

**UNIVERSIDADE DO OESTE DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOCÊNCIAS E SAÚDE**

ANA PAULA DE OLIVEIRA

**CUIDADO EM SAÚDE MENTAL E CARACTERÍSTICAS DOS
USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

Dissertação de Mestrado

**Joaçaba
2019**

Ana Paula de Oliveira

**CUIDADO EM SAÚDE MENTAL E CARACTERÍSTICAS DOS
USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Biociências e Saúde - PPGBS, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Biociências e Saúde, da Universidade do Oeste de Santa Catarina.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Sirlei Favero Cetolin
Coorientador: Prof. Dr. Élcio Luiz Bonamigo

Joaçaba

2019

O48c Oliveira, Ana Paula de.
Cuidado com a saúde mental e características dos
usuários de álcool e outras drogas / Ana Paula de Oliveira.
— Joaçaba, 2019.
89 f., il. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado em Biociências e Saúde) —
Universidade do Oeste de Santa Catarina, 2019.
Bibliografia: f. 63-72.

1. Saúde mental. 2. Substâncias - Abuso. 3. Saúde pública. I.
Título.

CDD 613.86

ANA PAULA DE OLIVEIRA

**CUIDADO EM SAÚDE MENTAL E CARACTERÍSTICAS DOS
USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

Esta dissertação foi julgada e aprovada como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Biociências e Saúde no Programa de Mestrado em Biociências e Saúde da Universidade do Oeste de Santa Catarina

Joaçaba, 02 de outubro de 2019.

Prof. Dr. Jovani Antônio Stefanni
Coordenador do Programa

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Sirlei Fávero Cetolin
Universidade do Oeste de Santa Catarina
Orientadora

Prof^a. Dr^a. Vilma Beltrame
Universidade do Oeste de Santa Catarina
Examinador Interno

Prof.^a Dr^a Fabiana Meneghetti Dallacosta
Universidade do Oeste de Santa Catarina
Examinador Interno

Prof^a. Dr^a. Franciane Barbieri Fiório
Universidade do Oeste de Santa Catarina
Examinador Externo

Dedico essa Dissertação a minha Mãe Neli, meu Pai Djalma, minha irmã de coração Marciane, meu namorado Douglas, meus amigos, e toda a minha família, que incansavelmente me inspiraram, incentivaram, acompanharam e compreenderam esta jornada. Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

Agradeço inicialmente a Deus por me guiar durante minha caminhada acadêmica e profissional, por me proteger durante este processo, me iluminar e me dar tranquilidade para seguir em frente com os meus objetivos, e não desanimar com as dificuldades encontradas.

Aos meus pais Neli e Djalma, primos/irmãos do coração Marciane, Maurício, Marcelo, João e Júlia pelo apoio, suporte, compreensão e incentivo em toda minha vida, seja pessoal e profissional. É fundamental saber que posso contar com vocês!

Aos meus sobrinhos e afilhados Heloisa, Davi, Valentina e Marco Antônio que são minhas fontes de inspiração na busca de um mundo melhor.

Ao meu namorado Douglas, pelo apoio e paciência neste período. Seu incentivo e compreensão foram fundamentais para a realização deste sonho.

Aos meus amigos pelas palavras de apoio e pela compreensão de minha ausência durante este processo.

À minha orientadora Professora Doutora Sirlei, sem ela a realização deste estudo não seria possível. Agradeço pela paciência, cobrança, apoio e auxílio. Seu conhecimento, orientação e ajuda foram indispensáveis para chegar ao final desta importante etapa de minha vida pessoal e profissional. Obrigada!

À minha turma de Mestrado, especialmente, agradeço os amigos que fiz, e os momentos que compartilhamos.

Ao Programa de Mestrado em Biociências e Saúde por oportunizar que este sonho em ser mestre se tornasse realidade.

Agradeço a FUMDES – UNIEDU pelo apoio financeiro recebido, o qual foi de suma importância para a continuidade dos estudos.

E, finalmente, agradeço aos participantes desta pesquisa, sem eles com certeza isto não seria possível. Obrigada aos usuários que compartilharam comigo suas histórias, suas lutas e seus sofrimentos. Aos profissionais que prontamente me receberam e dividiram comigo um pouco de seus conhecimentos e lutas diárias e por despertarem ainda mais em mim a vontade de continuar lutando pela Saúde Mental. Sou Grata a todos! A Gratidão é a memória do coração!

