

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DO CERRADO
PATROCÍNIO
Graduação em Psicologia**

CAPS AD COMO FORMA DE TRATAMENTO

Larissa de Lima Ferreira

**PATROCÍNIO
2017**

LARISSA DE LIMA FERREIRA

CAPS AD COMO FORMA DE TRATAMENTO

Trabalho de conclusão de curso apresentado como exigência parcial para obtenção do grau de Bacharelado em Psicologia, pelo Centro Universitário do Cerrado Patrocínio - UNICERP.

Orientadora: Profa. Esp. Vanessa Costa Santos.

**PATROCÍNIO
2017**

FICHA CATALOGRÁFICA

Ferreira, Larissa de Lima

CAPS AD como forma de tratamento/ Larissa de Lima Ferreira. – Patrocínio:
Centro Universitário do Cerrado, 2017.

Trabalho de conclusão de curso – Centro Universitário do Cerrado Patrocínio –
Curso de Psicologia.

Orientadora: Profa. Esp. Vanessa Costa Santos.

1. CAPS AD. 2. Cuidados. 3. Substâncias Psicoativas.



Centro Universitário do Cerrado Patrocínio
Curso de Graduação em Psicologia

Trabalho de Conclusão de Curso intitulado "*CAPS AD como forma de tratamento*", de autoria da graduanda Larissa de Lima Ferreira, aprovado pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Vanessa C. Santos

Profª. Esp. Vanessa Costa Santos – Orientadora
Instituição: UNICERP

Vanessa Cristina Alvarenga

Profª. Dra. Vanessa Cristina Alvarenga
Instituição: UNICERP

Angela Maria Drummond Lage

Profª. Ma. Angela Maria Drummond Lage
Instituição: UNICERP

Data de Aprovação: 07/12/2017.

Patrocínio, 07 de dezembro de 2017.

***DEDICO** este estudo a "Deus" e aos meus pais pelo esforço a minha educação que hoje tenho como maior tesouro, também aqueles que estão na luta pelo tratamento devido ao uso de álcool e outras drogas.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e a Nossa Senhora, pela oportunidade da realização deste sonho, concedendo-me força, sabedoria, persistência e conforto.

Aos meus pais, Neusa Aparecida de Lima Ferreira e Valmir José Ferreira, pelo imenso esforço para que minha graduação fosse concretizada, pessoas que possuem imensurável amor e admiração.

Ao meu irmão, Wilian Lima Ferreira, pela paciência, interesse e compreensão sobre meus estudos. E aos meus familiares por de alguma forma, estarem presentes durante toda essa caminhada.

Agradeço meu namorado, Marcos Gustavo Matias de Abreu, por acreditar em meu potencial, sempre me incentivando e auxiliando diante meus estudos.

A minha orientadora Profa. Esp. Vanessa Costa Santos, pelo apoio e contribuição na realização deste trabalho de pesquisa. Sendo uma pessoa a qual tenho muito carinho e admiração. Obrigada por esse reencontro ainda mais nessa caminhada tão importante para mim.

Agradeço a Coordenadora do Curso de Psicologia Profa. Dra. Vanessa Cristina Alvarenga, profissional pela qual possuo grande admiração e respeito.

A todos os professores, onde cada um plantou a sua semente e nos contemplaram com seus ensinamentos, uma das maiores riquezas adquiridas no curso.

A todas as supervisoras de estágio, pela contribuição em meu amadurecimento profissional. Também me sinto grata a todas as instituições onde fui acolhida para a realização do mesmo, onde emergiram em mim, experiências jamais esquecidas.

Agradeço a Psicóloga Camila Rosa Alvarenga, pelo incentivo e auxílio. Pessoa pela qual possuo grande admiração, inspiração e carinho.

As minhas amigas, Raquel, Samara, Thainara, Ana, Tamires, Deividiane e Aline pelos momentos de consolo, paciência e auxílio. Pessoas que sempre se fizeram presentes durante essa caminhada.

A todos os meus colegas de sala, onde pude ter a oportunidade de conhecer pessoas extraordinárias. Em especial agradeço aos meus companheiros que se tornaram amigos queridos, Aryane, Eliza, Emerenciana, Josué, Marina e Suzi, aos quais possuo grande admiração e carinho.

Aos locais, Grupo Alcoólicos Anônimos (AA) e a Comunidade Terapêutica, onde com grande abertura me proporcionaram a realização desta pesquisa, e aos participantes pelo compromisso e entusiasmo diante a mesma.

Agradeço a todos que contribuíram direta ou indiretamente, para a realização desse sonho.

RESUMO

O problema do álcool e outras drogas difundidas em todo o mundo são considerados um dos maiores na área da saúde pública, constituindo assim aderência a tratamentos para um teor de reabilitação aos usuários que faz uso abusivo de álcool e outras drogas. Na rede pública disponibiliza-se a esse atendimento específico os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD). Discorrendo, assim, sobre seus enlaces, ressaltando a instalação da atenção psicossocial contrapondo a outras metodologias. Deste modo, o presente estudo apresenta como problemática: quais as dificuldades encontradas pelos pacientes para não acesso ao CAPS AD. Acredita-se que há um sistema deficitário em informações congruentes de acesso aos usuários perante a rede, acarretando a falta de conhecimento da atenção psicossocial direcionada à sociedade que faz uso de álcool e outras drogas, havendo também não requerimento familiar/sujeito diante ao modelo redução de danos, prezando pela cura e depositando sua esperança em um sistema exclusivo, que prega a abstinência, acarretando assim preconceito diante ao tratamento territorial. Diante disso, o objetivo dessa pesquisa visou Identificar quais as causalidades que levaram o usuário de álcool e outras drogas a buscarem tratamento em outras instituições que não seja o CAPS AD. Investigou-se também sobre o conhecimento por parte dos usuários, pela instituição CAPS AD e seus dispositivos, compreendendo a ida dos mesmos a outros meios e instituições como forma de tratamento a SPA. Onde se averigou sobre a percepção dos usuários a respeito da modalidade de tratamento utilizada no Grupo Alcoólicos Anônimos (AA) e Comunidade Terapêutica. Do ponto de vista metodológico trata-se de uma pesquisa de campo, qualitativa e de caráter descritivo, realizada na cidade de Patrocínio/MG no grupo AA e na Comunidade Terapêutica, com cinco participantes do grupo AA e cinco da Comunidade Terapêutica. Para obtenção dos dados foi realizada uma entrevista semiestruturada contendo oito perguntas, em seguida foi realizada a leitura do material, e a transcrição literal dos mesmos, os quais foram submetidos à análise de conteúdo. Através da análise emergiram as seguintes categorias: Perfil Sociodemográfico; A falta de conhecimento do CAPS AD; Percepções dos Usuários diante as formas de Tratamento sobre o uso de Álcool e outras Drogase Fatores Sociais e suas Influências na Escolha de Tratamento. Os resultados indicam que, a maior procura de tratamento advém do público masculino. Onde em sua maioria não obtém conhecimento de cuidados ofertados pela rede pública de saúde a usuários de álcool e outras drogas, não considerando o CAPS AD como uma delas. Os poucos que disseram ter conhecimento sobre o mesmo relatam informações distorcidas sobre o real propósito do CAPS AD. Acarretando assim, preconceito territorial e a política redução de danos. Conclui-se que ainda há muito a melhorar quando se trata de saúde mental e seus dispositivos. Mas não se pode deixar de valorizar o que já foi constituído como avanço, contrapondo a desumanização e a exclusão. Sendo necessário o respeito a outros tipos de tratamentos desde que sejam provedores dos direitos humanos.

Palavras-chave: Substâncias Psicoativas. Cuidados. CAPS AD.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Perfil dos participantes do Grupo Alcoólicos Anônimos (AA).....	30
Quadro 2 – Perfil dos participantes da Comunidade Terapêutica (Fazendinha)	31

LISTA DE SIGLAS

AA	Alcoólicos Anônimos
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
COEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CRP	Conselho Regional de Psicologia
FHEMIG	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
NA	Narcóticos Anônimos
NAPS	Núcleos de Assistência Psicossocial
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SNC	Sistema Nervoso Central
SPA	Substâncias Psicoativas
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICERP	Centro Universitário do Cerrado Patrocínio

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 REVISÃO DE LITERATURA	13
2.1 Substância Psicoativas (SPA)	13
2.2 Políticas Públicas e seus Enlaces	16
2.3 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD)	22
3 OBJETIVOS	25
3.1 Objetivo geral	25
3.2 Objetivos específicos	25
4 METODOLOGIA	26
4.1 Tipo de Pesquisa	26
4.2 Cenário da Pesquisa	26
4.3 Participantes da Pesquisa	27
4.4 Técnicas de Coleta de Dados	28
4.5 Procedimentos para Análise de Dados	29
4.6 Aspectos Éticos	29
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	30
5.1 Perfil Sociodemográfico	30
5.2 A Falta de Conhecimento do CAPS AD	32
5.3 Percepções dos Usuários diante as formas de Tratamento sobre o uso de Álcool e outras Drogas	34
5.4 Fatores Sociais e suas Influências na Escolha de Tratamento	37
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
REFERÊNCIAS	43
APÊNDICES	47
ANEXOS	51

1 INTRODUÇÃO

Esse trabalho vem discutindo sobre o CAPS AD como forma de tratamento. Discorrendo assim sobre seus enlaces, buscando dar visibilidade a uma rede beneficiária em sua demanda tida como avanço a saúde mental pós reforma psiquiátrica, ressaltando a instalação da atenção psicossocial contrapondo a outras metodologias, trazendo as substâncias psicoativas (SPA) como tangentes presentes nesse contexto.

Sendo assim, se faz necessário permear sobre o campo das Substâncias Psicoativas (SPA) em que é considerada toda substância química que atua principalmente no Sistema Nervoso Central (SNC), influenciando os neurotransmissores excitatórios ou inibitórios, havendo alteração de humor, consciência, senso percepção, cognição e a função cerebral (PULCHERIO, BICA, SILVA, 2002).

Se tratando desses enlaces é primordial que se fale de substâncias psicoativas, um teor em pauta a cem anos, problematizando seu consumo abusivo onde inicialmente o foco era voltado ao uso de álcool considerado um dos maiores problemas de saúde pública, o mesmo foi à primeira substância psicoativa a ser estudada, considerada a mais antiga e consumida no mundo. "Por muito tempo os conceitos de psicopatologia e abuso dependência de SPA foram sustentados pela idéia de que o comportamento aditivo era consequente a uma patologia preexistente", ocasionando assim grandes danos e influências a saúde física e psicológica (PULCHERIO, BICA, SILVA, 2002, p. 03).

Destaca Costa (2009) diante ao alcance e rapidez que a drogadição se inseriu ao mundo integrante também ao crime e a violência causando graves punições, se estabelecendo a todas as classes sociais e faixa etária de forma precoce; foram tomadas devidas providências onde surgiram meios de intervenção e também políticas públicas direcionadas a esses preceitos, partindo de uma conduta para cuidados mesmo que de forma paulatinamente.

As formas de tratamento as Substâncias Psicoativas (SPA), se embasam de variadas maneiras sendo elas: pela percepção de mundo, construtos políticos, ideologia e conceito espiritual dos grupos e instituições sendo governamentais ou não, prezando a abstinência total ou redução de danos, da internação ao acolhimento ambulatorial, de grupos de suporte ao tratamento medicamentoso, comunidades terapêuticas etc. Atualmente o usuário de SPA

procura espontaneamente alguma forma de tratamento, ou, é altamente por questões precisas encaminhado ao atendimento (SCHNEIDER, 2010).

