

TRAJETÓRIA DO CUIDADO E O PERCURSO AO CAPSad: COM A PALAVRA OS USUÁRIOS

Caution Trajectory And The Capsad Trail: With The Word Users

Claudia Daiana Borges¹

Daniela Ribeiro Schneider²

Artigo encaminhado: 14/04/2017

Aceito para publicação: 09/12/2017

RESUMO: O presente estudo tem como objetivo identificar a trajetória do cuidado e o percurso ao CAPSad de usuários do serviço com problemas relacionados ao uso de álcool. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa com delineamento descritivo e de corte transversal. Participaram do estudo oito usuários que tinham problemas relacionados ao uso de álcool e que estavam em acompanhamento, há pelo menos seis meses, em um CAPSad do sul do Brasil. Como instrumento para coleta de dados foi utilizado a entrevista semiestruturada. Verificou-se que todos os usuários já tinham passado por outras instituições de tratamento, havendo recorrência de internações e afastamento da vida cotidiana. Para os usuários que participaram deste estudo, o CAPSad representa uma alternativa de cuidado inserido no território, que possibilita a manutenção das atividades e relações comunitárias. Já o percurso ao CAPSad ocorreu, principalmente, por intermédio de um familiar ou pelo encaminhamento de outros profissionais da rede. A trajetória de cuidado e ao percurso ao CAPSad foram marcados por momentos de dificuldades, isolamento e rupturas das relações. Entretanto, estar em um serviço que oferece cuidado e atenção no território representa, para os usuários, a possibilidade de melhores condições para a promoção da saúde.

Palavras-chave: Trajetória. Cuidado. Usuário. CAPSad

ABSTRACT: This study aims to identify the trajectory of care and the route to the service users of CAPSad with alcohol-related problems. This is a qualitative study with descriptive and cross-sectional design. Participants were eight users who had problems related to alcohol and who were followed up for at least six months, in a CAPSad located in southern Brazil. Semi-structured interview was used as a tool for data collection. It was found that all users had been through other institutions of treatment, with recurrent hospitalizations and removal of everyday life. For users who participated in this study, CAPSad is a care alternative inserted in the territory, which enables the maintenance of activities and community relations. But the route to CAPSad was mainly through a family

¹ Psicóloga. Mestra e doutoranda em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina. Professora do curso de Psicologia da Uniasselvi/Fameg. Professora de Psicologia no Instituto Educacional Santa Catarina/Faculdade Jangada

² Psicóloga. Mestra em Educação (UFSC). Doutora em Psicologia Clínica (PUC/SP). Pós-Doutorado pela Universidade de Valência, Espanha. Professora do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina

member or by referral from other network professionals. The trajectory of care and the route to CAPSad were marked by moments of difficulty, isolation and disruption of relationships. Nevertheless, to be on a service that provides care and attention in the territory is, for users, the possibility of better conditions for health promotion.

Keywords: Trajectory. Care. User. CAPSad

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2014) divulgou no Relatório Global sobre Álcool e Saúde que a substância é causa de 5,9% de todas as mortes no mundo e está relacionada a mais de 200 tipos de doenças, representando um problema de saúde pública. No Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, há prevalência de atendimentos relacionados ao uso do álcool quando comparado ao uso de outras substâncias psicoativas (BRASIL, 2015). As Políticas Públicas de Saúde para álcool e outras drogas no país são orientadas para o caráter individual e social do uso abusivo de substâncias e as ações de atenção à saúde visam abranger a realidade de vida econômica, social e cultural dos sujeitos. Na política de atenção integral à saúde do usuário de álcool e outras drogas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2003) é proposto um trabalho de base territorial que considere o contexto em que os usuários vivem e onde constituem suas relações.

Os avanços proporcionados pelas Reformas Psiquiátrica e Sanitária no Brasil, associados à emergência de uma nova perspectiva conceitual em saúde e a consequente construção de novos modelos de atenção focados nas interações do sujeito em seu território, trouxeram a necessidade de maior participação de todos os atores envolvidos neste processo, sejam eles usuários, profissionais, gestores, família e comunidade (AZEVEDO; MIRANDA, 2010; SCHNEIDER, 2015). A Reforma Psiquiátrica propõe novas formas de cuidado e atenção, que substitua o modelo asilar por um modelo em forma de rede de atenção, sendo os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) dispositivos estratégicos dentro desta proposta. A prioridade é a reinserção social e fortalecimentos de vínculo dos usuários, oferecendo apoio e incentivo na busca da construção da autonomia e cidadania (BRASIL, 2004; LANCETTI, 2015).

Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) surgiram em 2002 destinados aos usuários que fazem uso prejudicial do álcool e outras

drogas, sendo que em 2015 havia no país 309 CAPSad (BRASIL, 2015). Este serviço oferece atendimento a partir de um planejamento terapêutico individualizado e de evolução contínua, com trabalho em rede e parcerias de serviços comunitários (BRASIL, 2004; LANCETTI, 2015). Um trabalho de base territorial, intersetorial e com a participação comunitária para a assistência ao usuário de substâncias psicoativas pressupõe a atenção à saúde do usuário em parceria com a família e com a comunidade (CAVALCANTE et al., 2012; LIMA; YASUI, 2014).

Os CAPSad são serviços que oferecem atendimento e acompanhamento do usuário a partir de um Projeto Terapêutico Singular (PTS), com trabalho em rede e parcerias de serviços comunitários (BRASIL, 2015; BRASIL, 2004; LANCETTI, 2015). A Política de Atenção aos usuários de álcool e outras drogas é parte da rede de saúde mental, seguindo as mesmas legislações e diretrizes do governo federal. Porém, com uma política específica no Ministério da Saúde, que é a Política Nacional de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, que prevê ações de atenção integral, prevenção e promoção da saúde e contraria a cultura de criminalização e julgamento moral do usuário (BRASIL, 2003).

Apesar dos avanços no sentido de proporcionar serviços substitutivos para o cuidado e atenção em álcool e outras drogas, estudos demonstram a recorrência de internações e isolamento como recurso de tratamento (MARQUES; MÂNGIA, 2013; MARQUES; MÂNGIA, 2011; PIRES; SCHNEIDER, 2013). Contudo, o CAPSad tem se fortalecido enquanto estratégia de cuidado e atenção no território (NASI et al., 2015; SOCCOL et al., 2013). Diante da complexidade que envolve o cuidado de sujeitos com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, este artigo tem como objetivo apresentar resultados de um estudo sobre a trajetória do cuidado e o percurso ao CAPSad de usuários do serviço com problemas relacionados ao uso de álcool. A pesquisa é parte de uma dissertação de mestrado em Psicologia realizada junto ao Núcleo de Pesquisas em Clínica da Atenção Psicossocial (PSICLIN) e ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

A pesquisa foi desenvolvida em um CAPSad do sul do país e teve como participantes oito usuários do serviço que tinham problemas relacionados ao uso

do álcool, que estavam frequentando o CAPSad há pelo menos seis meses e que aceitaram participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Como técnica para a coleta dos dados foi utilizada entrevista semiestruturada. A realização da pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH-UFSC) sob o número 41745215.0.0000.0121 e seguiu todos os preceitos de Resolução 466/12.