RESUMO

Introdução: A dependência química é considerada um grave problema de saúde pública, necessitando de atenção interdisciplinar especializada e políticas que atuem na promoção e proteção da saúde. **Objetivo:** Analisar as características de usuários de Álcool e outras Drogas na Região de Saúde do Extremo Oeste de Santa Catarina identificando como é realizado o cuidado em Saúde Mental nos Centros de Atenção Psicossocial. **Método:** Pesquisa quanti-qualitativa, utilizando-se como instrumentos para a coleta das informações questionário sociodemográfico; ASSIST - Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test; AUDIT - Alcohol Use Disorders Identification Test aplicados aos usuários e entrevistas com os profissionais atuantes nos Centros de Atenção Psicossocial da região estudada. Para a análise dos dados utilizou-se o método de estatística descritiva com o suporte do programa Statistical Package for Social Science 24.0 (SPSS) e análise de conteúdo. **Resultados:** Verificou-se uma predominância de usuários do sexo masculino, com média de idade de 40,5 anos, sendo a maior parte dos participantes usuários de drogas lícitas como álcool, tabaco, e drogas ilícitas maconha e cocaína, com consumo excessivo e problemas financeiros, sociais e legais em decorrência do uso. Em relação ao cuidado em Saúde Mental, nota-se que os Centros de Atenção Psicossocial estudados atuam de forma interdisciplinar vendo o sujeito em sua totalidade, porém há muitas dificuldades e desafios na prática multiprofissional. **Considerações Finais:** Mostrou-se importante o tratamento em um serviço substitutivo como o Centro de Atenção Psicossocial, para o tratamento dos usuários, atuando de forma a resignificar vínculos, acompanhamento e incentivo aos usuários no processo de tratamento, orientação quanto aos riscos à saúde física e mental do uso abusivo, e fortalecimento da autonomia dos sujeitos frente ao seu processo de tratamento. A humanização e qualidade de vida do doente mental são essenciais, porém muitas famílias e muitos profissionais não se consideram preparados para auxiliar os doentes a resgatarem seus direitos, sua cidadania, ressaltando-se a autonomia e, para que isso seja alcançado, desponta a necessidade de os profissionais que atuam na Saúde Mental terem a formação específica e um envolvimento e comprometimento com seu trabalho, buscando a atuação pautada nos princípios e valores da ética e da bioética.

Palavras-chave: Saúde Mental, Padrão de Cuidado, Saúde Pública.

ABSTRACT

Introduction: Chemical dependence is considered a serious public health problem, requiring specialized interdisciplinary attention and policies that promote health promotion and protection. **Objective:** This study aimed to analyze the characteristics of users of alcohol and other drugs in the Far West Health Region of Santa Catarina, identifying how mental health care is performed in Psychosocial Care Centers. **Method:** A quantitative and qualitative research was performed, using as tools for the collection of information sociodemographic questionnaire; ASSIST - Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test; AUDIT - Alcohol Use Disorders Identification Test applied to users and interviews with professionals working in Psychosocial Care Centers in the studied region. For data analysis we used the descriptive statistics method supported by the Statistical Package for Social Science 24.0 (SPSS) program and content analysis. **Results:** There was a predominance of male users, with a mean age of 40.5 years, and most of the sample users of licit drugs such as alcohol, tobacco, and illicit drugs marijuana and cocaine, with excessive use and financial, social and legal problems due to use. In relation to mental health care, it is noted that the Psychosocial Care Centers studied act in an interdisciplinary way seeing the subject in its entirety, but there are many difficulties and challenges in multi-professional practice. **Final Considerations:** The treatment in a substitutive service, such as the Psychosocial Care Center, was shown to be important for the treatment of users, acting in such a way as to resignify bonds, monitoring and encouraging users in the treatment process, guidance on the risks to physical and mental health of abuse, and strengthening the autonomy of the subjects facing their treatment process. The humanization and quality of life of the mentally ill are essential, but many families and many professionals do not consider themselves prepared to help the patients to recover their rights, their citizenship, emphasizing autonomy and, for this to be achieved, there is a need for professionals working in mental health to have specific training and involvement and commitment to their work, seeking action based on the principles and values of ethics and bioethics.

Keywords: Mental Health, Standard of Care, Public Health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Esquematização da Dissertação.....	16
Figura 2 – Esquematização do Percurso Metodológico.....	34
Figura 3 – Municípios da Região Extremo Oeste de Santa Catarina.....	36
Figura 4 – Análise de conteúdo de Bardin.....	38

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Classificação da substância baseada nas ações aparentes das Drogas sobre o Sistema Nervoso Central (SNC).....	20
Quadro 2 - Critérios Diagnósticos para dependência, conforme CID- 10.....	21
Quadro 3 - Critérios diagnósticos para Transtornos do Uso de Substâncias conforme DSM-V.....	21

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Descrição de características sociodemográficas dos usuários de substâncias psicoativas.....	40
Tabela 2 - Uso de Drogas em algum momento da vida obtida pela Triagem do envolvimento ao Fumo, Álcool e Outras Drogas (ASSIST).	43
Tabela 3 - Frequência do uso de droga nos últimos três meses, obtida pela Triagem do envolvimento ao Fumo, Álcool e Outras Drogas (ASSIST).	44
Tabela 4 - Distribuição dos usuários que já tentaram diminuir ou controlar o uso das substâncias, após já ter feito o uso em algum momento da vida, obtida pela Triagem do envolvimento ao Fumo, Álcool e Outras Drogas (ASSIST)	46
Tabela 5 - Distribuição dos usuários segundo os tipos de intervenção necessária, obtida pela Triagem do envolvimento ao Fumo, Álcool e Outras Drogas (ASSIST)..	46
Tabela 6 - Distribuição das doses consumidas pelos usuários nas ocasiões em que bebem, obtida pelo Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao álcool – AUDIT.	47
Tabela 7 - Distribuição dos usuários que deixaram de fazer algo esperado, por causa da bebida, obtida pelo Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao álcool – AUDIT	47
Tabela 8 - Distribuição dos usuários sentiram culpa ou remorso após o consumo de álcool, obtida pelo Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao álcool – AUDIT.	48
Tabela 9 - Distribuição dos usuários conforme escore total obtido pelo Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao álcool – AUDIT.....	49