De acordo com Brasil (2014), em relação a pacientes cujo principal referente prejudicial se direciona ao uso de álcool e outras drogas, foi criada na rede psicossocial em 2002 os Centros de Atenção Psicossocial em álcool e outras drogas (CAPS AD). Operando de forma territorial sendo um serviço de atendimento diário, trabalhando com uma demanda específica e espontânea propondo uma aquisição terapêutica. O mesmo parte de uma assistência integral visando todos os aspectos do sujeito, assim desenvolvendo recursos para melhor atendimento ao usuário da rede. Propicia atendimentos individuais sendo psicoterápico de orientação e medicamentoso com os devidos profissionais qualificados a essa atenção. Adentram-se também a ação grupal, sendo realizadas oficinas terapêuticas e artesanais, visitas que são realizadas a domicílio; oferecendo a necessidade de desintoxicação ambulatorial e leitos para repouso. Sendo considerado assim o CAPS AD uma das formas mais eficazes em tratamento ao usuário de álcool e outras drogas, em que dispõe da conduta e política redução de danos que por sua vez intervém para minimização dos danos a saúde, sociais e econômicos pautados pelo consumo de álcool e outras drogas sem necessariamente coibí-lo.

Há uma relevância em permear essas discussões, pois a instituição CAPS AD, é considerada um grande progresso diante a saúde mental e seus discursos, sendo instituído pós reforma psiquiátrica como um dos modelos mais competentes em forma de tratamento ao usuário de álcool e outras drogas, também um dos menos visualizados perante a sociedade em si (BRASIL, 2014).

Sendo assim, o presente estudo apresenta como problemática: quais indagações encontradas pelos pacientes para não acesso ao CAPS AD? Acredita-se que há um sistema deficitário em informações congruentes de acesso aos usuários perante a rede, acarretando a falta de conhecimento da atenção psicossocial direcionada à sociedade que faz uso de álcool e outras drogas, havendo também não requerimento familiar/sujeito diante ao modelo redução de danos, prezando pela cura e depositando sua esperança em um sistema exclusivo que prega a abstinência, acarretando assim preconceito diante ao tratamento territorial.

O interesse pelo tema surgiu devido ao estágio profissionalizante realizado na instituição CAPS AD, onde foi observada uma dificuldade em acesso pelos usuários à instituição, por não ser muito divulgada, muitas pessoas não sabem de sua existência e modelo.

Os estudos têm demonstrado que os tratamentos ofertados às pessoas com problemas decorrentes do consumo de álcool e outras drogas obtém sucesso com a adesão voluntária, e há uma enorme parcela de usuários que não querem ou não precisam ser tratados. Políticas de drogas que enfatizem a prevenção e a educação devem ter esse fato em vista para não construir generalizações indevidas, nem estigmatizações perniciosas (CARNEIRO, 2014, p. 31).

Moraes (2008) discorre sobre a falha no momento de informação e comunicação aos usuários, que acaba inviabilizando o acesso ao serviço. A falta de conhecimento pelos serviços e seus procedimentos se constitui um problema de adesão aos mesmos.

Diante os pressupostos da gravidade sobre o uso de álcool e drogas e a ação de se falar sobre os mesmos e seus envolventes, foi realizado um estudo pela Universidade de Harvard onde revela, que entre as doenças mais incapacitantes, esta o alcoolismo, e em seguida o uso de outras drogas. Chamando assim, atenção de políticas públicas e o olhar para pessoas que estão para além de seus estigmas (BRASIL, 2003).

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Substâncias Psicoativas (SPA)

Substâncias Psicoativas ou Psicotrópicos derivam da junção de duas palavras: *psico*, palavra grega relacionada a psiquismo, e *trópico*, proveniente de *tropismo* que significa "atração por". Configura-se como substância atuante sobre o psiquismo, ocasionando alterações no SNC. Dividem-se em: depressoras ou psicolépticos como o álcool; hipnóticos como soníferos; benzodiazepínicos como diazepam e lorazepam; barbitúricos e ansiolíticos; narcóticos como morfina, heroína, codeína, inalantes ou solventes (colas e tintas removedoras); anorexígenos que diminuem a fome; anfetaminas como a dietilpropiona, fenproporex, cocaína; perturbadores do SNC de origem vegetal como a mescalina extraída do cacto Mexicano, cannabis (maconha), psilocibina retirada de cogumelos e o Lírio; de origem sintética como o LSD, êxtase; e os anticolinérgicos ou psicoticomiméticos (CEBRID, 2014).

Sobre o ponto de vista legal, as SPA são denominadas como lícitas e ilícitas, caracterizadas como lícitas aquelas passíveis de comercialização de forma legal, estando ou não sobre restrição como, por exemplo, o álcool, obtendo sua venda somente a maiores de 18 anos, e os medicamentos contraídos somente sobre prescrição médica. Já as consideradas ilícitas são substâncias proibidas por lei (NICASTRI, 2013).

Houve o surgimento de SPA ainda no período pré-história, em que seus componentes de distintas formas culturais utilizavam as plantas e substâncias de origem animal com o propósito terapêutico e espiritual, sendo usado em rituais de cura, artesanal e como divertimento. Ainda sobre essas substâncias que ao serem usadas causavam alterações como de consciência, comportamento e metabólicas eram usadas na antiguidade como uma extração de cura e estímulo em que se tornou por um período sinônimo de bem estar. As drogas possuindo uma inter-relação cultural passam a ser consideradas dádivas divinas até ao mal da humanidade, pois no século X as drogas com finalidades terapêuticas foram associadas a atos de bruxaria obtendo caráter pecaminoso. Havendo ampliação no repertório de substâncias psicoativas, no século XIV as origens foram retomadas em questão ao consumo devido à colonização da América e Ásia (MACRAE, 2014).

Segundo Macrae (2014) o álcool é considerado a substância psicoativa mais antiga, tendo sua existência em meados de 2200 a.C. utilizado nas composições de medicamentos egípcios, sendo citado também no antigo testamento como o vinho. Considerados estimulantes assim referentes à coca, o guaraná, mate, café, chá e a noz - de cola. Sendo a bebida um símbolo nacional, em que no Brasil seu brasão é constituído por ramos floridos do tabaco e frutificados do café. Discorre Moraes (2008) que estudos revelam sobre o álcool aderindo à responsabilidade de 90% em internações psiquiátricas.

No Brasil os povos indígenas em seus rituais usufruíam de plantas medicinais sendo psicoativos como o tabaco e a folha de coca. Com essa vertente histórica o Brasil sendo um país do cultivo dessas plantas e assim obtendo renda, investiu cada vez mais nesse ramo através da mão de obra escrava. Sendo consideráveis os cultivos de cana-de-açúcar, café e o tabaco. Produtos estes como também a aguardente tida como moeda de troca. Nessa época as drogas eram predominantes entre os escravos devido as suas condições e tradições espirituais, assim foram perseguidos por seus senhores ocorrendo o estigma que essas substâncias eram exclusivas de afrodescendentes e pessoas de baixa renda (CARNEIRO, 2014).

Existem cerimônias afro-brasileiras no Nordeste em que consomem uma bebida extraída da raiz de uma árvore chamada Jurema retirada da planta *Mimosa hostilis*, que ocasiona efeitos visionários; outra bebida considerada sagrada é a ayahuasca, criada pelo cozimento do mariri e a chacrona que são plantas amazônicas obtendo uma grande ação psicoativa. Em um país como a Jamaica que também possui seus contrastes culturais, é estabelecido por uma religião chamada rastafári o uso da maconha ou *cannabis*, chamada também ganja para meditação. Usado por reis, nobres, plebeus, soldados e artistas durante dois séculos o ópio no século XIX, foi considerado principal mercadoria e fonte de renda dos europeus para os chineses. Já na concepção islâmica, mesmo com a proibição tida pelo corão livro sagrado dos mesmos, pelas bebidas alcoólicas e outras drogas como o ópio, *cannabis* e o café, utilizavam para fins medicinais e festivos. Mas isso não perpetuou, pois houve a decadência islâmica e grupos intolerantes surgiram juntamente com as punições a usuários de álcool e *cannabis*. Em países como a Grécia, Roma e Índia eram utilizadas essas substâncias por feiticeiros para fins místicos. Ou seja, o uso de substâncias psicoativas possui vertentes históricas e culturais, trazidas da idade média até a atualidade (YASUI, ROSA, 2008).

As drogas assim foram para o mercado como substâncias puras a partir do século XIX, sendo extraídos seus princípios ativos referentes à morfina, cocaína e cafeína. De forma ampla, a sociedade não condenava o uso de SPA, mas sim seu excesso e consequência, entre a mesma poucos praticavam a total abstinência (FODRA, ROSA, 2009).

Relata Macrae (2014, p. 35) "que nos Estados Unidos o uso e o abuso dessas drogas, com suas implicações para a saúde, economia e política, começaram a ser concebidos como questão de importância racial e social" Surgiram assim campanhas antidrogas. Segundo Carneiro (2014) um movimento importante que se deu devido à condição social que essas substâncias se colocavam seria o proibicionismo, uma medida tomada para proibição e repressão direcionada ao uso de devidas substâncias, que no século XX consolidou-se como política mundial. Com esse movimento leis começaram a surgir, como em 1914 sobre o controle do ópio e da cocaína, e em 1919 a lei seca proibindo o uso de bebidas alcoólicas, com isso o comércio ilícito se estabeleceu causando um caos a saúde e a economia, aderindo a criminalidade ações violentas e clandestinas, assim houve revogação sobre o uso das bebidas alcoólicas e o tabaco que passaram a ser regulamentados pelo Estado, mas as outras drogas permaneceram proibidas e a *cannabis* aderiu a esse patamar de proibição somente em 1930 e no Brasil em 1932.

A *cannabis* por seus contribuintes terapêuticos foi aprovada para uso medicinal em 18 estados norte-americanos, sendo legalizada em Colorado e Washington. Devido a esses preceitos surgiu o questionamento sobre o Uruguai que passou a defender a legalização e comercialização da maconha no país. No México houve rumores semelhantes ao processo de aceitação da maconha, alegando até mesmo a exportação da mesma. Na Califórnia a maconha terapêutica como é referida é um dos maiores produtos de investimento, possuindo a tendência de se tornar um produto sem restrições no mercado (CARNEIRO, 2014).

A partir da proibição nasce o termo drogas, sendo como substâncias psicoativas que ocasionam alterações de sensações, consciência e estado emocional; se faz refletir sobre a terminologia do conceito de drogas, classificadas como produtos perigosos e ilegais. Havendo assim uma ressalva do ponto de vista da saúde, em que algumas substâncias legalizadas, podem acarretar riscos à saúde devido ao seu uso. Presumindo, então que uma mesma substância psicoativa usada adequadamente pode vir a ser considerada um medicamento, ou dependendo do uso e sua quantidade, algo tóxico (SILVEIRA, DOERING, 2014).

Se tratando dos dados epidemiológicos no Brasil, ainda como escassos e insuficientes ao consumo de drogas. Novos estudos têm sido desenvolvidos à medida que os governantes e os formuladores de políticas públicas passam a entender a importância de se discutir tais informações. "O primeiro levantamento epidemiológico realizado no país sobre o consumo de drogas foi no final da década de 1980. Nesse período emergiu a política norte-americana de 'guerra às drogas' ", se iniciando uma condição alarmista devido ao que era

mostrado através da mídia acerca do tráfico e do consumo de drogas em todo o Brasil, sobretudo entre estudantes, informações hipotéticas sem estudos científicos. (BASTOS, REIS, 2013, p.110, grifo do autor).

Então, o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) distribuiu o primeiro levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes, o qual envolveu dez capitais brasileiras e foi realizado constantemente, estabelecendo comparações de padrões de consumo de drogas desses jovens brasileiros ao longo do tempo. Cabe ressaltar que os resultados obtidos nos primeiros levantamentos epidemiológicos no Brasil não diziam a respeito ao país em sua totalidade, sendo realizado com estudantes do Ensino Fundamental e Médio, portanto, jovens pertencentes a uma determinada faixa etária e que frequentavam regularmente a escola. "Apenas em 2001, foi realizado o primeiro levantamento epidemiológico de base domiciliar com abrangência nacional, envolvendo a população geral brasileira" constatando assim que o álcool e o tabaco são as drogas mais utilizadas no Brasil, havendo também um uso exacerbado de outras drogas tidas como ilícitas se referindo a mais utilizada a *cannabis*, acarretando uma grande preocupação e a possibilidade de políticas públicas (BASTOS, REIS, 2013, p.110-111).