2 Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas - CAPSadA Reforma Psiquiátrica no Brasil, que tem seu marco legal em 2001, trouxe a necessidade de Políticas Públicas em Saúde Mental que rompesse com a lógica manicomial, e para a consolidação deste novo modelo de cuidado e atenção foram criados serviços substitutivos em forma de rede de atenção, o principal deles é o CAPS. Este serviço tem como objetivo acolher, prestar atendimento integral, oferecer acompanhamento às pessoas com transtornos mentais, propiciar sua reinserção social, integração familiar e o fortalecimento da autonomia. Este serviço é considerado o mais importante dispositivo para a concretização do projeto da Reforma Psiquiátrica no Brasil (BRASIL, 2004; LANCETTI, 2015; PINHO; OLIVEIRA; ALMEIDA, 2008).

Em 2002 foi regulamentado O CAPSad para o atendimento de usuários que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, sendo o trabalho realizado em rede e no território, com a participação da comunidade. O serviço é apoiado por leitos psiquiátricos em hospital geral e outras ações comunitárias conforme as necessidades dos usuários. Neles são promovidas atividades diversas, desde o atendimento individual até atendimentos grupais ou oficinas terapêuticas e visitas domiciliares. A proposta é que o serviço ofereça condições de descanso e estratégias de desintoxicação ambulatorial para usuários que necessitam e que não demandam atendimento clínico hospitalar. Os CAPSad funcionam com caráter ambulatorial e de hospital-dia, oferecendo trabalho interdisciplinar e integral com o objetivo de construir e proporcionar uma rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2004; CETOLIN et al., 2013).

O Ministério da Saúde elaborou em 2003 uma Política Nacional específica para álcool e drogas que tem como objetivo prevenir, tratar e reabilitar os usuários conforme proposto pela Reforma Psiquiátrica Brasileira. Diante disso,

os CAPSad passaram a ser referência para o cuidado, para as estratégias de Redução de Danos (RD) e ações de prevenção e promoção da saúde (MOURA; SANTOS, 2011; PINHO; OLIVEIRA; ALMEIDA, 2008). Outro marco importante da política de álcool e outras drogas ocorreu em 2011 com a criação da Portaria 3.088 que institui no Sistema Único de Saúde a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para usuários com sofrimento ou transtorno mental e/ou com problemas relacionados ao uso de álcool e drogas. A RAPS se estrutura através dos pontos de atenção, como as Unidades Básicas de Saúde e os Centros de Convivência, do qual o CAPS é integrante (BRASIL, 2011).

O surgimento do CAPS decorre da Reforma Psiquiátrica com uma proposta de tratamento em substituição ao modelo hospitalocêntrico. Caracteriza-se como um serviço comunitário de referência para atendimento aos usuários em sofrimento psíquico grave e/ou com problemas relacionados ao uso e abuso de álcool e outras drogas. A atuação ocorre no território a partir do PTS (LANCETTI, 2015; PICOLI, 2013). Lima e Yasui (2014) propõe uma definição de território que supere o conceito de delimitação geográfica, mas que seja entendido como espaço relacional, de produção de subjetividade. O território como espaço de histórias naturais, culturais, afetivas e sociais que produzem sentidos e compõe a vida dos sujeitos. Schneider (2015) salienta a base comunitária do CAPS e destaca a noção de território como espaços de convivência, de mediação afetiva, social, cultural e material.

O trabalho no território e de base intersetorial visa à reabilitação psicossocial, através da inclusão produtiva, qualificação profissional, geração de trabalho e renda, das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e/ou com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Essas ações precisam ser articuladas com as redes de saúde, de assistência social e de economia solidária aproveitando os recursos disponíveis no território e possibilitando melhores condições de vida, de cidadania, de autonomia e inclusão social dos usuários e seus familiares (BRASIL, 2011; COSTA; COLUGNATI; RONZANI, 2015). Ações de cuidado no território implica considerar o território como lugar que compõe a vida dos usuários dos serviços de saúde, como espaço relacional onde se produz sentido, relações, modos de ser, de produzir, de amar e se relacionar (LIMA; YASUI, 2014).

O trabalho desenvolvido no CAPSad têm como diretriz uma atuação pautada na lógica da RD que tem como objetivo diminuir os riscos e danos relacionados ao uso de drogas, mesmo que não haja a interrupção do uso em um determinado tempo (INGLEZ-DIAS et al., 2014) trata-se de diminuir os danos e ampliar as condições de vida dos usuários (LANCETTI, 2014). As atividades incluem atendimento individual, como o de orientação, psicoterapia e tratamento medicamentoso, atendimentos em grupo, oficinas terapêuticas e visitas domiciliares. O trabalho realizado visa romper com o modelo hospitalocêntrico, propondo o cuidado sob a ótica da reabilitação psicossocial do usuário e sua família, atuando no território, junto à comunidade, oferecendo para o usuário acolhimento, atenção integral e a construção de autonomia e cidadania (AZEVEDO; MIRANDA, 2010; PICOLI, 2013).

Embora o CAPSad represente o principal dispositivo na política de álcool e outras drogas, estudos demonstram que nem sempre os CAPSad funcionam em consonância com as propostas das Políticas Públicas de Saúde Mental. No que se refere a reinserção social, muitos usuários afirmam sentir-se dependentes das atividades do CAPS para conseguir ocupar o tempo o livre. Há também uma centralidade no CAPS, com pouca participação dos usuários em outros serviços da rede. Esses dados evidenciam a importância de ações intersetoriais que possibilitem a reinserção social e laboral e rompam com a lógica da institucionalização e prática assistencial dos serviços (CAVALCANTE et al., 2012; PICOLI, 2013; VASCONCELOS; MACHADO; PROTAZIO, 2014).