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS	17
1.1.1 Classificação do Uso de Álcool e Outras Drogas.....	19
1.2 SAÚDE MENTAL E USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS	22
1.3 O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL E OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	24
1.4 ASPECTOS BIOÉTICOS EM SAÚDE MENTAL.....	29
2 QUESTÕES NORTEADORAS DA PESQUISA	32
3 OBJETIVOS	33
3.1 OBJETIVO GERAL	33
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	33
4 PERCURSO METODOLÓGICO	34
4.1 ABORDAGEM DA PESQUISA.....	34
4.2 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	36
4.3 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS	38
5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	40
5.1 CARACTERÍSTICAS DOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS..	40
5.2 NÍVEIS DE USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS	43
5.3 CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	49
5.4 INTERDISCIPLINARIEDADE E SAÚDE MENTAL	56
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
7. REFERÊNCIAS	63
ANEXOS	73
APÊNDICES	84

1 INTRODUÇÃO

Esta dissertação de Mestrado em Biociências e Saúde, da Universidade do Oeste de Santa Catarina – UNOESC, campus de Joaçaba, está vinculada ao Grupo e Linha de Pesquisa “Promoção e Gestão em Saúde”, e apresenta os resultados de uma pesquisa realizada nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da Região de Saúde do Extremo Oeste de Santa Catarina.

A dependência química, é considerada um grave problema de Saúde Pública, necessitando assim de atenção especializada, portanto, a área da saúde tem muito a realizar no que diz respeito ao uso de Drogas e à promoção de saúde (GELBCKE; PADILHA, 2004). Desta forma, conhecer o padrão de uso e as diferenças entre usuários de Drogas se torna importante para que estratégias de prevenção e políticas específicas possam ser planejadas, pois o uso de múltiplas substâncias causa um impacto significativo na saúde pública (DIEHL, 2011).

A relevância deste estudo está relacionada à possibilidade de construção de referenciais científicos, que possam subsidiar a promoção da Saúde Mental e a prevenção do uso de Álcool e outras Drogas. A doença mental e dependência química são rodeadas de estigmas, mitos e preconceitos, que necessitam ser minimizados; com isso mais estudos precisam ser realizados em prol do direito e do cuidado humano, procurando contribuir para a transformação das situações de vulnerabilidade social dos usuários de Álcool e outras Drogas.

Para Furegato (2009), a demanda de cuidado em Saúde Mental não se restringe apenas a minimizar riscos de internação ou controlar sintomas. O cuidado em Saúde Mental envolve também questões pessoais, sociais, emocionais e financeiras, relacionadas à convivência com o adoecimento mental. Este cuidado acontece diariamente e necessita uma demanda de atenção que esteja preparada para oferecer assistência humanizada, com foco no sujeito e em seu sofrimento.

A ação de cuidar se constitui como a essência do trabalho em saúde mental. A partir do movimento da Reforma Psiquiátrica¹, novas formas e modelos de cuidado foram propostos, voltados não para a reprodução de técnicas para tratar o sujeito, e

¹ O movimento da Reforma Psiquiátrica teve início na década de 1970, por reivindicação de médicos e familiares de pessoas com transtornos mentais. No Brasil a partir da promulgação da Lei nº 10.216, de 6 de Abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais redimensionou o modelo assistencial em Saúde Mental. A Reforma Psiquiátrica pretende construir um novo estatuto social para o doente mental, que lhe garanta cidadania, respeito, direitos e sua individualidade (BASAGLIA, 2005)

sim para o cuidado nas relações com os outros, envolvendo um olhar ampliado, na compreensão do sujeito em suas múltiplas dimensões (LIMA, 2011). “O cuidado é uma condição que possibilita, produz, mantém e preserva a vida humana” (YASUI, 2007, p. 161).

A partir do Movimento da Reforma Psiquiátrica, surge a interdisciplinaridade nas práticas de cuidado em Saúde Mental, com o intuito de reestruturar as formas de produção do cuidado, cujo caráter positivista deixou de ser suficiente para explicar os fenômenos que separados de seu todo perdem o sentido, e a partir da perspectiva da interdisciplinaridade passam a considerar os fenômenos como uma relação de reciprocidade, de mutualidade, que pressupõe uma atitude diferente a ser assumida frente ao problema de conhecimento, isto é, substitui-se a concepção fragmentária pela visão do sujeito em sua totalidade (SAMPAIO, 2007).