2.2 Políticas Públicas e seus Enlaces para a Saúde Mental

Há muitos anos o uso de SPA não era visto como uma questão de saúde pública, mas sim como desvio de caráter direcionando ao sujeito a culpabilidade e a responsabilidade por este ato. Devido a essas resoluções eram restringidas as condições de acesso por parte dos usuários a meios de tratamentos (BRASIL, 2003).

Segundo Ronzani, Noto e Silveira (2014, p. 08), "uma das razões que interferem diretamente ao cuidado de dependentes de álcool e outras drogas é o estigma, que faz com que os usuários sejam vistos como perigosos, violentos e únicos responsáveis pela sua condição".

Segundo Rodrigo e Almeida (2002) com o objetivo semelhante de cuidados prestados àqueles usuários de álcool e outras drogas, foram criados os grupos inicialmente chamados de autoajuda, ganhando o nome de: Alcoólicos Anônimos (AA) sendo uma irmandade de homens e mulheres sem teor financeiro, fundado nos Estados Unidos em 1935 por Bill Wilson. Foram às primeiras formas de tratamento a surgirem no Brasil, isso em 1940, em seguida os Narcóticos Anônimos (NA) que se tangem ao teor álcool e drogas. Esses grupos reúnem pessoas que apresentam problemas em comum e se encontram para apoio

mútuo e compartilhamento de experiências com a finalidade de modificar o comportamento que lhes traz problemas. Possuem como proposta de seguimento doze passos que são:

Primeiro passo – “Admitimos que éramos impotentes perante o álcool – que tínhamos perdido o domínio sobre nossas vidas” [...]; Segundo passo – “Viemos a acreditar que um Poder superior a nós mesmos poderia devolver-nos à sanidade” [...]; Terceiro passo – Decidimos entregar nossa vontade e nossa vida aos cuidados de Deus, na forma em que O concebíamos” [...]; Quarto passo – “ Fizemos minucioso e destemido inventário moral de nós mesmos” [...]; Quinto passo – “Admitimos perante Deus, perante nós mesmos e perante outro ser humano, a natureza exata de nossas falhas” [...]; Sexto passo – “Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter” [...]; Sétimo passo – “Humildemente rogamos a Ele que nos livrasse de nossas imperfeições” [...]; Oitavo passo – “ Fizemos uma relação de todas as pessoas que tínhamos prejudicado e nos dispusemos a reparar os danos a elas causados” [...]; Nono passo – “ Fizemos reparações diretas dos danos causados a tais pessoas, sempre que possível, salvo quando fazê-lo significasse prejudicá-las ou a outrem” [...]; Décimo passo – “Continuamos fazendo o inventário pessoal e, quando estávamos errados, nós o admitimos prontamente” [...]; Décimo primeiro passo – “Procuramos, através da prece e da meditação, melhorar nosso contato consciente com Deus, na forma em que O concebíamos, rogando apenas o conhecimento de Sua vontade em relação a nós, e forças para realizar essa vontade” [...]; Décimo-segundo passo – “Tendo experimentado um despertar espiritual, graças a estes passos, procuramos transmitir esta mensagem aos alcoólicos e praticar estes princípios em todas as nossas atividades” [...] (RODRIGUES, ALMEIDA, 2002 apud AA, 1953/1991, p. 5-8).

Propõem práticas pragmáticas de reciprocidade entre seus participantes, voltando-se na maioria das vezes para a espiritualidade. Dispondo de reuniões regulares ou diárias, estando distribuídos em cerca de seis mil grupos por todo Brasil (SANCHEZ, NAPPO, 2007).

Em 1960 a responsabilidade aos usuários de SPA era aderida a polícia sem aparatos clínicos, e ao mesmo tempo surgiram às comunidades terapêuticas no Brasil, o acontecimento de criação e extensão deste recurso tem sido remetido à própria lacuna assistencial no âmbito público de saúde devido ao uso de álcool e outras drogas. Percebidas como entidades não governamentais de atendimento ao dependente químico, obtendo conduta de tratamento através da convivência entre seus residentes visando à espiritualidade e abstinência. Se localizando na maioria das vezes em lugares distantes do convívio social. As mesmas surgiram há 40 anos, onde não existia nenhum tipo de política pública, aonde até a atualidade permanecem (PIOVERSAN, TEMPORINI, 1995).

Em cuidados excludentes como vistos as comunidades terapêuticas e até anônimos como os grupos de autoajuda, os usuários foram considerados como doentes mentais, sendo além de meios como estes em forma de tratamento, asilados em chamados manicômios,

servindo como prisões para tirar esse cidadão da sociedade, tudo isso em 1970 onde não existiam supostas políticas públicas voltadas aos cuidados e tratamentos, pois o objetivo não era esse, mas sim somente retirá-lo da sociedade e depositá-lo em um lugar distante. Assim, era obtido o controle de drogas, sendo considerado, dessa forma, como doente e/ou criminoso. Conseqüentemente a esses aparatos tinha a proposta de salvar, recuperar, tratar, curar e punir. Em uma sociedade moralista observa-se que mesmo sendo meios excludentes alguns usuários e familiares fazem essa opção, justamente por ser algo anônimo ou afastado do âmbito social (LIMA et al., 2013).

Segundo Arbex (2013) em 1973 exatamente nos dias 21 e 25 de maio Michel Foucault um grande filósofo, teórico social, historiador das idéias, filólogo e crítico literário tendo como seu primeiro livro a História da Loucura, veio ao Brasil visitando a cidade do Rio de Janeiro, em seguida se deslocou a capital mineira Belo Horizonte para uma conferência aos hospitais psiquiátricos mineiros, pasmado com a realidade da loucura no Estado, sentou-se com os estudantes para ouvir sobre as formas de tratamentos destinadas aos considerados loucos. Foucault influenciou muito ao pensamento crítico diante esse modelo, gerando em Ronaldo Simões Coelho psiquiatra, um dos grandes questionadores sobre o modelo de psiquiatria da época, em que o mesmo suscitava um atendimento mais humanizado sendo a favor da desinstitucionalização e a tratamentos extramuros. Assim, Simões se tornou chefe da saúde mental no Estado. Se inspirando no pensamento crítico de Foucault, apresentou um projeto visando à extinção do maior hospital psiquiátrico, Colônia, o manicômio em Barbacena, e na transformação em um campos universitário. Assim, na década de 1970 o chefe do serviço psiquiátrico da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) realizou o gesto mais ousado ao denunciar no III Congresso Mineiro de Psiquiatria o que acontecia no manicômio Colônia dizendo:

Lá existe um psiquiatra para 400 doentes, os alimentos são jogados em cochos, e os doidos avançam para comer. O que acontece no colônia é a desumanidade e a crueldade planejada. No hospício tira-se o caráter humano de uma pessoa e ela deixa de ser gente. É permitido andar nu e comer bosta, mas é proibido o protesto qualquer que seja a sua forma. Seria de desejar que o hospital Colônia morresse de velhice. Nascido em 16 de agosto de 1900, morreria sem glórias (ARBEX, 2013 apud SIMÕES, s/a p. 180).

Ainda segundo Arbex (2013, p. 187) as declarações causaram revoltas no meio médico. Simões foi perseguido e perdeu seu prestígio, mas foi o primeiro ato até o momento de quebra de silêncio, causando assim a queda moral dos hospitais psiquiátricos. Minas foi

cenário da maior tragédia da loucura no Brasil, mas foi o primeiro Estado a levantar manifestações em favor da reforma psiquiátrica. Assim, em 1979 começou a luta pela reforma da saúde mental. Franco Basaglia psiquiatra Italiano, pioneiro da luta antimanicomial, neste mesmo ano veio ao Brasil, sendo assim o foco mundial se voltou para a loucura e sua forma de tratamento, o mesmo veio com o intuito de visitar os manicômios brasileiros, após a visita congregou a imprensa e relatou, "Estive hoje num campo de concentração nazista. Em lugar nenhum do mundo presenciei uma tragédia como está". Após essa declaração a Associação Mineira de Saúde Mental ganhou força.

Somente em 1980 suscitou princípios e meios menos compulsórios sendo hospitalocêntrico ou filantrópicos, relativos a cuidados referentes aos usuários de SPA e a saúde mental como um todo, sendo aprovado um projeto de reestruturação da assistência psiquiatra (LIMA et al., 2013).

Foi em 1986 que Paulo Delgado deputado federal através da sugestão do irmão psiquiatra Pedro Gabriel Delgado pelo interesse diante a reforma psiquiatra, se engajou aos cuidados dos doentes mentais separando aqueles portadores de transtorno mental dos usuários de álcool e outras drogas. Foi apresentado no Congresso Nacional o projeto de Lei n 3.657 propondo a regulamentação dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. Foi encontrada muita resistência por parte de médicos, parlamentares e principalmente familiares dos doentes. Somente em 1990 esse projeto foi aprovado, constituindo assim o marco de ser a primeira lei de desinstitucionalização. Assim, Paulo participou de conferências a favor da reestruturação da saúde mental na América Latina pela Organização Mundial da Saúde com o intuito de salientar discussões sobre novos modelos de tratamentos, tendo a idéia de um modelo humanizado, ambulatorial e aberto. Esse modelo dividiu opiniões, mas foi discutido sobre seus resultados benéficos, pois haveria redução de leitos psiquiátricos, tendo o teor de humanização. Deste modo, foram criados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (YASUI, ROSA, 2008).

Os CAPS são considerados a principal estratégia quando se trata sobre medidas causadas pela reforma psiquiátrica com condutas de integração social/familiar, cuidados multiprofissionais, auxílio na prevalência de autonomia "sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu 'território', o espaço da cidade onde se desenvolve a vida quotidiana de usuários e familiares". O CAPS é um programa que desde a sua instalação se mostra efetivo às suas designações, sendo um modelo

substitutivo ao hospitalocêntrico com a proposta de acesso aqueles portadores de transtornos mentais graves (BRASIL, 2004, p.09, grifo do autor).

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil foi inaugurado em março de 1986, na cidade de São Paulo: Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido como CAPS da Rua Itapeva. A criação desse CAPS e de tantos outros, com outros nomes e lugares, fez parte de um intenso movimento social, inicialmente de trabalhadores de saúde mental, que buscavam a melhoria da assistência no Brasil e denunciavam a situação precária dos hospitais psiquiátricos, que ainda eram o único recurso destinado aos usuários portadores de transtornos mentais. Nesse contexto, os serviços de saúde mental surgem em vários municípios do país e vão se consolidando como dispositivos eficazes na diminuição de internações e na mudança do modelo assistencial. Os Núcleos de Assistência Psicossocial NAPS/CAPS foram criados oficialmente a partir da Portaria GM 224/92 e eram definidos como “unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adstrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional” (BRASIL, 2004, p. 12).

Relata Moraes (2008) que veridicamente se iniciou vários estudos a partir de 1987 sendo direcionados ao uso de SPA. Realizados pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID). Segundo Machado e Miranda (2007) em 1996 foi criado o programa de ação nacional antidrogas, pelas consequências de SPA começou-se pensar sobre o tratamento e prevenção, mas a repressão ao uso perpetuou. Constituindo normas e regras ao funcionamento de instituições de tratamento que suscitaram mudanças ao modelo de saúde mental para serviços específicos a usuários de SPA e aliaram-se ao apoio financeiro e técnico as entidades não governamentais. Somente no século XX as políticas públicas começaram a serem criadas voltadas aos cuidados para usuários.

Discorre Costa (2009, p. 07) sobre a aprovação da lei federal nº 10.409 em 11 de janeiro de 2002 o Estado assume literalmente a ação de políticas públicas em que o mesmo "dispôs sobre prevenção, tratamento, fiscalização, controle e a repressão à produção ao uso e ao tráfico ilícito de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causam dependência física ou psíquica".