O CAPS como um serviço aberto e comunitário busca ampliar as possibilidades do usuário (re)inserir-se socialmente (PICOLI, 2013). Para isso, é preciso um trabalho em parceria com a comunidade, criar uma rede de apoio para o usuário em todos os ambientes em que estiver inserido, ajudar a família e a comunidade na identificação das necessidades do usuário e auxiliá-lo em suas demandas. Para oferecer um atendimento integral ao usuário de álcool e outras drogas é necessário conhecê-los em suas singularidades e necessidades, estabelecer vínculo com o usuário e seus familiares. Assim é possível planejar e implantar diferentes programas de prevenção, educação, cuidado e promoção de saúde que sejam convergentes com as necessidades dos usuários (BRASIL, 2003).

3 O cuidado no CAPSad

A partir da Reforma Psiquiátrica no Brasil foi preciso construir uma rede de serviços em saúde para álcool e drogas contrária a lógica manicomial e pautada nos pressupostos da atenção psicossocial. Esta rede precisa estar inserida no território dos sujeitos e articulada com outros setores da sociedade, promovendo a reabilitação psicossocial e reinserção social dos usuários que fazem uso abusivo de substâncias. Os dispositivos de atenção aos usuários devem ser pautados na visão ampliada de saúde, ter ações de RD e realizar busca ativa e sistemática das demandas que precisam ser atendidas, de forma integrada e em parceria com a comunidade (PINHO; OLIVEIRA; ALMEIDA, 2008; VASCONCELOS; MACHADO; PROTAZIO, 2014). O trabalho intersetorial, a participação da comunidade e práticas orientadas na RD contribuem para a atenção à saúde de usuários com problemas relacionados ao uso de drogas (LANCETTI, 2014).

O trabalho em RD é um recurso fundamental para o tratamento de usuários de álcool e drogas, porém, no Brasil as políticas de RD apresentam fragilidades em relação a capacidade de criar vínculos entre os usuários e os serviços de saúde e a baixa participação dos sujeitos acessados pelo programa de RD (INGLEZ-DIAS et al., 2014; VASCONCELOS; MACHADO; PROTAZIO, 2014). A atenção em saúde para os problemas relacionados ao álcool e outras drogas do Ministério da Saúde tem como eixo norteador a RD, as ações são direcionadas para o acolhimento das demandas de cada usuário sem fazer julgamento e estimulando a participação deste, reconhecendo as singularidades do usuário e construindo junto dele estratégias que lhe possibilitem melhores condições de vida (BRASIL, 2004; LANCETTI, 2014). Deste modo, o cuidado oferecido ao usuário deve viabilizar sua reinserção social, promoção e resgate de vínculos significativos e novas possibilidades de construção de projeto de vida (PIRES; SCHNEIDER, 2013).

A Política de Atenção aos usuários de álcool e outras drogas é parte da rede de saúde mental, seguindo as mesmas legislações e diretrizes do governo federal. Porém, em função das especificidades, da maior incidência e dos agravos à saúde associados ao uso de álcool e drogas, esta temática tem uma

política específica no Ministério da Saúde, que é a Política Nacional de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, que prevê ações de atenção integral, prevenção e promoção da saúde e contraria a cultura de criminalização e julgamento moral do usuário (BRASIL, 2003). No que concerne ao cuidado de usuários de drogas, o problema do Brasil não se refere especificamente a oferta de serviços, mas sim a adequação das propostas de um cuidado integral que vincule o usuário com o serviço e ao PTS (COSTA; COLUGNATI; RONZANI, 2015).

A atenção integral à saúde de usuários de álcool e outras drogas, envolvem diversos fatores, entre eles a formação profissional de acordo com os princípios da humanização e atenção psicossocial; formulação de políticas públicas intersetoriais voltadas para o fenômeno das drogas; participação da sociedade de forma ética e menos moralista e a compreensão e implementação da política de RD de maneira mais humanizada. A política de atenção à saúde integral dos usuários de álcool e outras drogas pressupõe a construção de PTS, elaborados para cada sujeito e que não tenham como meta exclusiva a abstinência mas que considere todas as especificidades e necessidades do sujeito (COSTA; COLUGNATI; RONZANI, 2015; LANCETTI, 2014; MORAES, 2008; PIRES; SCHNEIDER, 2013).

A complexidade do problema do uso de substâncias psicoativas contribuiu para que houvesse, ao longo da história, certa ausência de Políticas Públicas direcionadas para o problema. Em decorrência disto, outras políticas de cuidado foram disseminadas, a maioria pautada em concepções religiosas, psiquiátricas ou médicas que visam à abstinência. A existência dessas instituições filantrópicas indica a necessidade de Políticas Públicas efetivas para atenção e cuidado ao usuário de álcool e outras drogas (BRASIL, 2003). Diante das necessidades, no Brasil as políticas públicas atuais têm no CAPSad um importante dispositivo para o cuidado de usuários que fazem uso abusivo de álcool e /ou outras drogas. As diretrizes do CAPS preveem que haja acolhimento do usuário e construção de um PTS que respeite a singularidade do sujeito, incluindo atividades que contemplem dimensões específicas como meio ambiente e contexto social, tendo como objetivo a reabilitação psicossocial (BRASIL, 2004; PICOLI, 2013).

O CAPSad é entendido como lugar protetivo que muitos usuários continuam frequentando por algum tempo mesmo após a cessação do uso de álcool em função dos vínculos estabelecidos e do sentimento de pertencimento (MARQUES; MÂNGIA, 2013). Porém, nem sempre os usuários sentem-se protagonistas no seu processo terapêutico, conforme identificado no estudo de Moraes (2008), no qual os usuários relataram não entenderem o cuidado como um direito e não se reconhecem como cidadãos. A autora afirma também que na prática cotidiana dos serviços de saúde muitas ações divergem da política humanizada de atenção à saúde de usuários, estando ainda enraizadas em modelos hegemônicos de tratamento (MORAES, 2008). Fica claro a importância de se construir e elaborar ações para o cuidado pautadas no vínculo e no cuidado humanizado.

4 Vínculo como estratégia para o cuidado no CAPSad

O cuidado que visa a reabilitação psicossocial é construído a partir do PTS, respeitando a singularidade do sujeito e tendo em vista suas necessidades possibilitando a atenção integral à saúde do usuário (PINHO; OLIVEIRA; ALMEIDA, 2008). O cuidado de usuários de álcool e outras drogas, conforme prevê a Política do Sistema Único de Saúde (SUS) visa a inserção social, a garantia da saúde e cidadania, por meio de um acolhimento qualificado, vínculos fortalecidos entre profissionais, serviço de saúde e usuário e estratégias para a prevenção, reabilitação e promoção da saúde (BRASIL, 2003). O processo de atenção à saúde deve ter como prioridade a construção e fortalecimento de vínculos para o cuidado (COSTA; COLUGNATI; RONZANI, 2015).

