** -1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004
- BRASIL. Decreto no 4.345, de 26 de agosto de 2002. Institui a Política Nacional Antidrogas (PNAD). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2011.
- BRASIL. Ministério Da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: **Conferência regional de reforma dos serviços de saúde mental: 15 anos depois de Caracas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005
- BRASIL. Ministério Da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios**: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas: guia AD**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: política nacional de humanização - documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002**. Institui a Política Nacional Antidrogas e dá outras providências. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2019.

BRASIL; Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. **Diário Oficial da União**, 2002.

CARMO, M. E. d.; GUIZARDI, F. L.. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, 2018.

CARNEIRO, H. As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século XX. **Revista Outubro**, v. 6, n. 6, p. 115-28, 2002.

CÉSAR, E. A. F.; RODRIGUES, L. B. Os CAPSAD, as Comunidades Terapêuticas e o “usuário de drogas”: polêmicas e paradoxos. **A Cor das Letras**, v. 14, n. 1, p. 209-220, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências Técnicas para a Atuação de Psicólogos/os em Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas**. Brasília: CFP, 2013. documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da

ESCOHOTADO A. **Historia de las drogas**. Madrid: Alianza Editorial; 1995.

FIORE, M. **Uso de drogas: substâncias, sujeitos e eventos**. 2013. Tese (Doutorado em Ciências Sociais). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2013.

FIUZ, A. R.; BARROS, N. F. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2345-2346, 2011.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed., São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, T. B.; VECCHIA, M. D. Estratégias de redução de danos no uso prejudicial de álcool e outras drogas: revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2327-2338, 2018.

GUERIN, B.; LEUGI, G. B.; THAIN, A. Attempting to overcome problems shared by both qualitative and quantitative methodologies: Two hybrid procedures to encourage diverse research. **The Australian Community Psychologist**, v. 29, n. 2, p. 74, 2018.

JORGE, M. A. S. **Engenho dentro de casa: sobre a construção de um serviço de atenção diária em saúde mental**. Dissertação (Mestrado em Ciências na Área de Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1997.

- LACERDA, C. B.; FUENTES-ROJAS, M. Significados e sentidos atribuídos ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) por seus usuários: um estudo de caso. **Interface**, Botucatu, v. 21, n. 61, p. 363-372, 2017.
- LOPES, F. J. O. Proibicionismo e atenção em saúde a usuários de drogas: tensões e desafios às políticas públicas. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 31, e188088, 2019.
- MACHADO, A. R.; MIRANDA, P. S. C. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 801-821, 2007.
- MARTINS, H. T.; ROCHA, R. O. Cem anos de proibicionismo no Brasil: uma análise neo-institucionalista das políticas sobre drogas. **Revista Brasileira de Segurança Pública**, v. 15, n. 2, p. 112-129, 2021.
- MELO, J. R. F.; MACIEL, S. C.. Representação social do usuário de drogas na perspectiva de dependentes químicos. **psicologia: ciência e profissão**, v. 36, p. 76-87, 2016.
- MIELKE, F. B. *et al.* A inclusão da família na atenção psicossocial: uma reflexão. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 761-5, 2010. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/6812/8500>>. Acesso em: 21 nov. 2020.
- MONTENEGRO, Y. F. L.; BRILHANTE, A. V. M.; MUNGUBA, M. C. Paradoxo nas políticas sobre drogas: embates discursivos sobre a Lei 13.840/2019 em portais de notícia. **Saúde e Sociedade**, v. 30, p. e210064, 2021.
- MORAES, M. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. **Ciência & saúde coletiva**, v. 13, n. 1, p. 121-133, 2008.
- MOREIRA, S. As implicações das alterações na política nacional de saúde mental, álcool e outras drogas para o exercício profissional de assistentes sociais no Brasil. **Brasília–Conselho Federal de Serviço Social–CFESS**, 2019.
- MOTA, L. A. **Pecado, crime ou doença? representações sociais da dependência química**. 2008. 246f. Tese (Doutorado em Sociologia) – Universidade Federal do Ceará, Departamento de Ciências Sociais, Programa de Pós- Graduação em Sociologia, Fortaleza-CE, 2008.
- MUNIZ, M. P. *et al.* A assistência de enfermagem em tempos de reforma psiquiátrica. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n. 13, p. 61-65, jun. 2015.
- PAIVA, L. G. M. Panorama Internacional das Políticas sobre Drogas. **Boletim de Análise Político-Institucional**, p. 99-106, 2018.
- RAUPP, L. M.; MILNITISKY-SAPIRO, C. A “reeducação” de adolescentes em uma comunidade terapêutica: o tratamento da drogadição em uma instituição religiosa. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 361-368, 2008.