Foi constatado assim que o álcool e outras drogas eram e são problemas graves de saúde pública. Com essas concepções formadas e entendidas apesar de seus atrasos e devaneios, o poder público começou a se movimentar para com programas benéficos a população usuária. Ampliando as formas de intervenção que sejam eficazes a sua proposta, ressaltando que a abstinência não seria o único meio direcionado aos usuários como sucedia.

Percebido que as drogas possuem ações de heterogeneidade, sendo mais amplo o seu uso e causalidades, não era viável prestar só a abstinência aderida aos usuários como escolha, onde os mesmos em sua maioria não desejavam essa prática de abordagem, assim muitos abandonaram os serviços ou tinham uma aversão ao ponto de nem acesso. Com essas divergências foi visto que não havia muita adesão ao tratamento sendo de forma preventiva e de promoção. Pois eram modelos não sociáveis diante a inserção social e familiar, que priorizam somente a abstinência e até mesmo a cura (BRASIL, 2003).

Com a aparição de novas substâncias e seus usos as políticas voltadas aos usuários tiveram que mudar e se adaptar. Procuraram a conhecer esse contexto de perto, traçando estratégias mais humanas de contato a esse sujeito, criando vínculos, trazendo a família como também agente importante nesse processo e pensando em programas de prevenção, tratamento, educação onde envolve psicoeducação, com fins adaptativos as necessidades acarretadas pelos usuários e as SPA. Sendo importante ressaltar, para que haja coerência e eficácia para meios políticos em saúde, também é necessário visar outras estratégias que sejam complementares e que talvez para aquele usuário seja considerada a melhor (BRASIL, 2003).

Dentre os objetivos da inserção destes centros está à ação de adequar-se melhor aos feitos preventivos como forma de reduzir os danos sociais e a saúde, sendo ocasionados pelo uso abusivo e prejudicial de álcool e outras drogas. Assim, houve a implantação desses Centros de Atenção Psicossocial específicos sendo, os CAPS tipo I, II, III, álcool e drogas (CAPS AD) e infanto-juvenil (CAPSi). Sua instalação é decorrente ao número de habitantes que há no município até 20.000 habitantes se dispõe da rede básica com assistência a saúde mental. Municípios entre 20.000 e 70.000 habitantes, CAPS I; Municípios entre 70.000 e 200.000 habitantes, CAPS II, CAPS AD; Municípios com mais de 200.000 habitantes CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPSi (CAMPOS, FURTADO, 2006).

Assim, foi disponibilizada uma verba aos municípios que aderissem a esses serviços em 2002, se tratando os mesmos de uma proposta integral, acolhendo a demanda advinda dos usuários de álcool e outras drogas e de seus familiares e responsáveis, possuindo a ação de acolhimento e estímulo a integração social/ familiar, realizando também práticas comunitárias e sociais através das ações intersetoriais, envolvendo educação, cidadania, trabalho, esporte, cultura e lazer. Sendo um serviço que cumpre ação ambulatorial em três categorias: intensivo, sendo o atendimento diário que demanda de mais cuidados e assistência total, semi-intensivo, acompanhamento frequente, e não intensivo acompanhamento normal sem restrições (CFP, 2013).

Além da regulamentação dos CAPS-AD, o Ministério da Saúde também instituiu, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e Outras Drogas, a partir da Portaria GM/816 de 30 de abril de 2002, com ênfase na reabilitação e reinserção social dos usuários de álcool e outras drogas e na criação “de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais”, integrada ao meio cultural e adequada aos princípios da Reforma Psiquiátrica (MORAES, 2008, p. 125, grifo do autor).

Nessa perspectiva, foi criada a estratégia adotada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para operacionalizar as mudanças no modelo de atenção para pessoas em sofrimento psíquico ou transtorno mental, e incluem-se, aquelas em sofrimento por uso de drogas. Foi uma estratégia construída a partir de múltiplas referências mundiais e amplamente debatidas nas conferências de saúde mental. Instituída em 23 de dezembro de 2011 pela Portaria n° 3.088, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que tem o propósito de materializar os ideais de inserção e reabilitação social da pessoa com transtorno mental, de maneira integrada à família, à comunidade e trabalho, com ativa participação da sociedade. Em oposição ao modelo manicomial de instituição total, a RAPS visa oferecer à população serviços para as diferentes necessidades em saúde mental (BRASIL, 2014).

2.3 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD)

Os CAPS AD por sua vez, configuram-se como estratégias de saúde mental capazes de impulsionar esse cuidar centrado na reabilitação psicossocial do usuário de álcool e outras drogas e de sua família, congregando esforços também nos espaços comunitários que os envolve mesmo sendo de forma ainda amena, por meio de um processo de trabalho e cuidado em saúde caracterizado pelo acolhimento, atenção integral, humanização, vínculo e corresponsabilização (AZEVEDO, MIRANDA, 2010).

Segundo Niel e Silveira (2008) o CAPS AD é como um agente psicossocial diferente de todos os outros tipos de tratamento e suas políticas visa o sujeito de forma integrada partindo do princípio e da política redução de danos, sendo uma estratégia inteligente para minimizar as consequências advindas do uso abusivo de álcool e drogas, possuindo uma visão realista sobre a dependência sem imposições sociais. Se fazendo importante o vínculo, sendo também uma atitude que respeita o sujeito e oferece meios acessíveis de melhorar sua qualidade de vida, ou seja, redução de danos engloba um conjunto de estratégias dirigidas a

pessoas que não conseguem ou não desejam parar de consumir álcool e drogas, estas estratégias têm por objetivo reduzir as implicações negativas que o uso pode ocasionar.

Os primeiros a concretizarem a política redução de danos foram especialistas, autoridades locais e representantes de usuários de drogas em cidades européias. Deu-se início nos anos setenta em Amsterdã e Roterdã, na Holanda, e em algumas cidades britânicas, como Liverpool. Outras cidades européias como Zurique, na Suíça, Frankfurt, na Alemanha e Barcelona na Espanha, começaram mais tarde. Todas estas cidades enfrentavam problemas sérios com fármaco-dependentes, começou uma grande revolta populacional diante ao uso de SPA, e também a ineficácia da força policial. A redução de danos com seu foco no pragmatismo pareceu ser a estratégia mais lógica ser seguida. Em Amsterdã, o aumento de dependentes de heroína somado à transmissão das hepatites e, posteriormente, ao aparecimento da AIDS, na década de oitenta, trouxe uma preocupação a mais para a população com relação aos usuários de drogas injetáveis, e a situação exigiu uma atitude. A opção de intervenção das autoridades sanitárias incluiu: programas de redutores de danos nas ruas fornecendo intervenções em situações de crises, dando informação e suporte bem como encaminhando os dependentes às instituições de atendimento, terapias de substituição de heroína por metadona e trocas de seringas. Assim, foram reduzidas significativamente as mortes por overdose. Com grande sucesso em medidas tomadas aos usuários devido à redução de danos, se aderiu também ao Brasil, pois no município de Santos, em 1983, um dos quatro casos de AIDS registrados tinha como provável origem o uso de drogas injetáveis (NIEL, SILVEIRA, 2008).

Assim, redução de danos vem com a proposta de descentralizar o foco do uso e seus precedentes, ressaltando o direito a saúde e mesmo em uso, propiciando ao usuário provenientes psicossociais, respeitando àqueles que não conseguem ou não possuem o desejo de interromper o uso (MACHADO, BOARINI, 2013).

Se fazendo importante dizer que a política redução de danos por não se compaginar assiduamente com a questão social e moral da sociedade que frisa uma sociedade "limpa" prezando pela extinção das drogas e principalmente seus usuários, taxada assim até mesmo como desistência do Estado perante aos cuidados com os usuários de SPA. Havendo explicitamente uma inicial dificuldade de aceitação a essa política e suas propostas (COSTA, 2001). Da mesma forma, é essencial a quebra de paradigma de que estabelecer cuidado no ponto de vista de redução de danos é estimular o uso de drogas (BRASIL, 2014).

Para maior efetividade desse processo é utilizada pelo CAPS AD a aquisição de um Projeto Terapêutico Singular (PTS), sendo a participação do usuário ativa se refletindo em sua

autonomia. O PTS considera a historicidade e a subjetividade do sujeito que se encontra inserido em um contexto. A elaboração do mesmo se constitui pela atuação singular do profissional referência do usuário, família, e com toda a equipe por meio de discussões e estudo de caso se fazendo necessário para o propósito que é reduzir os danos (CARVALHO et al., 2012).

Juntamente a esses programas surgiu o olhar psicossocial e de singularidade, devolvendo ao sujeito seus direitos e autonomia como cidadão. A política redução de danos trouxe um novo aparato ao uso de álcool e drogas, onde a abstinência deixou de ser o único objetivo, acolhendo o usuário independentemente de seu uso e propósito. Sendo a redução de danos considerada um caminho otimista, trabalhando para melhor qualidade de vida do sujeito mesmo em sua condição usuário de SPA, nesse sentido tratar toma outras vertentes sendo elas de liberdade, corresponsabilidade seja do sujeito e profissional, tendo como foco estratégias para minimizar os danos sociais e principalmente a saúde direcionada ao sujeito devido ao consumo de álcool e outras drogas, assim foram estabelecidas essas políticas prioritárias de modelo abrangente visando todas as interfaces do sujeito, sendo psicossocial de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2010).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Identificar quais as causalidades que levaram o usuário de álcool e outras drogas a buscarem tratamento em outras instituições que não seja o CAPS AD.

3.2 Objetivos específicos

- Investigar sobre o conhecimento, por parte dos usuários, da instituição CAPS AD;
- Compreender a ida dos usuários a outros meios e instituições como forma de tratamento as substâncias psicoativas (SPA);
- Averiguar sobre a percepção dos usuários sobre a modalidade de tratamento utilizada no momento Grupo Alcoólicos Anônimos (AA) e na Comunidade Terapêutica (Fazendinha).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de pesquisa

A presente pesquisa constitui uma pesquisa de campo, qualitativa e de caráter descritivo que visou realizar um levantamento das possíveis questões relacionadas ao não acesso à instituição CAPS AD como forma de tratamento sendo direcionados a outros meios.

A pesquisa de campo é considerada um sinônimo da pesquisa qualitativa, sendo direcionada ao espaço natural em que o sujeito se encontra. Assim, a pesquisa qualitativa se refere a processos subjetivos, excluindo aspectos estatísticos. Amplia as percepções envolventes partindo de meios descritivos buscando compreender os elementos segundo a perspectiva dos mesmos. Sendo uma forma de pesquisa promissora e congruente para seus devidos fins (GODOY, 1995).

Se tratando do teor descritivo, se faz importante salientar sobre o mesmo a função de elevar opiniões, fatores sociais e subjetivos. Obtendo uma conduta de levantamento sobre devidos dados advindos dos participantes da pesquisa (GIL, 2002).

4.2 Cenário da Pesquisa

A pesquisa foi realizada na cidade de Patrocínio/MG, situada na região do Alto Paranaíba, onde dispõe como estratégia a saúde mental o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) direcionado a pacientes com transtornos mentais graves, e o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas (CAPS AD III) onde atende somente aos usuários de álcool e outras drogas, visando demanda espontânea, aderindo à política redução de danos.

A pesquisa foi desenvolvida em um dos Grupos Alcoólicos Anônimos (AA) em uma das cede onde são realizados os encontros. Possuem como finalidade a extinção do uso de álcool, buscando assim total abstinência. A sobriedade é mantida através do compartilhar de experiências e o seguimento dos doze passos sugeridos pela irmandade.