Sendo assim, a proposta deste estudo inicialmente pautou-se em uma revisão de literatura que é uma das etapas fundamentais para a pesquisa, pois fornece a fundamentação teórica sobre o tema e a construção de conceitos que darão suporte ao desenvolvimento da pesquisa (MORESI, 2003). A revisão de literatura contempla na base teórica, conceitos importantes e elementos utilizados para subsidiar o estudo, como: Álcool e outras Drogas, Classificação do uso de Álcool e outras Drogas, Cuidado em Saúde Mental, Dependência Química, Centro de Atenção Psicossocial – CAPS e Interdisciplinaridade, para isso consultou-se bancos de dados como: SCIELO (*Scientific Electronic Library Online*), Pubmed, Periódicos CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) Biblioteca Virtual de Saúde, entre outros.

Esta dissertação está estruturada em seis partes. Na primeira parte são abordados assuntos fundamentais, sendo: Uso de álcool e outras Drogas, seguido por sua subdivisão: Classificação do uso de Álcool e outras Drogas. Subtítulos como: Saúde Mental e o uso de Álcool e outras Drogas, O Cuidado em Saúde Mental e os Centros de Atenção Psicossocial e Aspectos Éticos do cuidado em Saúde Mental, também são contemplados nesta parte da dissertação (FIGURA 1).

As questões norteadoras foram abordadas na segunda parte, onde buscou-se compreender as características dos usuários de álcool e outras Drogas dos Centros de Atenção Psicossocial do Extremo Oeste de Santa Catarina, e como é realizado o cuidado em Saúde Mental.

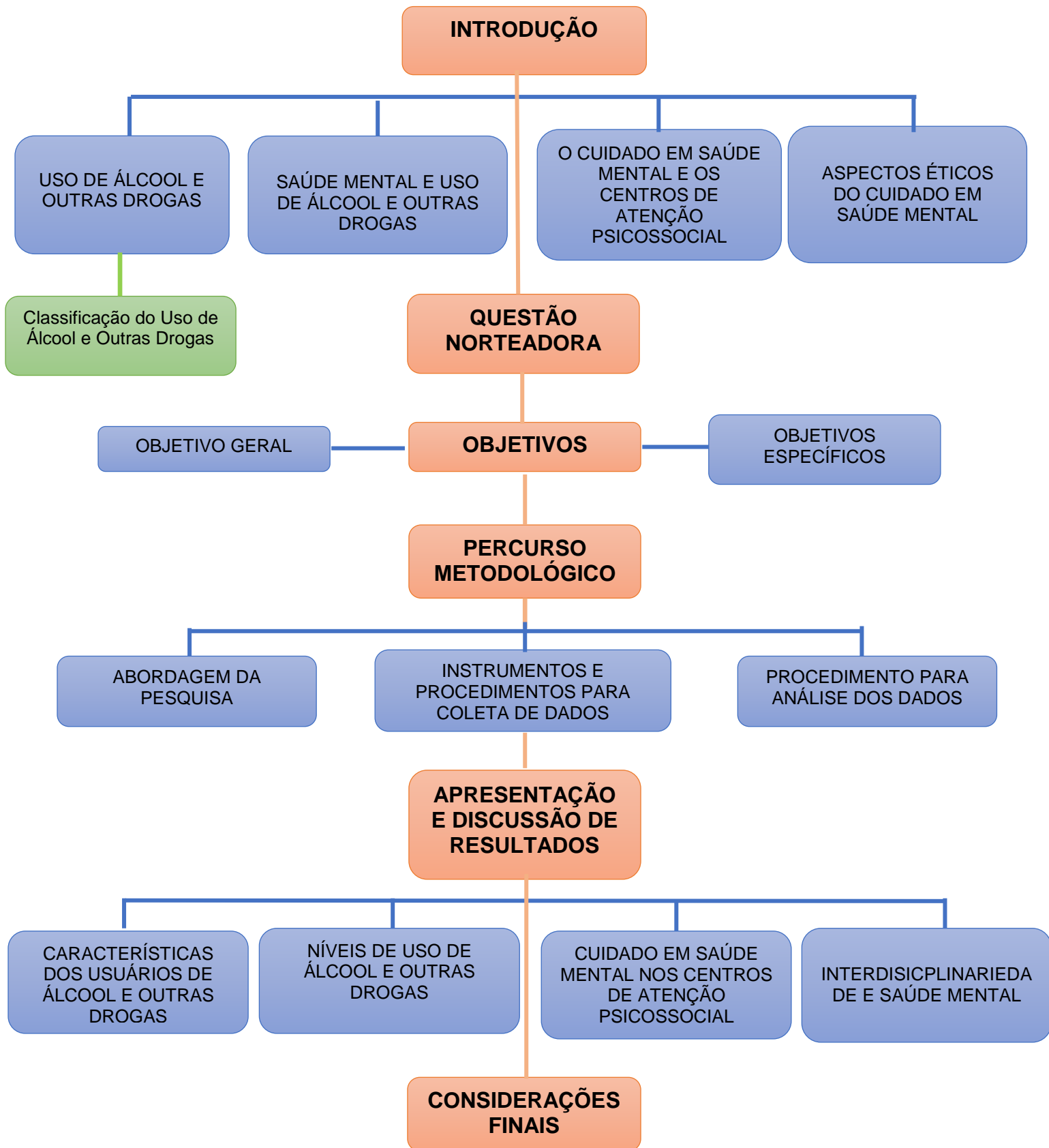
Na sequência, como terceira parte, apresenta-se o objetivo geral e objetivos específicos, onde buscou-se analisar as características de usuários de álcool e outras Drogas na região de saúde do extremo oeste de Santa Catarina identificando como é realizado o cuidado em Saúde Mental nos Centros de Atenção Psicossocial, contribuindo com reflexões acerca da interdisciplinaridade no cuidado em Saúde Mental a partir das ações desenvolvidas pelos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial.