ROMANINI, M.; GUARESCHI, P. A.; ROSO, A. O conceito de acolhimento em ato: reflexões a partir dos encontros com usuários e profissionais da rede. **Saúde em Debate**, v. 41, p. 486-499, 2017.

ROSA, L. C. S.; CAMPOS, R. T. O. Saúde mental e classe social: CAPS, um serviço de classe e interclasses. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 114, p. 311-331, 2013.

SANTOS, É. G. D.. O grupo como estratégia terapêutica nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas do Espírito Santo. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde, Espírito Santo, 2010

SANTOS, F. F.; FERLA, A. A. Saúde mental e atenção básica no cuidado aos usuários de álcool e outras drogas. **Interface**, Botucatu, v. 21, n. 63, p. 833-844, Dec. 2017.

SANTOS, J. M. *et al.* Responsabilização e participação: como superar o caráter tutelar no centro de atenção psicossocial álcool drogas? **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 39, e20180078, 2018.

SEVERO, A. K.; DIMENSTEIN, M. Rede e intersetorialidade na atenção psicossocial: contextualizando o papel do ambulatório de saúde mental. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 31, n. 3, p. 640-655, 2011.

SILVA, C. C. R. A aliança entre justiça e psiquiatria no controle do uso de droga: medicalização e criminalização na berlinda. **Revista EPOS**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, jun. 2013.

SOUZA, D. R. *et al.* Resistências dos profissionais da atenção psicossocial em álcool/drogas à abordagem de redução de danos. **Journal Of Nursing And Health**, [s.l.], v. 7, n. 1, p.16-28, 13 abr. 2017.

TIBIRIÇÁ, V. A.; LUCHINI, E. P. M.; DE ALMEIDA, C. S.. Perspectiva do usuário de drogas sobre seu tratamento e a rede de atenção psicossocial. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)**, v. 15, n. 4, p. 1-9, 2019.

TOMAZ, M.. Política de Drogas e de Saúde Mental: avanço proibicionista e desafios atuais. **Serviço Social em Debate**, v. 3, n. 2, 2020.  
vivências de profissionais em um CAPS ad. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 9-21, 2017.

## APÊNDICE A – ROTEIROS NORTEADORES

### ROTEIRO NORTEADOR: ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS

#### **EIXO 1 – Práticas de acolhimento**

1. Como o usuário chega no serviço?
2. Comente sobre como se dá o processo de entrada e inserção do usuário no serviço.
3. Como são práticas de acolhimento dos usuários?
4. Você acha que o acolhimento influencia no desenvolvimento do tratamento?

#### **EIXO 2 – Participação dos atores envolvidos no acompanhamento terapêutico**

1. Como você percebe a participação do usuário no desenvolvimento do Projeto Terapêutico Singular?
2. Você identifica estratégias que visam promover a autonomia dos usuários?
3. Como é a adesão dos usuários ao tratamento?
4. Como você identifica o envolvimento da família no tratamento do usuário?
5. Existem medidas que objetivam favorecer a participação da família nesse contexto?
6. Como você percebe os vínculos dos usuários com os profissionais e com os outros usuários no desenvolvimento do tratamento?

#### **EIXO 3 – Concepções sobre os objetivos dos serviços**

1. Como você entende o papel dos serviços no processo de reinserção social do usuário?
2. Como você observa a atuação dentro da equipe?
3. Como você identifica a relação dos serviços com programas culturais, educacionais, profissionalizantes, de moradia e de geração de trabalho e renda?
4. Como você entende a Redução de danos e de que modo ela está presente nos serviços?

### ROTEIRO NORTEADOR: ENTREVISTA COM OS USUÁRIOS

#### **EIXO 1 – Percepções sobre o acolhimento**

1. Como você chegou até o CAPS?
2. Como foram os primeiros contatos com o CAPS?
3. Como foi a recepção dos profissionais?

#### **EIXO 2 – Participação dos atores envolvidos no acompanhamento terapêutico**

1. Como é a sua participação no tratamento?
2. Como é a sua relação com a sua família?
3. Como você percebe a participação da sua família no seu tratamento?
4. Quais as maiores dificuldades que você tem enfrentado em relação ao tratamento?
5. Como é o seu relacionamento com os profissionais e outros usuários do serviço?