O outro local refere-se a uma das Comunidades Terapêuticas (Fazendinha) localizada na área rural do município de Patrocínio /MG. Sendo uma instituição privada, mas

que, dispõe de algumas vagas sociais àqueles que não possuem condições de contribuir de alguma forma financeira. Pois a comunidade terapêutica não estipula um valor a ser correspondido pelos seus internos, assim os deixando á vontade para contribuir, se possível, como quiserem. A mesma possui compartimentos característicos de uma fazenda, dispondo de quartos, área de lazer, cozinha e banheiros. Realiza atendimentos voluntários sendo categórica ao público masculino. Possui uma equipe profissional sendo: Médico Clínico Geral, Psicólogo e Assistente Social. Tem como objetivo prezar pela abstinência através do afastamento do âmbito urbano, onde a fazenda se encontra em um lugar distante e isolado.

Outras instituições como Narcóticos Anônimos e Psiquiatria que também proporcionam cuidados a usuários de álcool e drogas de maneiras distintas, não se encontram nessa pesquisa, pois o Grupo NA condiz com a mesma conduta do AA, já a Psiquiatria, é um modelo de casos em crise e emergência, salientando que todos ao final de sua internação são automaticamente encaminhados aos serviços da rede, como o CAPS AD, e também a outros serviços não governamentais como fazendinhas e os grupos AA e NA. Não se atrelando assim ao propósito da pesquisa.

4.3 Participantes da Pesquisa

Os participantes da pesquisa foram encontrados no grupo AA e também na Comunidade Terapêutica Fazendinha. Sendo pessoas em tratamento buscando soluções devido ao uso de álcool e outras drogas. Foram entrevistadas cinco pessoas do grupo AA e cinco da Comunidade Terapêutica, totalizando 10 participantes com idade igual e acima de dezoito anos, independente do sexo. Aonde chegando ao local foram encontrados exatamente cinco participantes na Comunidade Terapêutica e seis no grupo AA, mas um teve que se retirar devido um compromisso.

Fomentando assim sobre a quantidade de participantes, a pesquisa qualitativa visa o sujeito como um todo sendo valorizada sua subjetividade como ser humano, que acarreta em vivências e percepções, se fazendo necessária a qualidade dos manifestos diante a pesquisa (CAVALCANTE, CALIXTO, PINHEIRO, 2014 apud BARDIN, 1977).

4.4 Técnica de Coletas de Dados

Inicialmente foi feito o contato pessoalmente com os responsáveis pelos locais, AA e Comunidade Terapêutica Fazendinha. Onde foi autorizada a pesquisa (ANEXO A) e (ANEXO B), assim foi realizado o primeiro contato com os participantes, sendo que a pesquisadora participou de uma reunião e fez o convite para participação na pesquisa. Foi combinado com a irmandade (termo como gostam de ser tratados) o melhor dia e local, onde os mesmos se mostraram dispostos e interessados. Sendo assim, realizada a entrevista na sede do AA em uma sala reservada o horário escolhido pelos mesmos foi antecedente a reunião semanal. Em relação à Comunidade Terapêutica, foi realizada uma visita aos internos onde foi feito o convite e logo se dispuseram a participar e preferiram realizar a entrevista no mesmo dia, o local foi em uma sala reservada dentro da fazenda até porque os mesmos não podem sair sem consentimento familiar.

A entrevista foi semiestruturada elaborada pela pesquisadora (APÊNDICE A) contendo oito perguntas referentes à temática direcionada aos participantes. Possibilitando assim permear quando necessário sobre algumas questões trazidas pelos participantes, também sendo importante se orientar pelo roteiro semiestruturado criado para devidos fins.

Um instrumento como a entrevista possibilita mais flexibilidade em conduta para interação com o sujeito, pois a mesma exige presença do pesquisador para assim haver uma comunicação mais coerente diante ao que está em pauta. A entrevista é uma proposta bem vista a ponto de auxiliar ao participante quando necessário tentando deixá-lo confortável sobre a situação (GIL, 2002).

As pessoas que aceitaram participar da pesquisa foram a elas apresentado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (APÊNDICE B) e assinado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido após Esclarecimento (APÊNDICE B). O melhor dia e horário para a realização das entrevistas foi decidido pelos participantes, onde houve a proposta da entrevista ser gravada, em que obteve a autorização dos mesmos e assim foi feito.

4.5 Procedimento de Análise dos Dados

Ao realizar o levantamento dos dados, foi realizada a análise de conteúdo através da transcrição dos mesmos sendo desempenhada em um aparelho computador sem alterações, assim foi feita a interpretação dos dados juntamente com a proposta e temática da pesquisa. “A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise de comunicações” (CAMPOS, 2004, p. 612).

Segundo Gil (2002), análise de conteúdo desenvolve-se em três fases: pré-análise, sendo esta a fase de organização que é a exploração do material, o tratamento dos dados que se refere á codificação das informações e inferência. Por fim a interpretação, fase na qual busca-se tornar os dados válidos e significativos.

4.6 Aspectos Éticos

Esta pesquisa está de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, a qual estabelece as diretrizes para a pesquisa envolvendo seres humanos. O mesmo foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa do UNICERP (COEP/UNICERP) e a coleta de dados somente foi realizada após aprovação do COEP/UNICERP (ANEXO C) e da assinatura do Termo de Consentimento Livre após Esclarecimento.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No presente tópico serão evidenciados os resultados encontrados na pesquisa. Onde vale ressaltar que houve a participação de dez participantes se constituindo cinco do grupo AA onde foram os primeiros a serem entrevistados e logo mais cinco da Comunidade Terapêutica, em que houve o consentimento de todos a contribuir para a presente pesquisa. Os mesmos foram identificados por nomes fictícios escolhidos pela pesquisadora, AA: Maria, João, Lucas, Paulo e Fernanda. Comunidade Terapêutica: Leonardo, Vitor, Joaquim, Igor e Jeremias. Foram tomadas essas providências para que haja preservação da identidade e sigilo.

Em seguida se faz importante o processo de categorização dos dados, sendo uma classificação ou organização de fatores congruentes em um reagrupamento direcionado ao enfoque da pesquisa, que resultam através de sua análise sendo a mesma análise de conteúdo, exteriorizando significados e pontuações perspicazes para melhor compreensão e aprendizado a contribuir (CAMPOS, 2004).

As categorias provenientes do estudo são: Perfil Sociodemográfico; A falta de conhecimento diante do CAPS AD; Percepções dos usuários diante as formas de tratamento sobre o uso de Álcool e outras Drogas e Fatores sociais e suas influências na escolha de tratamento.

5.1 Perfil Sociodemográfico

Quadro 1- Perfil dos participantes do Grupo Alcoólicos Anônimos (AA).

Nome Fictício	Idade	Gênero	Estado Civil
Maria	58	Feminino	Viúva
João	64	Masculino	Solteiro
Lucas	48	Masculino	Casado
Paulo	47	Masculino	Divorciado
Fernanda	62	Feminino	Divorciada

Fonte: Dados da Pesquisa.

Como se pode observar no Quadro 1 o grupo AA em sua composição 20% são mulheres, sendo a maioria do sexo masculino. A faixa etária que prevaleceu está entre 47 anos e 62 anos.

Houve variância no que tange ao estado civil dos participantes, sendo que 20% são casados, 20% solteiros, 20% viúvos e 40% divorciados.

Sobre os dizeres sociodemográficos aqui descritos, vão de encontro com uma pesquisa realizada sobre o perfil sociodemográfico de usuários de álcool e outras drogas em seu tratamento. Quando se trata do sexo dos integrantes das instituições não governamentais, há dominância do sexo masculino com uma amostra de 536 (69,1%) do total de 776, para melhor se visualizar (BRASIL, 2007).

A mesma pesquisa ainda revelou que o público-alvo atendido encontra-se difundido em, 480 (61,9%) recebem ambos os sexos e 268 (34,5%) apenas ao público masculino e 26 (3,4%) atendem ao público feminino. Percebe-se assim que a participação do público feminino em instituições não governamentais que optam por tratamento é relativamente pequena (BRASIL, 2007).

Quadro 2- Perfil dos participantes da Comunidade Terapêutica (Fazendinha).

Nome Fictício	Idade	Gênero	Estado Civil
Leonardo	29	Masculino	Solteiro
Vitor	24	Masculino	Solteiro
Joaquim	62	Masculino	Solteiro
Igor	41	Masculino	Divorciado
Jeremias	18	Masculino	Solteiro

Fonte: Dados da Pesquisa.

Diante o exposto a Comunidade Terapêutica, como norma é estabelecido o padrão de somente adesão ao sexo masculino, demonstrando assim a grande predominância masculina devido à busca de tratamento ao uso de álcool e outras drogas em instituições excludentes. Contrapondo com o (AA) a Comunidade Terapêutica tem em seu público a diversidade de faixa etária, havendo uma variância entre uma idade precoce de (18) anos a uma mais elevada (62) anos. Sendo 60% Jovens, 20% adultos e 20% Idosos.

Quando se trata do fator estado civil apenas 20% dos participantes são divorciados e 80 % solteiros.

No entrelace entre as instituições governamentais e não governamentais e o sexo do público-alvo, presume-se que, entre uma amostra de 280 instituições que recebem ao público masculino 268 (95,7%) são não-governamentais. Das 27 instituições que certificaram atender ao público feminino 26 (96,3%) são não-governamentais. Observa-se que há uma disposição das instituições governamentais a atender ambos os sexos, e os serviços característicos para o público feminino e masculino são oferecidos em sua maioria pelas instituições não-governamentais (BRASIL, 2007).

O atraso diante as composições das políticas públicas aos usuários de álcool e drogas, se tornam cada vez mais presente em sociedade suas consequências. Como a RAPS e o CAPS AD são estratégias relativamente novas perante a saúde mental, muitos não sabem seu verdadeiro intuito acarretando na falta de interligação entre a rede e a população. A responsabilidade constituída pelo SUS que é garantir atenção especializada aos usuários de álcool e outras drogas, na atualidade é contemplada por outras formas de tratamento, sendo não governamentais como as comunidades terapêuticas e os grupos de ajuda mútua ou ditos autoajuda como o AA e NA onde são métodos que se expandem cadê vez mais (SOUZA et al., 2012).

5.2 A Falta de Conhecimento do CAPS AD

Essa categoria traz sobre o conhecimento por parte dos usuários de álcool e outras drogas em relação à saúde pública e seus dispositivos, acarretando assim, falta de dados congruentes a saúde mental no SUS e suas tangentes como o CAPS AD. Chamando atenção a falta de divulgação e movimentação do mesmo para que seja visualizado perante todos.

Segundo Souza et al. (2012) nota-se uma dificuldade de gestores e profissionais em saúde mental a externar suas práticas, ou seja, atuarem de forma mais ativa perante a sociedade, buscando interação com espaços comunitários sem restrições ao espaço físico, acarretando assim dificuldade de visualização.

Quando perguntados sobre o conhecimento da rede de atenção psicossocial, todos os participantes sem exceções disseram não saber o que é. Mas quando dito sobre o CAPS AD os participantes do AA 20% não sabe o que é, os outros 80% não sabem como funciona, mas

já ouviu falar. Da Comunidade Terapêutica 20% já ouviram falar, mas não sabe como funciona, e os outros 80% dizem conhecer.

Se eu conheço centro de recuperação assim? CAPS AD eu não sei não, não sei (João).

Também já ouvi falar, mas não conheço pessoalmente, mas já ouvi falar. Tipo pessoas que participam do CAPS, mas num tenho conhecimento nenhum, num tenho idéia de nem como funciona isso (Paulo).

Conheço, fiz um acompanhamento lá, mas como se diz só o acompanhamento, fui lá conversar com a psicóloga e dava o que eu precisava elas me informavam, mas igual eu te falei pra mim não resolveu não. Olha pra quem quer e tem força de vontade, da certo é bom. Até a primeira vez foi minha mãe antes dela abrir mão de mim, foi minha mãe que procurou, eu mesmo não sabia, aí eu fui fiquei lá um tempo uma vez por semana, aí eu ia sair pra trabalhar eles me procurava eles sempre foram bem insistentes, toda vez que eu precisei da assistência deles eles me forneceram. E porque lá é na rua eu sou compulsivo assim eu venho dessa luta da dependência há muito tempo, dependência cruzada, mas minhas drogas de preferência era maconha, e cocaína, mas porém leva ao crack né, eu já pelejei já fiquei sóbrio tive uma experiência boa com tratamento já coordenei também. Eu acho que o CAPS sendo na cidade o acesso às drogas e ao álcool fica muito exposto (Jeremias).