O PTS, a política de RD e as diretrizes dos CAPSad evidenciam a importância da participação familiar e social na prevenção e no cuidado dos usuários. Soccol et al. (2013) elucidam o quanto a família do usuário é afetada, muitas vezes exercendo o papel de cuidadora sem ter o suporte necessário, evidenciando a necessidade que a atenção seja também direcionada para a família, identificada como potente agente promotor de saúde na vida do usuário. Costa, Colugnati e Ronzani (2015) também enfatizam que a atenção deve ser direcionada para o usuário, sua família e comunidade, considerando suas

particularidades e necessidades. Diante da complexidade que envolve o fenômeno das drogas, são necessárias ações conjuntas e ampliadas.

Uma das principais estratégias de cuidado no CAPSad é o PTS, que é alicerçado na corresponsabilização, co-produção e co-gestão do cuidado de indivíduos ou grupos que estejam em situação de vulnerabilidade. A formulação do PTS envolve necessariamente o profissional e/ou equipe de saúde e o usuário e necessita de constante (re)avaliação do trabalho realizado (LANCETTI, 2015). O trabalho de atenção integral à saúde acolhe a demanda e as necessidades dos sujeitos, há corresponsabilização pelo processo do cuidado, e estabelecimento de vínculos entre profissionais e usuários, pautados no respeito à autonomia e as diferenças. Contudo, diferenças sociais, econômicas e culturais entre profissionais da saúde e usuários, somado à desigualdade social do Brasil dificulta o estabelecimento de relações dialógicas (MOURA; SANTOS, 2011; TRAD, 2011).

Um cuidado humanizado requer, necessariamente, valorização dos sujeitos, relações dialógicas e alteridades (TRAD, 2011). Para a construção do cuidado nos moldes da atenção à saúde integral, é preciso refletir sobre as raízes e significados sociais do adoecer e do distanciamento em que os sujeitos são colocados em relação ao seu projeto de vida. Não é possível cuidar de sujeitos sem cuidar de populações, e não há saúde pública efetiva se cada usuário não for cuidado em sua integralidade. A atenção integral à saúde, a partir do vínculo, acolhimento e do cuidado humanizado depende de condições de intersetorialidade e interdisciplinariedade (AYRES, 2011). Lancetti (2014) assinala que a potência do cuidado está no encontro, e é desta força que o profissional precisa lançar mão na sua atuação.

A relação entre o profissional da saúde e o usuário deve ser estabelecida de forma horizontal, a parceria entre os dois possibilita um cuidado efetivo, que depende da participação do usuário e do estabelecimento de vínculos (PIRES; SCHNEIDER, 2013). O cuidado requer a construção de vínculos entre o serviço e o usuário e entre ele e o profissional, com partilha de responsabilidades no cuidado e produção de bem-estar. Compreende a sabedoria prática associada ao saber tecnocientífico como estratégias para ações em saúde de maior efetividade, que produzam melhores condições de vida para os sujeitos e

envolvam atitudes e espaços de encontros verdadeiros. A intervenção técnica se estabelece em um processo relacional, com o estabelecimento de vínculo entre profissional e usuários (AYRES, 2011).

O CAPSad representa para os usuários um espaço de encontro e intercâmbio, para alguns, é o único local que frequentam e podem estabelecer vínculos e relações além da própria casa. O encontro no CAPSad, o vínculo dos usuários com o serviço, com os profissionais e com os demais usuários são os aspectos mais importantes no cuidado dos sujeitos com problemas relacionados ao uso de álcool (MAQUES; MÂNGIA, 2013). Quando o cuidado promove o fortalecimento de vínculos, novas perspectivas de vida surgem para o usuário que passa a sentir-se mais responsável e motivado para produzir e reinserir-se socialmente (PICOLI, 2013). Para isto é necessário o planejamento do PTS e um acolhimento efetivo, pautado na escuta qualificada e no respeito pelo outro (AYRES, 2011).

5 MÉTODO

O presente estudo refere-se ao recorte de uma pesquisa de mestrado realizada junto ao Núcleo de Pesquisas em Clínica da Atenção Psicossocial (PSICLIN) e ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina. Trata-se de uma pesquisa com delineamento descritivo, com corte transversal e de natureza qualitativa. A pesquisa foi realizada em um CAPSad do sul do país e teve como participantes oito usuários do serviço. Como critério de inclusão dos usuários para a participação no estudo foi ter problemas relacionados ao uso do álcool, frequentar o serviço há pelo menos seis meses, aceitar participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A amostra foi intencional e não probabilística. Foram utilizadas fontes de dados primários, ou seja, a coleta ocorreu diretamente com os participantes. Como técnica para a coleta dos dados foi utilizada entrevista semiestruturada com roteiro de entrevista.

Para análise dos dados foi utilizada a análise de conteúdo proposta por Ruiz-Olabuénaga (2012). A realização da pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH-UFSC) sob o número 41745215.0.0000.0121. A pesquisa seguiu os

preceitos do Código de Ética de pesquisa com seres humanos conforme a resolução 466/2012.

6 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para melhor visualização e compreensão dos resultados da pesquisa, o quadro 01 apresenta as categorias, subcategorias e elementos de análise discutidos neste estudo.

Quadro 01 – Categoria e subcategorias

Categoria	Subcategoria	Elementos de análise
1. Trajetória do cuidado e o percurso ao CAPSad	1.1 Histórico de tratamento em outras instituições	<ul style="list-style-type: none"> - Já esteve em outra instituição - Quantas vezes foi internado - Motivações para saída da instituição - Tempo de tratamento em outra instituição
	1.2 Tipos de instituições pelas quais passou	<ul style="list-style-type: none"> - Comunidade terapêutica - Hospital psiquiátrico - Hospital geral - Ligado a religião - CAPSII - Acompanhamento no CREAS
	1.3 Avaliação do tratamento em outras instituições	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliou positivamente - Avaliou negativamente - Teve problemas na outra instituição
	1.4 Condições para a procura ao CAPSad	<ul style="list-style-type: none"> - Um familiar o levou para o CAPSad - Família achou melhor que fizesse tratamento no CAPSad - Pelo uso do álcool - Tentativa de parar de beber sozinho mas não conseguir - Tinha vergonha de ir no CAPSad
	1.5 Encaminhamento	<ul style="list-style-type: none"> - Encaminhado pelo hospital onde esteve - Encaminhado pelo médico - Encaminhado pelo CREAS

Todos os usuários que participaram desta pesquisa já passaram por alguma instituição de tratamento antes da procura pelo CAPSad. Esta categoria de análise discute o histórico do cuidado do usuário anterior ao CAPSad e o percurso até o serviço e está dividida em cinco subcategorias: histórico de

tratamento em outras instituições, tipo de instituição pelas quais passou, avaliação do tratamento em outras instituições, condições para a procura ao CAPSad e encaminhamento.