#### **EIXO 3 – Concepções sobre os objetivos dos serviços**

1. Você percebeu alguma mudança na sua vida desde que começou o tratamento no CAPS?
2. Como você entende o papel dos profissionais no seu acompanhamento?

## APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado (a) Senhor (a)

Gostaríamos de convidá-lo a participar de um estudo intitulado “**Percepções de profissionais e usuários quanto ao serviço de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas**” que será desenvolvido pela pesquisadora IDENTIFICAÇÃO OMITIDA, estudante do Curso de Psicologia, sob orientação do Prof. Dr. IDENTIFICAÇÃO OMITIDA, docente do Curso de Psicologia do Centro Universitário Sagrado Coração.

Neste estudo, nosso objetivo é explorar e **conhecer sobre as percepções de profissionais e usuários sobre os serviços do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas.**

Para isso, **solicitamos sua participação em uma ou mais entrevistas individuais, que serão realizadas pelo pesquisador e terão relação com sua experiência no Centro de Atenção Psicossocial.**

As **informações passadas serão mantidas em sigilo, garantindo que não ocorrerá a identificação de seu nome.** Essas informações serão utilizadas apenas para compor os resultados deste estudo, sendo apresentadas em eventos da área científica e publicá-los em revista científica ou outro meio de divulgação científica. Assim, para registro das entrevistas, também **solicitamos sua autorização para a gravação de vídeo e voz das entrevistas**, e garantimos que esses materiais ficarão sob cuidado e acesso exclusivo dos pesquisadores responsáveis pela pesquisa.

Para participar deste estudo o (a) Sr. (a) **não terá nenhum custo**, nem receberá qualquer vantagem financeira, mas será garantido, se necessário, o ressarcimento de suas despesas, e de seu acompanhante, como transporte e alimentação.

Quanto aos **riscos envolvidos**, pode ocorrer de durante a entrevista serem abordados assuntos que gerem sensações ou sentimentos incômodos, relacionados a exposição de seus conteúdos pessoais e internos. Caso haja danos decorrentes dos riscos previstos, o pesquisador assumirá a responsabilidade pelos mesmos, dando os devidos encaminhamentos para suporte psicológico.

Esperamos que esta pesquisa possa **contribuir** para aprofundar o conhecimento acerca das percepções de profissionais e usuários, sendo isso importante para a compreensão do funcionamento do CAPS e no desenvolvimento e melhoria dos serviços de atenção psicossocial.

Destacamos que sua participação é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a).

Da mesma forma, caso decida não participar do estudo, ou tomar a decisão, em qualquer momento, de desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, penalidade ou constrangimento, e, também não haverá qualquer modificação na assistência que vem recebendo no CAPS e em outras instituições.

Os pesquisadores estarão sempre à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa e, para tal, no final deste documento se encontram seus nomes e forma de contato.

#### Participante

Eu, \_\_\_\_\_, portador do documento de Identidade \_\_\_\_\_ fui informado (a) dos objetivos deste estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Bauru, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura

#### Pesquisador principal:

Nome: IDENTIFICAÇÃO OMITIDA

E-mail: IDENTIFICAÇÃO OMITIDA | Telefone: IDENTIFICAÇÃO OMITIDA

Assinatura do pesquisador

Data:

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

CEP UNISAGRADO – Comitê de Ética em Pesquisa do UNISAGRADO

Centro Universitário Sagrado Coração

Rua Irmã Arminda 10-60, Bauru - SP

Fone: (14) 2107-7340 / horário de funcionamento: 2ª. a 6ª. feira das 8:00 às 17:00

E-mail: [cep@unisagrado.edu.br](mailto:cep@unisagrado.edu.br)

## ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Percepções de profissionais e usuários quanto aos serviços de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas

**Pesquisador:** Luiz Antonio Lourencetti

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 43085421.4.0000.5502

**Instituição Proponente:** Universidade do Sagrado Coração - Bauru - SP

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.552.446

## Apresentação do Projeto:

A pesquisa visa explorar as percepções de profissionais e usuários quanto ao serviço de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas de um município do interior do Estado de São Paulo com entrevistas e a interpretação dos relatos verbais de seis participantes, sendo três usuários dos serviços e três profissionais da equipe de referência.