Não, eu nunca ouvi falar, eu já tinha visto falar em clínica de recuperação, fazendinha [...]. Agora pelo SUS boa pergunta, eu nunca ouvi falar não, eu creio que remédio não resolve, não cura vício, não tem como (Leonardo).

Segundo Alves (2009) uma das barreiras dos modelos que frisam somente a abstinência, é justamente a questão imposta de vetar o uso e afastamento das SPA. Pois ao se exigir a abstinência se afronta com as censuras e exclusão. Quando o autor cita sobre a abstinência e suas barreiras, é contrastante com as falas acima. Fazendo-se com que cada vez mais se visualize o usuário como um sujeito heterogêneo.

A respeito das instituições voltadas para as questões relacionadas ao uso de álcool e outras drogas no Brasil, são pouco conhecidas dos domínios governamentais responsáveis pelas Políticas Nacionais sobre Drogas. Obter conhecimento das diversas formas de atuação prestadas por todas as instituições é fundamental para órgãos como a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), que exerce a primordial ação de orientação normativa sobre as atuações de redução da demanda de drogas no país (BRASIL, 2011).

Percebe-se o quanto se faz necessário a informação e divulgação do CAPS AD como uma instituição de cuidados aos usuários de álcool e drogas, pois muitos alegam um conhecimento mínimo sobre o mesmo, assim potencializando sua visão de um tratamento

escasso. Segundo Medeiros et al., (2012) a ação de levar informações que sejam verídicas e explicar o processo no tratamento ao usuário, é uma das principais ações quando se fala de cuidados.

Portanto um crescente desafio é demandar a aproximação e restabelecer relação ajustada, acarretando integração e intersectoriedade do SUS em si e com outros setores e serviços ofertados. Sendo a articulação em rede das políticas públicas dirigidas as pessoas que fazem uso de SPA, uma estratégia precisa para o melhor atendimento aos mesmos (SIQUEIRA, 2014).

5.3 Percepções dos usuários diante as formas de tratamento sobre o uso de Álcool e outras Drogas

Essa categoria visa discorrer sobre a visão que os usuários dispõem aos tratamentos devido ao uso de álcool e drogas, observando-se a variação dos mesmos onde apenas um participante citou o CAPS AD como forma de tratamento existente. Indagando assim e dando ênfase a tratamentos remotos visualizando a falta de conhecimento sobre a rede pública de saúde em forma de assistência ao usuário. Havendo uma predominância sobre os usuários, vestígios dos modelos antigos.

Deste modo quando perguntados sobre o conhecimento referentes a outras formas de tratamento ao usuário de álcool e drogas não sendo o atual, relataram:

Não, eu sei que tem pessoas que fazem tratamento às vezes até pra desintoxica, primeiro ele vai desintoxica pra depois vir com algo a mais. Mas tratamento tem sim, acaba que muita gente vai pra fazendinha, outras pessoa procura a psiquiatria né, que eu sei é só isso (Maria).

Não tenho, já ouvi falar de medicamento, mas não acho que funciona não (Fernanda).

Sei tipo clínica de contenção, fazendinhas abertas, Narcóticos Anônimos, mas eu já me encaixei no AA graças a Deus (Paulo).

Não, saber eu sei, assim trabalha de outras formas, mas porém entra em alguns estudos que agente faz aqui dentro, que é o AA ne, mas porém não trabalha com o mesmo método que agente usa aqui dentro, porque aqui é livre, fica por vontade, eu vim pra ficar 3 meses só era minha vontade, já tô com 7 então isso é Deus que quer que agente fica. Não é minha vontade, eu já quis embora, mas não consigo entendeu. Mas conheço o AA por estudar nos livros (Leonardo).

Só o CAPS, lá no CAPS pode dormir, tem professor, tem psicólogo tem médico eu tomei até soro quando fiquei fraquinho, tem remédio, se lá não tiver muito em condições, eles levam pro hospital fica um do CAPS com o paciente não deixa sozinho, eles que me encaminhou pra cá, então acho que foi uma grande obra que eu encontrei na minha vida o CAPS. Porque o dependente quando ele tá assim alimentando o sangue com álcool ou droga não aguenta, fica tremendo não come, então lá eles dão comida de restaurante, sabe depois que eu melhorei que eles me mandaram pra cá, e aqui é bom só varrer o terreiro, tratar do porco, não tem vaca aqui, e mexer com a horta (Joaquim).

Segundo Gonçalves (2016) em uma pesquisa realizada no ano passado, devido às formas de tratamento ressaltou-se a questão medicamentosa. Onde 21% dos participantes asseguraram que os medicamentos não são eficazes para o tratamento do uso problemático de álcool e outras drogas, já alguns são totalmente contra ao uso fármaco para esse tipo de tratamento 50% confiam que a terapia medicamentosa é benéfica á saúde mental e 29% dizem ajudar na abstinência e desintoxicação. Dentre os que alegaram à melhoria dos sintomas á saúde mental, muitos referiram a importância do medicamento para controlar a ansiedade e sono. Quando indagados sobre o motivo que os levaram ao CAPS AD e sobre suas perspectivas acerca do tratamento, a maioria advertiu ser o abandono do uso. Apesar de ser uma etapa essencial em muitos casos de uso precário de álcool e outras drogas a abstinência não deve ser encarada como o único foco do tratamento.

Equivalente às intempéries ocasionadas devido ao uso de álcool e outras drogas, necessita-se de variadas opções de tratamento. Atualmente, as formas mais utilizadas são de cunho preventivo trabalhando a recaída, autoajuda e a forma medicamentosa (BRASIL, 2010).

Percebe-se que a condição de aderência ao tratamento ou a práticas preventivas e de promoção é baixa, não colaborando para a inserção social e familiar do usuário. Historicamente a questão do uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas tem sido predominante ao se analisar o cruzamento do tipo de tratamento oferecido com a natureza da instituição de tratamento, entre as instituições governamentais a internação em Hospitais Gerais de 141 instituições que realizam esse tipo de tratamento 90 (63,8%) são governamentais e apenas 49 (34,8%) não-governamentais. Outro tipo de tratamento dominante se refere à vertente médica e psiquiátrica. (BRASIL, 2007).

Quando suscitado a eles sobre o conhecimento de formas de tratamento ao usuário de álcool e drogas no Sistema Único de Saúde (SUS), somente 20% dos participantes relataram ter conhecimento sendo o mesmo sobre a psiquiatria. Ressalta um participante ainda sobre a falta de informação

A psiquiatria, a psiquiatria porque agente faz um trabalho lá a psiquiatria através do SUS né, é um tratamento que as pessoas ficam ali desintoxica (Maria).

Tem porque, assim sempre que eu ia pro hospital, tinham que usar o cartão do SUS. Eu já fiquei é até uma vergonha falar, mais já fiquei mais de 100 dias na psiquiatria, porque cabeça fraca não tava dando conta de andar na rua, tinha que ter acompanhante, então minha irmã falou então vai ter que precisar ficar na psiquiatria. Aí mandou me trancar, um muro alto 5 metros de altura, o segundo C, e eu achei muito desagradável lá porque é homem misturado com mulher, mulher tira a roupa tudo e agente tem que passar por aquilo. Devia ter uma ala das mulheres no dormitório delas na esquerda por uma tranca ali e partir aquele pátio, e colocar de um jeito que agente não via elas, porque lá agente via dependente até de 14 anos. Fiquei mais constrangido pelas pessoas que nem merece ficar num lugar daquele, essas criancinhas, tinha que ter um tratamento pra elas fora do meio de gente assim, de idoso igual eu (Joaquim).

Não. Até nesse trabalho que agente faz agente frequenta psiquiatria, mais assim ainda falta muita informação né, é tanto pra quem precisa do tratamento como de quem possa dar esse tratamento, tá faltando uma comunicação (Lucas).

Houve a fala de um participante onde o mesmo relata uma proximidade com uma profissional da saúde, e mesmo assim não obteve a devida orientação para tratamento na rede pública de saúde:

Não, não sei não. Assim minha mãe é enfermeira mais ela nunca falou comigo não, também não sei não (Vitor).

Segundo Alves (2009), fragmentando-se na lacuna existente da atenção extra-hospitalar para esse público em questão, onde há uma falha no processo de acesso ao sistema de saúde, refletindo na constituição cada vez mais adepta as internações em hospitais psiquiátricos, como foi antecedente considerado a única forma de tratamento antes da reforma psiquiátrica. Acredita-se que o tratamento e a reinserção social deveria corroborar a uma rede assistencial sendo a mesma integrada, articulada e instituída por instituições governamentais e não governamentais, formando uma rede de cuidados sendo a falta desse contribuinte uma preocupação.

Segundo Andrade (2011) o desconhecimento da redução de danos também é um fator preocupante, onde a percepção do usuário se volta somente à cura, ocasionando assim, uma valorização em forma de tratamento pelo usuário as medidas medicamentosas e a

internação. Em que os modelos antecedentes de forma modificada ainda predominam e atuam na vivência contemporânea.

Portanto, o tratamento ao uso de álcool e drogas se constitui em suas variáveis, sendo a visão do usuário as formas de tratamento algo determinante em sua inserção, problematizando esses cuidados e suas proveniências em vista que o mesmo se encontra em uma construção histórica e contemporânea que se debatem ao ver do tratamento. Havendo falhas em suas vicissitudes (ROZANI, FURTADO, 2010).

5.3 Fatores sociais e suas influências na escolha de tratamento

Nessa categoria são bem nítidos alguns fatores sociais descritos pelos usuários devido ao direcionamento feito a outros meios de tratamento, desconsiderando o CAPS AD como uma opção. Sendo eles: influência por parte familiar e rede social, adesão ao tratamento e a redução de danos obtendo preconceito, visão de cura como a única solução ao tratamento de álcool e drogas, satisfação pelo modelo atual que se encontram e a falta de conhecimento adequado devido à rede pública de saúde e seus serviços direcionados aos usuários de álcool e drogas. Se dividindo entre algumas posições dos participantes do AA e da Comunidade Terapêutica.

Olha eu tenho é, quase dez anos que participo desse movimento, e a minha vinda pra cá primeiramente foi em razão que eu estava descontrolado com minha maneira de beber, e minha família não aceitava mais aquilo, e agente chegou quase a se separar por conta do meu alcoolismo, e através de um amigo que eu tenho aqui dentro ele me convidou, pra participar de uma reunião, e agradei do movimento me identifiquei, e acabei que um ano depois eu vim a participar, e hoje eu digo que, eu vim vamos dizer assim quase que meio forçado, mas a partir do momento que entendi o que é o programa e do que a minha recuperação depende, passou a ser uma coisa muito agradável em minha vida (Lucas).

Uai estava na minha casa aí eu ia viajar pra Pirapora pra trabalhar lá na segunda feira, na quinta feira anterior minha irmã falou que tinha arrumado um tratamento pra mim, e eu concordei a largar o serviço. Ela não conhecia não, o patrão dela que é amigo do dono aqui falou com ela. Aí aceitei tranquilo, hoje faz dois meses que estou aqui (Vitor).

Em uma sociedade que os conceitos de saúde e doença estão também ligados a cura acaba se refletindo ao meio álcool e drogas. Tendo em busca um tratamento em foco a abstinência sendo definitivo e concreto. Acarretando assim, a busca quanto do próprio sujeito usuário, familiar e amigos na maior parte por internações buscando afastar o sujeito causando

uma ação excludente em primeiro momento, tendo a perspectiva de se livrar do uso (GABATZ et al. 2013).

Ainda segundo Gabatz et al. (2013) demonstra-se diante a busca forte influência familiar e de amigos próximos se constituindo a rede mais próxima, também, sendo importante citar a percepção do usuário diante aos malefícios causados pelas SPA, sendo um agente influente a busca de tratamento.