Dando continuidade, na quarta parte, descreveu-se o percurso metodológico que se adotou para a condução deste estudo. Realizou-se uma pesquisa quantitativa e qualitativa. Quantitativa no que se refere às características dos usuários de Álcool e outras Drogas, bem como os níveis de uso. E qualitativa através da análise de entrevistas realizadas com os profissionais atuantes nos Centros de Atenção Psicossocial da região estudada, buscando analisar as ações de cuidado em Saúde Mental desenvolvidas, referentes à prevenção da saúde, tratamento e reabilitação psicossocial dos usuários de substâncias psicoativas.

Posteriormente, apresenta-se a quinta parte com os resultados e as discussões, a partir dos referenciais teóricos indicados, sendo subdividida em quatro partes, organizadas de acordo com as categorias de análise encontradas: Características dos usuários de Álcool e outras Drogas, onde são apresentados dados referentes ao perfil sociodemográfico dos sujeitos pesquisados; seguido por Níveis de uso de álcool e outras Drogas; O Cuidado em Saúde Mental nos Centros de Atenção Psicossocial, identificando ações de produção e promoção de cuidado, e Interdisciplinaridade e Saúde Mental, a partir das ações desenvolvidas pelos profissionais.

Por fim, apresenta-se as considerações finais, onde são retomados os objetivos desta Dissertação e os resultados desta pesquisa.

Figura 1 - Esquematização da Dissertação



A seguir, apresenta-se a primeira parte da dissertação, sendo ela a fundamentação teórica inicial deste estudo, organizada a partir das categorias: Uso de Álcool e outras Drogas, incluindo sua subdivisão Classificação do uso de Álcool e outras Drogas; seguida por Saúde Mental e o uso de Álcool e outras Drogas, O cuidado em Saúde Mental e os Centros de Atenção Psicossocial e Aspectos éticos do cuidado em Saúde Mental.

1.1 USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2008) droga é qualquer substância não produzida pelo organismo que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas, produzindo alterações em seu funcionamento. Assim como o uso de Drogas é determinado por diferentes motivos, também apresenta diversas manifestações e condições de uso, bem como distintos padrões de uso.

O uso de álcool e outras Drogas causa um grande impacto na saúde dos usuários, e seu consumo tem se tornado uma prática cada vez mais comum. No Brasil, alguns estudos epidemiológicos relacionados ao uso de substâncias psicoativas foram realizados, entre estes estão: II Levantamento Domiciliar, realizado pelo Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas - CEBRID nos anos de 2001 e 2005, apontando que 22,8% da população pesquisada já fez uso de Drogas na vida exceto tabaco e álcool, correspondendo a uma população de mais de dez milhões pessoas (CARLINI, 2006). Outro estudo realizado foi o VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública e Privada de Ensino nas 26 Capitais Brasileiras e no Distrito Federal, realizado em 2010, onde o uso de álcool teve a menor média de idade (13 anos) dentre todas as Drogas pesquisadas (CARLINI et al, 2010).

O II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) em 2012, realizado pela Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD), constatou que em 2012, houve crescimento de 20% do consumo frequente de álcool, quando o indivíduo bebe uma vez por semana ou mais, em relação ao estudo de 2006 (LARANJEIRA et al, 2014). A partir do Relatório Brasileiro Sobre Drogas em 2009 evidenciou-se que no Brasil a mortalidade por Drogas aumentou no período de 2001 a 2007, sendo que

no ano de 2007 cerca 4,3 óbitos por 100.000 habitantes estavam relacionados ao uso de Drogas. As taxas de mortalidade associadas ao uso de Drogas mostraram que o álcool é associado a cerca de 90% das mortes, sendo responsável pela morte de 3,9 pessoas em cada 100.000 habitantes no Brasil (CARLINI, 2006).

Em setembro de 2018, a Organização Mundial da Saúde divulgou resultados do Relatório Global sobre Álcool e Saúde, onde estimou-se que 43% da população mundial consome álcool atualmente, sendo a média de consumo de 6,4 litros de álcool puro. No Brasil cerca de 54% de homens e 27,3% das mulheres consumiram álcool no ano de 2017. O álcool esteve associado a 69,5% e 42,6% dos índices de cirrose hepática, a 36,7% e 23% dos acidentes de trânsito e a 8,7% e 2,2% dos índices de câncer – respectivamente, entre homens e mulheres em 2016. Especificamente sobre os transtornos relacionados ao uso do álcool, estimou-se que 4,2% (6,9% entre homens e 1,6% entre mulheres) dos brasileiros preenchem critérios para abuso ou dependência (OMS, 2018).