## Objetivo da Pesquisa:

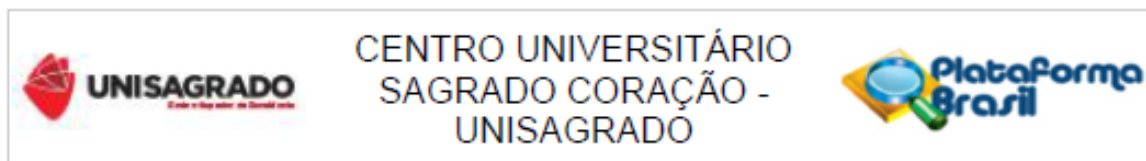
Explorar as percepções de profissionais e usuários quanto ao serviço de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas de um município do interior do Estado de São Paulo, como também, identificar, por meio de relato verbal, como os profissionais e usuários dos serviços de atenção psicossocial percebem os serviços ofertados; identificar se na percepção dos usuários e profissionais, as estratégias e os serviços ofertados atendem aos princípios e diretrizes das políticas de atenção psicossocial; identificar as convergências e divergências das concepções dos usuários e dos profissionais quanto a atenção psicossocial e caracterizar as práticas dos profissionais dos serviços ofertados e analisá-las comparativamente às prescrições da legislação.

## Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os pesquisadores destacam que os riscos são mínimos, relacionados ao aborrecimento, cansaço ou incomodo com as perguntas. Caso o participante se sinta desconfortável está livre para retirar-

**Endereço:** Pró-Reitoria de Pesquisa e Pos-Graduação  
**Bairro:** Rua Imã Arminda Nº 10-50      **CEP:** 17.011-160  
**UF:** SP      **Município:** BAURU  
**Telefone:** (14)2107-7260      **E-mail:** cep@unisagrado.edu.br





Continuação do Parecer: 4.552.446

se da pesquisa, assim como todos os seus dados coletados. Como benefícios, os pesquisadores esperam que esta pesquisa possa contribuir para aprofundar o conhecimento acerca das percepções de profissionais e usuários, sendo isso importante para a compreensão do funcionamento do CAPS e no desenvolvimento e melhoria dos serviços de atenção psicossocial.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Projeto de pesquisa qualitativa, de iniciação científica, com objetivo de explorar as percepções de profissionais e usuários quanto ao serviço de um CAPS, com a realização de entrevistas semiestruturadas com três usuários e três profissionais da equipe.

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

Todos os termos estão presentes e de acordo.

**Recomendações:**

Não há recomendações.

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

Não há pendências ou inadequações podendo ser aprovado.

**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_1698454.pdf	10/02/2021 21:43:30		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	20210210_IC_Carol_vfinal_arquivo_CEP.pdf	10/02/2021 21:43:08	Luiz Antonio Lourencetti	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	20210210_IC_Carol_TCLE.pdf	10/02/2021 21:42:34	Luiz Antonio Lourencetti	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_CEP_Carol_Belato_assinado.pdf	10/02/2021 21:42:23	Luiz Antonio Lourencetti	Aceito

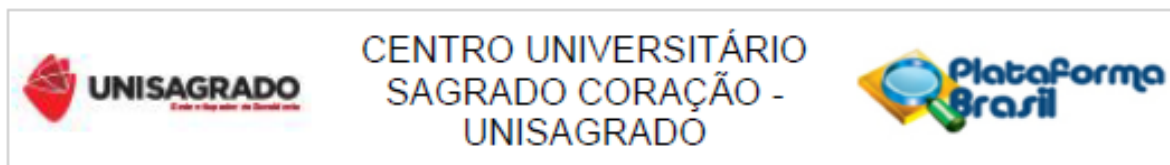
**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação  
 Bairro: Rua Imã Aminda Nº 10-50 CEP: 17.011-160  
 UF: SP Município: BAURU  
 Telefone: (14)2107-7260 E-mail: cep@unisagrado.edu.br



Continuação do Parecer: 4.552.446

BAURU, 23 de Fevereiro de 2021

---

Assinado por:  
Sara Nader Marta  
(Coordenador(a))

Endereço: Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação  
Bairro: Rua Imã Armanda Nº 10-50 CEP: 17.011-160  
UF: SP Município: BAURU  
Telefone: (14)2107-7260 E-mail: cep@unisagrado.edu.br