Em uma pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde relata que entre as instituições governamentais os encaminhamentos resultam, sobretudo, de familiares e/ou amigos dos usuários, 307 (68,1%); do Conselho Tutelar, 276 (61,2%); da rede hospitalar, 254 (56,3%); do Ministério Público, 235 (52,1%); e da Justiça, 222 (49,2%). Logo entre as instituições não governamentais, evidencia-se que os encaminhamentos procedem de familiares e/ou amigos dos usuários de drogas, 634 (81,7%); de entidades religiosas, 504 (64,9%); da Justiça, 419 (54%); e do Conselho Tutelar, 417 (53,7%) (BRASIL, 2007).

Evidencia-se abaixo o teor satisfação dos mesmos diante ao seu tratamento atual e a conduta que o rege:

Olha o AA é uma irmandade de homens e mulheres que apreendi a amar, que me dá força, onde eu desabafo onde eu apreendi a paralisar meu alcoolismo. Muito bom me sinto bem (Paulo).

Olha eu me sinto pelo seguinte, porque eu já tentei uma vez sozinho me livrar da minha droga de preferência, e não consegui né, com 26 anos eu senti AVC, quase morri, então eu resolvi me internar aceitei por conselhos de pessoas que eu convivi junto, não deixei a minha dependência chegar até minha família, eu morei com meus antigos patrões 10 anos em uma fazenda, e hoje o tratamento pra mim é tudo, porque aqui dentro eu conheci a palavra de Deus, se eu tivesse ficado na rua eu não tinha conhecido, eu talvez nem estaria vivo. A minha família pensa que eu estou trabalhando aqui em Patrocínio, eu não sou de Patrocínio (Leonardo).

Relatando agora sobre a falta de conhecimento adequado sobre a redução de danos, causando assim um afastamento dos programas que são adeptos como o CAPS AD, há ainda bem enraizado sobre a sociedade que faz uso de álcool e drogas preceitos antimanicomiais. Quando se fala de tratamento ao uso de álcool e outras drogas o Brasil faz parte entre os países signatários das conversões internacionais em coibição ao tráfico e uso de drogas ilícitas, o que se alinhou em uma política antidrogas ao discurso proibicionista, isso consta como um fator histórico, onde se ocasionou vestígios até a atualidade. A falta de compreensão a política de redução de danos é relacionada ao preconceito que dita sobre a sua má aceitação

inicial onde perdura indiretamente e diretamente presentemente. Sendo dessa forma interpretada indevidamente atestando ser um fator instigante e conciliador ao uso havendo uma resistência e adesão a política redução de danos (FODRA, ROSA, 2009). Para ilustrar, uma fala de um participante que diz conhecer o CAPS AD, mas não concordar com sua conduta, em sua fala mostra-se a falta de conhecimento da política redução de danos e seu propósito, acarretando a um melhor tratamento que não se pode visar o convívio social, sendo este considerado pelo participante algo negativo.

Conheço uai, eu acho assim que eu passei por um antes deu vir pra cá, fiz os exames aí tinha uma mulher lá que até era amiga da minha mãe queria que eu ficasse lá, mais pra mim não dava, porque era aberto aí eu vi lá como é que era eu preferi vir pra cá, mas eu conheço sim. Não houve dificuldade de acesso, a moça falou você pode sair fumar ali no passeio do lado de fora, e aberto, então se pode sair e pra mim então não servia não ia adiantar ai fica ruim né, aberto eu poderia ligar pra um amigo meu pra ir lá conversar, então pra mim não ia servir uma coisa aberta que eu tenha muita, falar assim regalia né sair a hora que eu quiser, a mulher falou lá se eu não me engano podia dormir na minha casa e ir pra lá durante o dia, então eu não concordei com esse tipo de tratamento (Vitor).

Outro fator a se visualizar, se trata da territorialização do CAPS AD se colocar como um problema de inserção. Segundo Pinho (2009) logo aqueles que lidam com o consumo de álcool e outras drogas a universalidade de acesso a direito á assistência, bem como sua integralidade dando ênfase a territorialização no atendimento, a partir da adequação de serviços mais próximos do convívio social de seus usuários, configurando redes de assistência mais apropriadas às variantes demandas dessa população como atenção em que se disponibilizam cuidados á saúde, benefícios sociais, esporte, lazer, trabalho, e cultura.

Segundo Brito e Nóbrega (2013) a localização geográfica institui outro aspecto proeminente à garantia da acessibilidade, considerando a implantação de pontos da rede de cuidado em área de circulação e de território do usuário em que representa um facilitador para o acesso dos mesmos.

Contrapondo essa posição os participantes da Comunidade Terapêutica em sua maioria, defendem a idéia de um tratamento não extramuros sendo isso considerado pelos mesmos um fator de eficácia em seu tratamento atual. Preconizam-se a territorialização como um fator negativo, onde estão pautados pelo questionamento sobre o conhecimento da instituição CAPS AD.

Então eu fui lá, foi onde que fui no CAPS queria que eu ficasse lá, só que eu não achei viável pelo fato dali se ter toda liberdade, então pra mim não funcionaria, pra mim às vezes tem outras pessoas que se identificam com o local, mas eu conheço eu já fui lá. É excelente você tem seus trabalhos pra fazer, o pouco prazo que eu fiquei de tempo fui só pra pegar o encaminhamento mesmo, eu achei interessante eles dão todo apoio, mas vai da pessoa, acho que pra mim no meu caso eu tentar sozinho é mais difícil, então lá pra mim não funciona. Eu acho que é um problema o CAPS ser na cidade, porque lá você pode sair a hora que você quiser, então tipo assim como eu posso falar, mais uma casa de apoio. É que nem eu te falei vai da pessoa se ela achar que aquilo vai salvar não né vai parar de fazer o uso do álcool e das drogas então é o ideal, mas eu acho que facilita muito pra quem na hora que dá aquela crise, vontade de tomar uma vou fazer uso de outra substância num tem como eles segurar, eu acho que se entrou no portão não poderia sair assim durante um prazo estipulado determinado (Igor).

Outros impedimentos para a busca de serviços de saúde que oferecem tratamento ao usuário de SPA é considerar o tratamento ineficaz; não se considerar dependente por não usar diariamente as substâncias ou não as injetar; achar que ficaria sozinho porque ninguém teria problemas semelhantes; ter dificuldade de compartilhar problemas; ignorar locais de tratamento; ter medo de perder o emprego ou transtornar a família; achar que não se adaptará às regras ou aos modelos de tratamento que conhece principalmente os de conotação religiosa; ter medo de recair e ficar envergonhado e não querer abandonar o prazer de usar (LIMA, BRAGA, 2012).

Assim, foi possível notar os fatores sociais determinantes na hora de se optar por um tratamento. Se fazendo importante obter conhecimento sobre todos, sendo governamentais e não governamentais.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu visualizar uma rede em saúde mental que busca estratégias e consolidações na humanização. Destacando assim, que o mais importante é o cuidar com dignidade e qualidade. É fato que o uso de álcool e outras drogas são causadores de grandes problemas em meio à saúde e a sociedade em si, ocasionados por múltiplos fatores e não é por isso que se deve perder de vista estes cuidados e a esperança, não de uma cura propriamente dita, mas sim de que não seja um aspecto dominador e sim dominado.

Em nossa contemporaneidade ainda predomina as grades dos estigmas, preconceitos, discriminações, arcabouços culturais e históricos sobre o uso e o usuário de álcool e outras drogas, colocando o mesmo entre a linha do cuidado ou da punição.

Os resultados mostram a insuficiência de informações adequadas emitidas pelo SUS na estratégia de saúde mental ao usuário de álcool e drogas, havendo assim uma falha na divulgação de seus serviços e atuação. Em alguns momentos de profunda reflexão diante da fala de alguns participantes, surgiu a angústia de um retrocesso diante a forma de tratamento. Onde os portões fechados se fazem mais sentido do que há além deles. Se arremetendo assim ao atraso das políticas públicas que possuem suas consequências até a atualidade. Por isso se faz necessário discutir sobre esses preceitos, levar orientação e informação ao usuário retirando essa lacuna. E o mais importante não se limitar por espaços físicos, pois o CAPS AD pode e deve ser mais que apenas um local em sua estrutura, e sim um agente ativo em meio à sociedade como um todo.

Diante desse fator é importante ressaltar ainda, sobre a falta de adesão ao CAPS AD, talvez por ser um modelo relativamente novo em suas diretrizes e os outros meios de tratamento como citados na pesquisa serem os pioneiros em forma de tratamento, ainda muito enraizados no contexto do usuário, além das questões sociais salientadas na pesquisa.

Devido ao exposto, o usuário é visto como heterogêneo, fazendo-se assim necessárias variáveis formas de tratamento desde que sejam seguidoras dos direitos humanos. Todas as instituições possuem suas diretrizes, credos, regras e modelos onde deveriam trabalhar juntas para um único objetivo que seria o usuário. Não existe a melhor ou a mais competente o que existe são suposições, escolhas identificações e pesquisas como essa, que nos traz como intuito refletir sobre certas indagações.

Ainda há muitas melhorias a serem realizadas sobre as estratégias de cuidados aos usuários de álcool e outras drogas como: interação entre a rede e usuários, divulgação do

trabalho, mais profissionais a este serviço principalmente psicólogos, intervenções como psicoeducação, levar o CAPS a sociedade como um todo e descentralizar a questão do espaço físico etc. Tudo se esta em constante construção, mas, não se pode deixar de valorizar as melhorias já conquistadas e que mesmo com falhas o CAPS AD faz parte de um construto valioso, advindo pós reforma psiquiátrica significando um grito de liberdade de muitos.

Como nos traz a literatura, o álcool e as drogas, advêm de uma historicidade cultural e social, não seria agora que nossa sociedade ira parar com uso, os bares vão fechar e o tráfico irar cessar, pois diante dessa realidade envolve um costume capitalista que preza pelos lucros e não pela vida. No entanto a marginalização do usuário não irá gerar consciência. Talvez não sejam os mesmos que tenham que se acostumar com a idéia de parar com o uso, mas sim nós enquanto sociedade nos acostumarmos com o fato de que alguns querem parar, mas existem aqueles que não, e mesmo não extinto o uso esse usuário possui como direito o cuidado.

Entretanto, a pesquisa realizada abre novos horizontes a serem explorados em futuras pesquisas que se propõem a novos discursos sobre álcool e drogas e seus envolventes. Quanto mais se discorre mais se dá voz àqueles que vivem a mercê do silêncio, dependência, estigma, preconceito, sofrimento e da exclusão.

REFERÊNCIAS

- ALVES, S. V. Modelos de atenção a saúde de usuários de álcool e outras drogas: Discursos políticos saberes e praticas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(11): 2309- 2319, nov, 2009.
- ARBEX, D. **Holocausto Brasileiro**. 1 ed. São Paulo. Geração Editorial, 2013.
- ANDRADE, M. T; Reflexões sobre Políticas de Drogas no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(12):4665-4674, 2011.
- AZEVEDO, M. D; MIRANDA, M. A. F. Práticas Profissionais e Tratamento Ofertados nos CAPS AD do Município de Natal-RN: com a palavra a família. Esc Anna Nery. **Revista Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 100- 118. 2010.
- BASTOS, I. F; REIS, B. N. **Epidemiologia no uso de Drogas no Brasil**. Curso de Prevenção dos Problemas Relacionados ao Uso de Drogas: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias. 6. ed. Brasília: Senad- mj/nute-UFSC, 2013. Cap. 5.
- BRASIL. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**: Ministério da Saúde. Brasília: Ms, 2003.
- BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Saúde Mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial**. Brasília-DF, 2004.
- BRASIL. **Mapeamento das instituições governamentais e não-governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil - 2006/2007: Relatório**. Coordenação Geral Denise Bomtempo Birche de Carvalho - Universidade de Brasília. Supervisão Técnica Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte - Senad. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.300 p.
- BRASIL. **Legislação e Políticas sobre Drogas**. Brasília, Presidência da Republica, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010.
- BRASIL. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. **Álcool e outras drogas: da coerção à coesão**. Universidade aberta do SUS – UNASUS, Florianópolis, 2014.
- BRITO, H. C; NÓBREGA, A. F. Programa de redução de danos: perspectiva histórica e uma análise compreensiva das práticas antes e depois da lei n. 11.343/06. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**. Ano 1, v. 1, n.3, jun, 2013.
- CAMPOS, C.J.G; Método de análise de conteúdo : ferramenta para análise: ferramenta para análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília (DF), vol. 57, n.5, p. 611-614, set/out. 2004.