Na subcategoria histórico de tratamento em outras instituições (1.1), foi abordado aspectos do tratamento anterior ao acompanhamento do usuário no CAPSad e dividiu-se em quatro elementos de análise: *já esteve em outra instituição, quantas vezes foi internado, motivações para saída da instituição e tempo de tratamento em outra instituição.*

Todos os usuários afirmaram que *já estiveram em outra instituição* para tratamento dos problemas relacionados ao uso do álcool. Em relação a *quantas vezes foram internados*, três usuários relataram terem sido internados pelo menos duas vezes. Essas internações teriam ocorrido pela mediação da família:

“Me internaram umas duas ou três vezes (Usuário 06).”

Internações recorrentes também foi identificado em outros estudos (MARQUES; MÂNGIA, 2013; MARQUES; MÂNGIA, 2011; PIRES; SCHNEIDER, 2013). Diante dos históricos de constantes internações é que o CAPSad vai se desvelando como alternativa de cuidado inserido no território do sujeito e possibilitando a permanente participação do usuário e a manutenção do vínculo deste com a comunidade onde está inserido (CETOLIN et al., 2013). Azevedo e Miranda (2010) corroboram demonstrando a satisfação, da maior parte dos familiares dos usuários, por estes estarem sendo cuidados sem se afastarem da família. Seguindo esta lógica de cuidado, o objetivo é oferecer uma atenção integral à saúde que produza novos territórios existenciais (LANCETTI, 2015).

Todos os usuários participantes deste estudo já passaram por alguma instituição de tratamento e seis deles compartilharam quais foram as *motivações para saída da instituição*. Um dos usuários saiu da instituição porque voltou a beber, e cinco afirmaram terem saído porque venceu a prazo de tempo que eles poderiam ficar na instituição. Um dos usuários relata que deixou a instituição porque parou de beber, ao mesmo tempo em que afirma que saiu porque venceu o prazo de permanência na instituição, não ficando claro qual foi, de fato, o motivo da sua saída:

“Eu, saí de lá porque eu estava bom, venceu os 9 meses (Usuário 03).”

O tempo de tratamento em outra instituição variou de três dias a nove meses, havendo também períodos intercalados:

“Tive três períodos de internação de 60 dias cada (Usuário 01).”

Em função da recorrência de internação em outras instituições, muitas vezes os usuários estranham o modo de cuidar do CAPSad. Esse dado também foi identificado por Marques e Mângia (2011) onde os usuários, devido ao seu histórico de internações, acreditavam que a única forma efetiva de tratamento era internação. Com o passar do tempo os usuários foram conhecendo o processo de acompanhamento no CAPSad e passaram a considerá-lo uma forma efetiva de tratamento. Para os familiares que participaram do estudo de Soccol et al. (2013) as internações são importantes quando as estratégias de prevenção adotadas pela família não surtem efeitos, as internações representam então uma possibilidade de proteção para que o usuário não retome o uso da bebida alcoólica. Tais achados evidenciam que a concepção de tratamento como internação é uma racionalidade ainda muito presente apesar de todos os avanços propostos pelas atuais políticas de saúde mental em álcool e outras drogas.

A subcategoria que trata sobre os tipos de instituições pelas quais passou (1.2) revela um predomínio de instituições do tipo: *comunidade terapêutica, hospital psiquiátrico, hospital geral* seguidos por instituições *ligadas a religião, CAPSII* e acompanhamento no *Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS)*. Quatro usuários relataram já terem sido internados em *Comunidade Terapêutica*, e citaram o fato destas serem afastadas da cidade conforme demonstra o relato do Usuário 04:

“Era tipo assim uma clínica mas só que tipo, era um... afastado da cidade e não... é tipo uma chácara assim (Usuário 04).”

A questão do afastamento para o tratamento também foi trazida pelos usuários participantes da pesquisa de Marques e Mângia (2013) que encontraram no CAPSad uma alternativa de tratamento que permitia que eles continuassem em seus territórios, mantendo contato com a família e com outras pessoas de sua rede. Manter o sujeito em seu território e propiciar sua interação na comunidade é um dos eixos norteadores do trabalho no CAPSad (COSTA; COLUGNATI; RONZANI, 2015). Lancetti (2015) chama a atenção para o processo de expansão das comunidades terapêuticas em paralelo a criação dos CAPSad e o quanto estas muitas vezes acabam cobrindo uma falta de outros serviços como um CAPSad que funcione em regime de 24 horas.

Embora os avanços proporcionados pela reforma psiquiátrica proponham um novo lugar para o cuidado de usuários de álcool e outras drogas, que visam romper com o paradigma da internação psiquiátrica, o *Hospital Psiquiátrico* foi o recurso de tratamento para quatro usuários participantes deste estudo. Todos eles citaram ainda o fato do hospital estar situado em município diferente a sua residência.

Já em consonância com as atuais políticas públicas em álcool e outras drogas, quatro usuários afirmaram que, em função de problemas que tiveram pelo uso do álcool, foram internados em *Hospital Geral* e neste caso, o hospital ficava próximo à residência dos usuários:

“Aqui perto, duas internações aqui no hospital do morro (Usuário 06).”

Os familiares participantes do estudo de Orth e Moré (2008) também relataram que quando a situação provocada pelo uso do álcool ficava insustentável, frequentemente a primeira opção da família era buscar uma internação hospitalar. Os participantes do estudo de Pires e Schneider (2013) avaliaram a internação positivamente, principalmente como estratégia para manter-se afastado da bebida alcoólica, neste caso, a internação hospitalar representava a principal porta de entrada dos usuários na rede de saúde. Nos casos que requerem internação, fazê-la em leito de hospital geral é consoante com ações de cuidado em rede e no território e vão ao encontro das propostas da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2011).

Dois usuários citaram que as instituições pelas quais passaram eram *ligadas a religião*, um deles foi enfático ao dizer que o tratamento é pautado basicamente na oração:

“É tipo uma igreja evangélica, daí tem umas casas de oração que tu vai nos culto de manhã, de meio dia, de tarde e de noite (Usuário 04).”

Buscar tratamento em alguma instituição ligada a religião também se consistia em uma opção frequente entre os familiares que participaram do estudo de Orth e Moré (2008). Entre os participantes do estudo de Souza et al. (2011) participar de alguma atividade ligada a religião possibilitava a inserção grupal. Para os participantes do estudo de Cavalcante et al. (2012) a religião também foi indicada como importante no processo de tratamento. Ao contrário do que foi sinalizado por Cavalcante et al. (2012) e Souza et al. (2011), os participantes deste estudo não destacaram as funções de apoio das instituições ligadas a religião pelas quais passaram, contudo é necessário estar atentos para identificar que tipo de função instituições religiosas exercem sobre o processo de cuidado do usuário.