Estudos afirmam que o uso de substâncias psicoativas, não é um evento novo no repertório humano, e sim uma prática milenar e universal, não sendo, portanto, um fenômeno exclusivo da época em que vivemos (NUNES; JÓLLUSKI, 2007). A história da dependência de Drogas se confunde com a própria história da humanidade, postulam Carranza e Pedrão (2005), desta forma compreende-se que o consumo de Drogas sempre existiu ao longo dos tempos, desde as épocas mais antigas e em todas as culturas e religiões, com finalidades específicas, como parte de rituais, festividades, alívio da dor, prazer e como forma de vivência de experiências desconhecidas, tendo também o significado de desregramento, contestação, ameaça, poder e desqualificação, isso porque o homem sempre buscou, através dos tempos, maneiras de aumentar seu prazer (MARTINS; CORRÊA, 2004).

O uso de Álcool e outras Drogas altera o estado mental e sofre influência direta do contexto histórico, cultural e social, o que pode ser verificado e analisado desde a antiguidade até hoje, uma vez que essas questões sempre permearam a vida humana. O homem sempre se relacionou com Drogas, quer por razões culturais ou religiosas, por recreação ou como forma de enfrentamento de problemas, para transgredir ou transcender, como meio de socialização ou para se isolar. Essa relação dependendo do contexto, pode ser inofensiva ou apresentar poucos riscos,

mas também pode assumir padrões de utilização altamente disfuncionais, com prejuízos biológicos, psicológicos e sociais (BICCA et al, 2012).

A Organização Mundial de Saúde considera o uso abusivo de Drogas como uma doença crônica e recorrente, constituindo-se como um problema de Saúde Pública que vêm ultrapassando as fronteiras sociais, emocionais, políticas e nacionais, preocupando toda a sociedade (ANDRETTA; OLIVEIRA, 2011). Falar sobre dependência química e uso de Álcool e outras Drogas é discutir questões relacionadas diretamente ao campo da saúde, o que leva a reflexão sobre esse fenômeno no âmbito das concepções de saúde/doença, desde os tempos mais remotos até a atualidade, visto que estes temas sempre estiveram presentes na história da sociedade, embora cada período apresente uma maneira particular de encarar e lidar com esses fenômenos, de acordo com a conjuntura social, econômica e política de cada época (PRATTA; SANTOS, 2009).

1.1.1 Classificação do Uso de Álcool e Outras Drogas

Quanto à sua origem, as Drogas podem ser classificadas como naturais, advindas de plantas, cuja matéria prima é usada diretamente como droga ou extraída e purificada, como por exemplo, a maconha; já as Drogas semissintéticas são resultado de reações químicas em laboratórios a partir de Drogas naturais, como acontece com a heroína; e sintéticas que são produzidas unicamente por manipulações químicas em laboratórios, como por exemplo, o ecstasy (NICASTRI, 2011).

O mecanismo de ação, sintomas de tolerância, abstinência e as alterações ocasionadas por uso prolongado são fundamentais para a compreensão de como estas substâncias produzem seus efeitos no organismo dos usuários. Os efeitos se dividem em três grupos: depressoras, estimulantes e perturbadoras do sistema nervoso central e estão apresentadas no quadro 1.

Quadro 1 – Classificação da substância baseada nas ações aparentes das Drogas sobre o Sistema Nervoso Central (SNC).

SUBSTÂNCIAS	EFEITOS NO ORGANISMO
Substâncias Depressoras	As substâncias depressoras do sistema nervoso central diferem em suas propriedades físicas e químicas, mas apresentam a característica comum de causar uma diminuição da atividade global, ou de certos sistemas específicos do sistema nervoso central. A consequência dessa ação, é uma tendência de ocorrer a diminuição da atividade motora, da reatividade à dor e da ansiedade, e é comum um efeito eufórico logo após o uso e, posteriormente, um aumento da sonolência. O uso crônico dessas substâncias pode levar à destruição de neurônios, causando danos irreversíveis ao cérebro, assim como lesões no fígado, rins, nervos periféricos e medula óssea. São exemplos de substâncias depressoras: álcool, sedativos, morfina.
Substâncias Estimulantes	As substâncias estimulantes do sistema nervoso central são capazes de aumentar a atividade de determinados sistemas neuronais, trazendo como consequência um estado de alerta exagerado, insônia e aceleração dos processos psíquicos. São exemplos de substâncias estimulantes: as anfetaminas, cocaína e nicotina.
Substâncias Perturbadoras.	As substâncias perturbadoras do sistema nervoso central causam diversos fenômenos psíquicos anormais, como alucinações e delírios, sem que haja inibição ou estimulação global do sistema nervoso central. São exemplos de substâncias perturbadoras: a maconha, anticolinérgicos e os alucinógenos

Fonte: Nicastri, 2011.

Quanto aos padrões de uso, os principais padrões de uso de substâncias psicoativas, são guiados pela Organização Mundial de Saúde que propõem critérios que permitem diferenciar o abuso (uso nocivo) e a dependência (OMS, 2008).

Segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID – 10), o termo uso nocivo (ou prejudicial) é aquele que resulta em dano físico ou mental à saúde, sem que necessariamente dos critérios para dependência sejam preenchidos. O CID-10 considera que um diagnóstico definitivo de dependência, só pode ser feito quando três ou mais os critérios se apresentarem nos últimos 12 meses (FERRI; GALDUROZ 2017). Os critérios diagnósticos para dependência química são apresentados no quadro 2.

Quadro 2 - Critérios Diagnósticos para dependência, conforme CID- 10.

1. Forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância.
2. Dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância, em termos de início, término e níveis de consumo.
3. Estado de abstinência fisiológica quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, evidenciado pela síndrome de abstinência de uma substância específica, ou quando se faz o uso da mesma substância com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência.
4. Evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas.
5. Abandono progressivo de prazeres e interesses alternativos, em favor do uso da substância psicoativa. Aumento, também, da quantidade de tempo necessário para obter ou ingerir a substância, assim como para se recuperar de seus efeitos.
6. Persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de consequências nocivas, tais como: danos ao fígado, por consumo excessivo de bebidas alcoólicas, estados de humor depressivos, períodos de consumo excessivo da substância, comprometimento do funcionamento cognitivo etc. Nesse caso, deve-se fazer esforço para determinar se o usuário estava realmente (ou se poderia esperar que estivesse) consciente da natureza e extensão do dano.

Fonte: Adaptado de Ferri; Galduroz (2017)

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM- V, considera o abuso e a dependência de substâncias como Transtorno do Uso de Substâncias, considerado um padrão problemático de uso, que leva a um comprometimento ou sofrimento significativo ocorrido nos últimos 12 meses, podendo ser classificado como leve, moderado ou grave, de acordo com os critérios preenchidos (APA, 2014). O quadro 3 apresenta os critérios diagnósticos para transtornos relacionados ao uso de substâncias.

Quadro 3 - Critérios diagnósticos para Transtornos do Uso de Substâncias DSM-V

1. Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos: – Necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para atingir a intoxicação ou o efeito desejado; – Acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de substância.
2. Síndrome de abstinência, manifestada por qualquer um dos seguintes aspectos: – Síndrome de abstinência característica para a substância; ou uma substância estreitamente relacionada é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência.
3. Desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da droga.
4. A substância é frequentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido.
5. Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção da substância, na utilização ou na recuperação de seus efeitos.
6. Problemas legais recorrentes relacionadas ao uso de substâncias.
7. Uso recorrente da substância, resultando no fracasso em desempenhar papéis importantes no trabalho, na escola ou em casa.
8. Uso continuado da substância, apesar de problemas sociais e interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados por seus efeitos.
9. Importantes atividades sociais, profissionais ou recreacionais são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância.
10. Uso recorrente da substância em situações nas quais isso representa perigo para a integridade física.
11. O uso da substância é mantido apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente, que tende a ser causado ou exacerbado por esse uso.

Fonte: Adaptado de Ferri; Galduroz (2017)

Os níveis de uso nocivo e de dependência representam alterações patológicas no indivíduo, nestes padrões ocorrem consequências danosas à saúde física, psíquica e social, desta forma a dependência de Drogas é mundialmente classificada entre os transtornos psiquiátricos, considerada como uma doença crônica que acompanha o indivíduo por toda a sua vida; que pode ser tratada e controlada, para a redução de sintomas (AGUILAR; PILLON, 2005). Determinar os diversos padrões de uso de substâncias psicoativas é parte fundamental para o estabelecimento do melhor programa terapêutico para esses sujeitos.

1.2 SAÚDE MENTAL E USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

A utilização de Álcool e outras Drogas aumenta a chance do surgimento de transtornos mentais (RUSH, 2008). Para Diehl (2011) o impacto do uso de substâncias no sistema nervoso é extremamente nocivo ao equilíbrio físico, cognitivo, comportamental e emocional do indivíduo; e aumenta a chance do surgimento de transtornos psiquiátricos associados, quando comparados a indivíduos que não utilizam Drogas, sendo a identificação deste transtorno relevante tanto para o prognóstico quanto para o tratamento adequado do paciente.

Dentre as comorbidades psiquiátricas comumente encontradas entre os dependentes químicos, destacam-se os transtornos depressivos e ansiosos e os transtornos de personalidade (DUAILIBI; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2008). Há evidências de que às comorbidades psiquiátricas em dependentes químicos estão associadas ao aumento da agressividade, recaídas e de suicídio (ALVES et al., 2004).

O diagnóstico da dependência química exige a avaliação de diversos aspectos, uma vez que os padrões de consumo de Drogas na atualidade são diversificados, sendo a dependência o último estágio. Entretanto, romper o ciclo de dependência é algo muito difícil e delicado, pois os indivíduos que se tornam dependentes vivenciam um sofrimento físico e psíquico intenso, tendo sua vida afetada, bem como suas famílias, amigos e a comunidade de uma forma geral (PRATTA; SANTOS, 2009). Portanto, não basta apenas identificar e tratar os sintomas, mas sim, identificar as consequências e os motivos que levaram o indivíduo a fazer o uso destas substâncias, considerando o indivíduo em sua

totalidade, para que se possa oferecer outros referenciais e subsídios capazes de gerar mudanças de comportamento em relação à questão do uso de Drogas.