CAMPOS, O. T. R; FURTADO, P. J. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(5):1053-1062, mai, 2006.

CARVALHO, P. G. L. et al. A construção de um Projeto Terapêutico Singular com usuário e família: potencialidades e limitações. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 36, n.3, p. 521-525. 2012.

CARNEIRO, F. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Atualização em Álcool e Outras Drogas, da Coerção à Coesão. Florianópolis: **Departamento de Saúde Pública/UFSC**, 2014.98 p.: il.,grafs.

CAVALCANTE, B. R; CALIXTO, P; PINHEIRO, K. M. M. Análise de Conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. **Inf. e Soc.: Est. João Pessoa**, v.24, n.1, p. 13-18, jan./ abr. 2014.

CEBRID – **Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas**. Livreto Informativo sobre drogas psicotrópicas. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2014.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA - CFP.**Regulação dos Serviços de Saúde Mental no Brasil**. Brasília: CFP, 2013.

COSTA, S. F. **As Políticas Públicas e as Comunidades Terapêuticas nos Atendimentos à Dependência Química**. 2009.

FODRA, P. E. R; ROSA, C. A. Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad): análises dos discursos e da prática no contexto da Reforma Psiquiátrica e Atenção Psicossocial. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 129-139, jan. 2009.

GABATZ, R. I B. et al. Percepção dos usuários de crack em relação ao uso e tratamento. **Revista Gaúcha Enfermagem**. 2013;34(1):140-146.

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

GODOY, S. A. Introdução a pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresa**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63, 1995.

GONÇALVES, P. K. I. **Uso de medicamento no tratamento do uso problemático de álcool e outras drogas na visão dos usuários**. Brasília, 2016. 39 f. Monografia (Universidade de Brasília, Ceilândia).

LIMA, P. H; BRAGA, B. A. V. Grupo de autoajuda como modalidade de tratamento para pessoas com dependência de álcool. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 4, p. 887-895. 2012.

LIMA, H. A. et al. Violência associada ao uso de álcool e outras drogas: olhares da Justiça e da Saúde, **BIS. Boletim do Instituto de Saúde (Impresso)**, São Paulo, v. 14, n. 3, 2013.

MACHADO, V. L; BOARINI, L. M. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. **Psicologia Ciência e Profissão**, vol. 33, núm. 3, 2013, pp. 580-595. Conselho Federal de Psicologia Brasília, Brasil.

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**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p.801-821, jul. 2007.

MACRAE, E. A história e os contextos socioculturais do uso de drogas. **Curso de Prevenção dos Problemas Relacionados ao Uso de Drogas: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias**. 6. ed. Brasília: Senad-mj/nute-ufsc, 2014. Cap. 1.

MEDEIROS, T. et al. Representações sociais do uso e abuso de drogas entre familiares de usuários. **Psicologia em Estudo**, v. 18, n. 2, abril/jul, 2013, p. 269-279. Maringá. Brasil.

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. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p.121-133, 2008.

NICASTRI, S. Drogas: classificação e efeitos no organismo. In: BRASIL. **Prevenção do Uso de Drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. 19-41, v. 5, 2013.

NIEL, M; SILVEIRA, X. D. (Orgs.). **Drogas e Redução de Danos: uma cartilha para profissionais de saúde**. São Paulo, 2008.

PIOVESAN, A; TEMPORINI, E. R. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, vol, 29, n.4, p. 318-25, 1995.

PINHO, H.P. Os **desafios na atenção aos usuários de álcool e outras drogas, e a reabilitação psicossocial**. 2009. 125 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

PUCHERIO, G.; BICA, C.; SILVA, F. A. (Org.). **Álcool, outras drogas, informações: o que cada profissional precisa saber**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

RODRIGUES, T. J; ALMEIDA, P. L. Liberdade e compulsão: uma análise da programação dos doze passos dos alcóolicos anônimos. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 7, n. 1, p. 113-120, jan./jun. 2002.

RONZANI, T. M; NOTO, A. R; SILVEIRA, P. S. **Reduzindo o estigma entre usuários de drogas: guia para profissionais e gestores**. Juiz de Fora: Ufjf, 2014.

ROZANI, M. T; FURTADO, F. E. Estigma social sobre o uso de álcool. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.59, n.4, p.326-332, 2010.

SANCHEZ, M. D. V. Z; NAPPO, A. S. A religiosidade, a espiritualidade, e o consumo de drogas. **Rev. Psiq. Clín.** 34, supl 1; 73-81, 2007.

SILVEIRA, D. X; DOERING, S. E. **Classificação das Substâncias Psicoativas e seus Efeitos**. 6. ed. Santa Catarina: Senad-mj/nute-ufsc, 2014.

SIQUEIRA, D. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Atualização em Álcool e Outras Drogas, da Coerção à Coesão. Florianópolis: **Departamento de Saúde Pública/UFSC**, 2014.

SCHNEIDER, D. R. Horizonte de racionalidade acerca da dependência de drogas nos serviços de saúde: implicações para o tratamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(3):687-698, 2010.

SOUZA, J. et al. Intervenções de saúde mental para dependentes de álcool e outras drogas: das políticas a prática cotidiana. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2012 Out-Dez; 21(4): 729-38.

YASUI, S; ROSA, C. A. A Estratégia Atenção Psicossocial: Desafio nas práticas dos novos dispositivos da saúde mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro. v. 32, n. 78/79/80, p. 27-37, jan/dez. 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista semi-estruturada

NOME FICTÍCIO:

IDADE:

GÊNERO:

ESTADO CIVIL:

01- Como foi a sua vinda para esse modelo de tratamento?

02- Como você se sente estando aqui?

03- Você gosta e se sente seguro a seu tratamento atual? Porque?

04- Já procurou outras instituições para tratamento? Se sim quais?

05- Você sabe da existência de outras formas de tratamento que se referem a usuários de álcool e outras drogas?

06- Você possui conhecimento se no Sistema Único de Saúde (SUS) possui programas e instituições para tratamento a usuários de álcool e outras drogas?

07- Possui conhecimento sobre a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e sua conduta diante aos usuários de álcool e outras drogas?

08- Você conhece a instituição Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD)? Se sim, o que acha do mesmo? Houve dificuldade de acesso?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNICERP – CENTRO UNIVERSITÁRIO DO CERRADO - PATROCÍNIO COEP – COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO UNICERP

CAPS AD Como Forma de Tratamento

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado(a) a participar do estudo **“CAPS AD como forma de tratamento”**. Com isso você poderá contribuir com os avanços na área da saúde, já que tais avanços só podem dar-se por meio de estudos como este, por isso a sua participação é importante. Esta pesquisa tem como propósito realizar um estudo voltado a identificar quais as causalidades deficitárias de acesso encontradas pelos pacientes usuários de substâncias psicoativas (SPA) ao CAPS AD e caso você participe, será necessário participar de uma entrevista. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida, mas caso venha a ocorrer algum constrangimento na aplicação da entrevista, por parte do participante, o qual poderá desistir de sua participação na pesquisa em qualquer momento.

Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado através de um nome fictício.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Eu, _____
 li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi o propósito e a relevância deste estudo e o(s) procedimento(s) a(os) que(ais) serei submetido. As explicações que recebi esclarecem os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que tenho liberdade para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não me trará nenhum prejuízo. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo.

Patrocínio,//.....

 Assinatura do voluntário ou seu responsável legal Documento de identidade

 Vanessa Costa Santos Larissa de Lima Ferreira

Telefone de contato dos pesquisadores:

Vanessa Costa Santos

Larissa de Lima Ferreira

 Em caso de dúvida em relação a esse documento, você poderá entrar em contato com o Comitê Ética em Pesquisa do UNICERP, pelo telefone 3831-3721 ou pelo e-mail: pesquisa@unicerp.edu.br.

ANEXOS

ANEXO A – Autorização do Grupo Alcoólicos Anônimos (AA)

**CENTRO COMUNITÁRIO PADRE DAMIÃO**

Rua Vicente Soares, 1100 - 38740-000 - Patrocínio - Minas Gerais
 Insc. no CGC 00.077.193/0001-89 - Utilidade Pública 2.709/94

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que o(s) pesquisador(es)(as) Larissa de Lima Ferreira e Vanessa Costa Santos, portador(es) do RG nº MG 13 618 706, MG; 19 186 450 CPF: 077.190.796-63 e 123.376.216-40 está(ão) autorizado(as) a realizarem entrevistas com os usuários participantes do grupo Alcoólicos Anônimos (AA) com a finalidade de realizar seu trabalho de conclusão do curso de Psicologia, do UNICERP – Centro Universitário do Cerrado - Patrocínio.

Declaro ainda ter conhecimento da pesquisa a ser realizada e de ter sido previamente informado(a) de como serão utilizados os dados colhidos nesta instituição.

Local, Patrocínio, 24 de Maio de 2017_


 Centro Comunitário Padre Damiano
 Antônio José de Menezes
 Presidente

assinatura
 nome/cargo
 carimbo

ANEXO B – Autorização da Comunidade Terapêutica**AMARAVIDA**

Sociedade de Apoio e Recuperação
Rua Cel. João Candido Aguiar, nº 433 – sl: 206, Centro, Patrocínio/MG.

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que o(s) pesquisador(es)(as) Larissa de Lima Ferreira e Vanessa Costa Santos, portador(es) do RG nº MG 13.618.706, MG; 19.186.450 CPF: 077.190.796-63 e 123.376.216-40 está(ão) autorizado(as) a realizarem entrevistas com os usuários participantes da Comunidade Terapêutica: AMARAVIDA, com a finalidade de realizar seu trabalho de conclusão do curso de Psicologia, do UNICERP – Centro Universitário do Cerrado - Patrocínio.

Declaro ainda ter conhecimento da pesquisa a ser realizada e de ter sido previamente informado(a) de como serão utilizados os dados colhidos nesta instituição.

Patrocínio-MG, 27 de Maio de 2017.


Sociedade de Apoio e Recuperação aos
Dependentes Químicos *Beatriz Inunes Silveira*
AMARAVIDA **CRPMG 9.628**
CNPJ: 22.239.768/0001-55

ANEXO C – Aprovação do COEP



COEP – Comitê De Ética Em Pesquisa – UNICERP
Protocolo de encaminhamento de Projeto de Pesquisa para o
Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos

1. PROJETO DE PESQUISA

Nº PROTOCOLO: 088/17

2017 14 SUPS / 007

1.1. TÍTULO DO PROJETO

CAPS ad como forma de tratamento

1.2. PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Nome: Vanessa Costa Santos

RG: MG- 13618706

CPF: 077190796-63

Endereço: Rua silvestre Moreira 2515

Telefone:

Celular: (34) 88147494

E-mail vanessasantos@unicerp.edu.br

1.3. INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL

Centro Universitário do Cerrado _ Patrocínio

1.4. PROJETO DE PESQUISA

Recebido no COEP/UNCIERP em: 31 /05/2017

Para o relator em: 07/ 06/2017

Parecer avaliado em reunião de: 03/ 07/ 2017

Aprovado: 03/07/2017

Diligência/pendências: 19/06/2017

Não aprovado: ____ / ____ / ____

Prof. Me. Angela M. Drumond Lege
 COEP-UNICERP

Diretor(a) do COEP/UNICERP