Em dois casos verificou-se a articulação entre os serviços do município, ao menos no que se refere ao encaminhamento. Um usuário relatou frequentar o *CAPSII* antes de ser encaminhado para o *CAPSad* e uma usuária buscou o serviço por intermédio do *CREAS* onde ela e a família são acompanhados.

“Ela é lá do CREAS, ela me encaminhou, e sempre liga né pra saber, pra conversar (Usuário 08).”

O trabalho em rede na atenção à saúde do usuário de álcool e/ou outras drogas é preconizado pelos pressupostos norteadores da política de saúde mental (BRASIL, 2011). Costa, Colugnati e Ronzani (2015) enfatizam que as redes de atenção aos usuários de álcool e/ou outras drogas devem abranger diversos setores visando articulação e um trabalho intersetorial que tenha como objetivo a promoção, prevenção e atenção à saúde dos usuários. Destaca-se a importância de ações cooperativas e interdependentes que propiciem uma

atenção contínua e integral. Neste estudo a articulação da rede foi indicada basicamente pela ocorrência de encaminhamentos, entretanto é necessário que a articulação aconteça na efetivação de um trabalho intersetorial.

A avaliação do tratamento em outras instituições (1.3) gerou três elementos de análise: *avaliou positivamente*, *avaliou negativamente* e *teve problemas na outra instituição*. Três usuários *avaliaram positivamente* o tratamento em outras instituições, entretanto foram concisos ao avaliarem, resumindo a avaliação em poucas palavras e sem aprofundar os aspectos positivos das instituições. Um usuário avaliou como positivo o tratamento em uma determinada instituição e *avaliou negativamente* outra instituição pela qual passou em função da mesma oferecer tratamento para usuários com diferentes transtornos:

“Era uma clínica, mas tratava tudo junto, alcoolismo e dependentes químicos entende, tratava de, ansiedade né, essas coisas (Usuário 01).”

Houve também ocorrência de *problemas na outra instituição*, sendo este fato mencionado por dois usuários que afirmaram terem deixado o local em função dos problemas que tiveram, assim como demonstrado pelo relato a seguir:

“Eu fui na sexta-feira, no sábado comecei a passar mal, quis me dar abstinência, quis não, me deu abstinência. Daí comecei o vomitar no sábado lá, fiquei fraco e tremia que não conseguia nem subir na beliche [...] e quando cheguei lá na casa, já não era mais o mesmo lugar que eu tava, na minha cabeça né, e daí saí fora (Usuário 04).”

Percebe-se uma posição ambígua dos usuários ao falarem de instituições anteriores pelas quais passaram, porque, ao mesmo tempo que afirmavam que a experiência em outra instituição foi boa, não conseguiram descrever essas experiências positivas. Por outro lado, o CAPSad representa para eles um lugar de estar e conviver e sobre o qual eles falaram de forma espontânea. Essa mesma realidade foi identificada por Marques e Mângia (2013), que verificaram que os usuários embora reconhecessem algum benefício do tratamento em

instituições anteriores, o CAPSad representava uma alternativa de cuidado sem que fosse necessário seu isolamento.

Pires e Schneider (2013) identificam em sua pesquisa a queixa frequente dos participantes sobre a recorrência de internações e que estas não promoveram mudanças significativas em suas vidas, ao contrário, acabaram deixando um registro de experiências marcadas pelo fracasso na recuperação. Diante disso, os autores propõem uma reflexão sobre o quanto as instituições levam em consideração em suas intervenções aspectos significativos e presentes na realidade de vida dos sujeitos ao proporem uma determinada metodologia para o tratamento. Costa, Colugnati e Ronzani (2015) enfatizam a importância das políticas públicas em álcool e outras drogas priorizarem a atenção integral à saúde dos usuários, e o CAPSad configura-se como principal dispositivo dentro dessa proposta.

As condições para a procura ao CAPSad (1.4) foi permeada por quatro principais motivações e destacou-se o papel da família neste processo: *um familiar o levou para o CAPSad, família achou melhor que fizesse tratamento no CAPSad, pelo uso do álcool, tentativa de parar de beber sozinho mas não conseguir e tinha vergonha de ir no CAPSad.*

“Um familiar o levou para o CAPSad” foi uma realidade vivenciada por seis usuários, com frequência foram os filhos, irmãos e esposa que os levaram para o serviço. Em um dos relatos fica claro a imposição da família na procura pelo CAPSad:

“Aí depois minha nora e meu filho insistiram tanto, eles vieram aqui falar... até que, eu não quis e não quis e não quis, mas daí me trouxeram a força (Usuário 05).”

Para os usuários deste estudo a procura pelo CAPSad ocorreu principalmente pelo incentivo da família, já os dados da pesquisa de Marques e Mângia (2013) demonstram que o CAPSad foi indicado para os usuários não só pela família mas também por outras pessoas da rede de relações e as redes sociais tiveram função de incentivo do acompanhamento no CAPSad. Souza et al. (2011) salientam que a questão do abuso do álcool envolve segredo e negação, dificultando a busca de ajuda pelo próprio usuário o que evidencia a

necessidade de ajuda e intervenção das pessoas da rede social do usuário para que ele procure tratamento.

A família achou melhor que fizesse tratamento no CAPSad ocorreu em dois casos, em um deles fica claro a busca da família por um cuidado alternativo à internação:

“Porque assim, os filhos acharam melhor, eles iam me internar, aí eles falaram não, o pai já teve internado, e sarou, ficou bom, trabalhou se aposentou, agora voltou de novo (Usuário 03).”

A internação também aparece como primeira alternativa entre os participantes do estudo de Marques e Mângia (2013) e frequentemente a busca pelo cuidado era adiada visando escapar de uma internação. Nasi et al. (2015) e Marques e Mângia (2013) identificaram o CAPSad como alternativa a internações de longo prazo. Os familiares participantes do estudo de Soccol et al. (2013) também demonstraram preferência pelo cuidado no CAPSad ao invés da internação. Outros estudos identificaram que a procura pelo CAPSad se deu, principalmente, por demanda espontânea (FARIA; SCHNEIDER, 2009; MARQUES; MÂNGIA, 2011) o que demonstra que o CAPSad pode representar um espaço de espontaneidade, em que a procura pode ser livre e onde pode-se permanecer perto do convívio familiar.

Uma das condições para a procura pelo CAPSad foi *pelo uso do álcool*, e assim foi para seis dos usuários que relataram buscar o serviço porque estavam fazendo uso abusivo da bebida alcoólica:

“Eu tava bebendo direto, muito mal (Usuário 05).”

Um dos usuários afirmou ter procurado o CAPSad pois tinha *tentado parar de beber sozinho, mas não conseguiu*, fato que também foi identificado entre os participantes da pesquisa de Marques e Mângia (2013). Este mesmo usuário afirmou que *tinha vergonha de ir no CAPSad*, ele sentia-se mal pelo fato de não conseguir manter-se longe da bebida e temia o julgamento dos profissionais do serviço:

“Tentei parar por conta sozinho em casa, mas não deu certo (Usuário 04).”

“Eu não vinha porque sentia vergonha do que eu estou fazendo [...] porque a gente já tinha conhecimento com todos, tinha vergonha de vir aqui (Usuário 04).”

Fica claro o quanto o usuário sentia-se constrangido quando voltava a fazer o uso de bebida alcoólica temendo o julgamento dos profissionais, atribuindo a si sentimento de culpa e julgamento moral, assim como identificado entre os participantes do estudo de Marques e Mângia (2013). Vasconcelos, Machado e Protazio (2014) fazem uma crítica quando a esta realidade e discutem o quanto os serviços ainda estão focados no cuidado relacionado especificamente ao uso do álcool deixando-se perder outras questões e por consequente afastando usuários do serviço.

Em relação ao encaminhamento (1.5) até o CAPSad, os relatos variaram entre: *encaminhado pelo hospital onde estive, encaminhado pelo médico e encaminhado pelo CREAS*. Os encaminhamentos ocorriam e, de modo geral, os usuários chegavam ao serviço sem entendimento do que era o CAPSad e como ocorria o cuidado neste serviço, o que corrobora com os achados de Marques e Mângia (2013) que indicaram que a busca pelo CAPSad foi pouco racionalizada e marcada pelo desconhecimento. Ao todo, cinco usuários do presente estudo afirmaram ter ido ao serviço através de encaminhamento.

Dois usuários disseram ter sido *encaminhados pelo hospital onde estiveram*, em ambos os casos, trata-se do hospital geral do município pelo qual tiveram passagem conforme o exemplo apresentado:

“Eu tava internado no hospital, e por intermédio dali, eu nem sabia que existia o CAPS pra falar a verdade, intermédio dali que eles me mandaram pra cá (Usuário 04).”

Ter sido *encaminhado pelo médico* foi relatado por dois dos usuários, um deles afirmou que o médico entendia que a internação não era a melhor opção. Pode-se perceber isso na seguinte fala:

“Mas quem me atendeu naquele dia da entrevista disse que achava que eu não devia ser internado porque lá era uma clínica muito pesada ali entende para mim, ele disse você precisava de uma coisa mais leve, mais light entende (Usuário 01).”

Pires e Schneider (2013) identificaram em seu estudo a posição de passividade que o usuário com problemas relacionados ao uso de álcool assume ao submeter-se a um tratamento, quando identifica que está em uma situação crítica de saúde, procura e aceita intervenções profissionais e institucionais na expectativa que essa intervenção externa possa lhe proteger e curar, em função disso é bastante aberto aos encaminhamentos indicados por profissionais e instituições. Em relação aos encaminhamentos, Vasconcelos, Machado e Protazio (2014) levantam a questão que frequentemente o CAPSad se constitui como porta de entrada, mas não como porta de saída, ou seja, uma vez os usuários estando no serviço, há dificuldade em articulação com outros pontos da rede dificultando a inserção do usuário em outros serviços.

Um exemplo do CAPSad como instituição que recebe encaminhamentos de outros pontos da rede, foi o relato de uma usuária que afirmou ter sido *encaminhada pelo CREAS*, demonstrando que a assistência social do município se articulou com a saúde buscando um acompanhamento integral desta usuária. O trabalho intersetorial constitui-se estratégia fundamental para o cuidado, porém muitas vezes ele não é concretizado (Moraes, 2008), ou quando se concretiza há um entroncamento no CAPS (VASCONCELOS; MACHADO; PROTAZIO, 2014). Neste estudo, a usuária afirmou que procurou o CAPSad por incentivo de outro serviço:

“Foi as mulheres do CREAS que me encaminharam, elas comentaram né daqui né, se eu queria participar, elas falaram que aqui era legal né, era muito bom vim, daí eu vim aqui né (Usuário 08).”

Os encaminhamentos ocorridos dentro da rede também estiveram presentes no estudo de Moura e Santos (2011) os autores destacaram o quanto esta

prática é importante e converge com o princípio da integralidade e do cuidar de forma ampliada. No presente estudo também esteve presente o trânsito dos usuários em outros serviços principalmente no hospital geral, contudo, o CAPSad representa para todos os usuários um lugar de referência, assim como proposto pela política pública de saúde mental para álcool e outras drogas (BRASIL, 2003).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil possibilitou o movimento de ruptura com o modelo hegemônico de tratamento pautado na institucionalização e isolamento dos sujeitos. As atuais políticas públicas em saúde mental para álcool e outras drogas privilegiam o cuidado e atenção integral à saúde em um processo construído no território, a partir de um trabalho em rede e intersetorial. Dentro desta proposta, o CAPSad representa o modelo substitutivo de cuidado, que prevê um acompanhamento que vá ao encontro das demandas dos usuários e cujo processo seja consolidado pela criação e fortalecimento de vínculos, à luz da humanização do cuidado.

O objetivo deste estudo foi identificar a trajetória do cuidado e o percurso ao CAPSad de usuários do serviço com problemas relacionados ao uso de álcool. Identificou-se que a trajetória dos participantes foi marcada por internações e processos de isolamento como estratégia de tratamento. Contudo, o CAPSad tem se fortalecido enquanto serviço substitutivo para o cuidado e atenção à saúde destes usuários, que permanecem inseridos no território e mantendo relações comunitárias, condições estas promotoras e potencializadoras de saúde.

Antes da entrada ao CAPSad todos os usuários que participaram deste estudo já haviam passado por outra instituição de tratamento e frequentemente tratava-se de instituições que tinham como premissa o isolamento do sujeito. Embora não tenha havido nenhuma crítica contundente em relação à lógica de tratamento nestas instituições, fazer o acompanhamento no CAPSad representou para o usuário uma oportunidade de ser cuidado e ao mesmo tempo manter a convivência familiar e comunitária. Na maioria das vezes, o caminho percorrido até ao CAPSad foi conduzido por algum familiar e com frequência,

houve o encaminhamento por outros serviços. Esse cenário elucidada a tentativa do trabalho em rede, porém aqui, este foi demarcado predominantemente pelas ações de encaminhamento. Para a maioria dos usuários a família teve um papel preponderante na busca pelo cuidado e permanência no serviço.

O CAPSad demonstrou propiciar aos usuários um cuidado que prioriza os vínculos e a vida comunitária dos sujeitos, tal fato mostra-se relevante e deve ser fortalecido. As trajetórias dos usuários culminaram na busca pelo CAPSad e neste serviço sentem-se acolhidos e respeitados. Tal realidade desvela-se possível a partir do estabelecimento de um vínculo forte dos profissionais com o usuário, que o faz sentir-se parte de uma rede de relações que o ajuda a dar sentido para sua vida. Por outro lado, é fundamental que o CAPSad atue como mediador nesse processo e não torne o usuário dependente do serviço, o trabalho deve visar a autonomia e fortalecimento do usuário para que ele consiga (re)estabelecer seus vínculos perdidos e retomar sua vida, mesmo com as limitações que são inerentes a condição humana.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, Dulcian Medeiros de.; MIRANDA, Francisco Arnoldo Nunes de. Práticas profissionais e tratamento ofertado nos CAPSad do município de Natal-RN: com a palavra a família. *Escola Anna Nery Revista de enfermagem*, v.14, n.1, p.56-63, 2010.

AYRES, José Ricardo Carvalho Mesquita. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: DESLANDES, Suely Ferreira. (org.). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p.49-83.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde Mental em Dados – 12, Ano 10, nº 12, outubro de 2015*. Brasília, 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Portaria Nº- 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. *A Política do Ministério da Saúde Para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAVALCANTE, Layana de Paula et al. Rede de apoio social ao dependente químico: ecomapa como instrumental na assistência em saúde. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, v. 13, n.2, p.321-31, 2012.

CETOLIN, Sirlei Favero et al. Políticas Públicas sobre drogas. In: CETOLIN, Sirlei Favero; TRZCINSKI, Clarete (org.). *A onda das pedras: crack e outras drogas*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013. p.75-90.

COSTA, Pedro Henrique Antunes da.; COLUGNATI, Fernando Antônio Basile; RONZANI, Telmo Mota. As redes de atenção aos usuários de álcool e outras drogas: histórico, políticas e pressupostos. In: RONZANI, Telmo Mota et al. (orgs.). *Redes de atenção aos usuários de drogas: políticas e práticas*. São Paulo: Cortez, 2015. p.41-66.

FARIA, Jeovane Gomes de.; SCHNEIDER, Daniela Ribeiro. O perfil dos usuários do CAPSad-Blumenau e as políticas públicas em saúde mental. *Psicologia & Sociedade*, v. 21, n.3, p.324-333, 2009.

INGLEZ-DIAS, Aline et al. Políticas de redução de danos no Brasil: contribuições de um programa norte-americano. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n.1, p.147-157, 2014.

LANCETTI, Antonio. *Clínica peripatética*. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

LANCETTI, Antonio. *Contrafissura e plasticidade psíquica*. São Paulo: Hucitec, 2015.

LIMA, Elizabeth Maria Freire de Araújo; YASUI, Silvio. Territórios e sentidos: espaço, cultura e cuidado na Atenção Psicossocial. *Saúde Debate*, v. 38, n.102, p.593-606, 2014.

MARQUES, Ana Lucia Marinho; MÂNGIA, Elizabete Ferreira. Itinerários terapêuticos de sujeitos com problemáticas decorrentes do uso prejudicial de álcool. *Interface (Botucatu)*, v.17, n.45, p.433-444, 2013.

MARQUES, Ana Lucia Marinho; MÂNGIA, Elizabete Ferreira. Organização e práticas assistenciais: estudo sobre centro de atenção psicossocial para usuários de álcool e outras drogas. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, v.22, n.3, p.229-237, 2011.

MORAES, Maristela. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.13, n.1, p.121-133, 2008.

MOURA, Fernanda Gonçalves de.; SANTOS, Jesenaide Engrácia dos. O cuidado aos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas: uma visão do sujeito coletivo. *SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*, v.7, n.3, p.126-132, 2011.

NASI, Cintia et al. Tecnologias de cuidado em saúde mental para o atendimento ao usuário de crack. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v.36, n.1, p.92-97, 2015.

ORTH, Anaídes Pimentel da Silva; MORÉ, Carmen Leontina Ojeda Ocampo. Funcionamento de famílias com membros dependentes de substâncias psicoativas. *Psicologia Argumento*, v.26, n.55, p.293-303, 2008.

PICOLI, Cinthia Maria Cecato. *Adesão de Usuários de Crack ao Tratamento num Capsi do Interior do Rio Grande do Sul*. Florianópolis, 2013, 135 f. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

PINHO, Paula Hayasi; OLIVEIRA, Márcia Aparecida de.; ALMEIDA, Marília Mastrocolla de. A reabilitação psicossocial na atenção aos transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas: uma estratégia possível? *Revista de Psiquiatria Clínica*, v.35, n.1, p.82-88, 2008.

PIRES, Fábio Becker; SCHNEIDER, Daniela Ribeiro. Projetos de vida e recaídas em pacientes alcoolistas. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v.65, n.1, p.21-37, 2013.

RUIZ-OLABUÉNAGA, José Ignacio. *Metodología de la investigación cualitativa*. 5ª ed. Bilbao, España: Universidad de Deusto.

SCHNEIDER, Daniela Ribeiro. Da saúde mental à atenção psicossocial: trajetórias da prevenção e da promoção de saúde. In: MURTA, Sheila Giardini et al. (orgs.). *Prevenção e promoção em saúde mental: fundamentos, planejamento e estratégias de prevenção*. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2015. p.34-53.

SOCCOL, Keity Laís Siepmann et al. O cuidado familiar ao indivíduo dependente de álcool e outras drogas. *Revista da rede de enfermagem do Nordeste*, v.14, n.3, p.549-557, 2013.

SOUZA, Jacqueline de. et al. Rede social de usuários de álcool, sob tratamento, em um serviço de saúde mental. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. v.19, n.1, p.1-8, 2011.

TRAD, Leny Alves Bomfim. Humanização do encontro com o usuário no contexto da Atenção Básica. In: DESLANDES, Suely Ferreira (org.). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

VASCONCELOS, Michele de Freitas Faria de; MACHADO, Dagoberto de Oliveira; PROTAZIO, Mairla Machado. Considerações sobre o cuidado em álcool e outras drogas: uma clínica da desaprendizagem. *Interface (Botucatu)*, v.19, n.52, p.1-12, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global status report on alcohol and health*. Geneva: WHO Press, 2014.