Deve-se discutir e cuidar da dependência química na atualidade dentro do modelo biopsicossocial de saúde, considerando o paciente em sua totalidade, encarando-o como um ser ativo no processo saúde/doença. O tratamento da dependência química deve abranger o indivíduo, o impacto e as consequências do consumo sobre as diversas áreas da vida do sujeito (LEITE, 2000). Não se deve apenas se preocupar com o diagnóstico do indivíduo, mas sim com um sujeito que apresenta maior vulnerabilidade em relação à droga, considerando os mesmos como sujeitos ativos, que possuem saberes e fazeres particulares, diretamente implicados no processo saúde/doença (PRATTA; SANTOS, 2009).

De acordo com Amarante (2003), a partir do movimento da Reforma Psiquiátrica iniciou-se um processo social e complexo envolvendo mudanças significativas nas formas de cuidado em Saúde Mental, no aspecto sociocultural, além de outras transformações na legislação sobre proteção e direitos de pessoas em sofrimento mental. O mesmo autor postula ainda que este processo social é complexo e inclui quatro dimensões: teórico-conceitual, onde afirma que deve ocorrer um rompimento conceitual acerca da ideia de doença mental; a segunda dimensão proposta é a técnico-assistencial, que corresponde a articulação da integralidade do sujeito considerando sua singularidade, seus laços afetivos, problemas cotidianos, seus referenciais socioculturais (terceira dimensão) e sua ligação com o território no qual está inserido. Nesta direção se estabelece a última dimensão proposta pelo autor, a jurídico política, que estabelece um movimento que visa transformações importantes em nossa sociedade (AMARANTE, 2008).

A proposta de um tratamento com possibilidades de reinserção social do indivíduo em sofrimento psíquico denota a extinção do modelo asilar, requerendo a inovação terapêutica, encontrada nos modelos atuais. A reorientação da assistência psiquiátrica faz emergir a necessidade de articular o enfoque interdisciplinar, ao considerar que o cuidado ampliado em Saúde Mental requer percepções distintas entre os integrantes da equipe profissional, tendo como objetivo produzir um espaço favorável ao intercâmbio de conhecimentos entre as várias especialidades e profissões (FURTADO; CAMPOS, 2005).

Para Saraceno (1999 p.13) as intervenções no campo da Saúde Mental devem “incorporar em suas estratégias o manejo dos fatores de proteção, que

garantem aos sujeitos a possibilidade de viver a vida fora do circuito das institucionalizações”. Assim, deve-se pensar o cuidado como um acontecimento que produz vida e possibilidades de inserção do indivíduo na comunidade (FERREIRA et al., 2017).

As novas abordagens de cuidado em Saúde Mental constituem uma tentativa de compreender a doença mental de forma diferente, considerando a singularidade, a realidade na qual o sujeito está inserido, recebendo apoio da comunidade, dos membros familiares, e não na doença em si, como nas práticas ocorridas nos últimos séculos (AMARANTE, 2003). Para Jorge et al. (2006) quando os profissionais, familiares e comunidade colaborarem com o desenvolvimento de pessoas em sofrimento mental, estarão aptos a cuidar de forma adequada o sujeito, pois ao cuidar do paciente a equipe busca entender sua complexidade e subjetividade.

1.3 O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL E OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

O termo cuidado possui diversas conceituações. Para Azevedo (2006) a palavra cuidado deriva do latim e significa cura. Em sua forma antiga “coera”, esta palavra era utilizada em contexto de amizade e laços afetivos para expressar atitudes de cuidado, devoção e preocupação sobre o objeto amado.

A ontologia existencial de Heidegger (1995) recorre à expressão “Cuidado”, tão amplamente usada na saúde para se referir às relações da centralidade dos projetos no modo de ser dos humanos, com os modos de compreenderem a si e a seu mundo e com seus modos de agir e interagir, designa como Cuidado, o próprio ser do ser do humano. Para Waldow (2004) o cuidado é um processo que deve ser vivido, não existindo regras, fórmulas, e a humanização ocorre através do ato de cuidar, devendo sempre a humanização e o cuidado andar juntos. Do ponto de vista filosófico o cuidado é uma atitude de zelo, de desvelo, de envolvimento afetivo para com outra pessoa, “Somos feitos e precisamos de cuidado para nossa sobrevivência e manutenção da condição de ser humano” (BOFF, p.89, 2002).

A demanda de cuidado em Saúde Mental não se baseia apenas em minimizar interações ou diagnosticar sintomas, envolve questões pessoais, sociais e

financeiras relacionadas com o adoecimento mental. O cuidado em Saúde Mental é decorrente de estreita relação entre os serviços de saúde, pacientes em adoecimento mental, familiares, profissionais e comunidade, considerando as características individuais de cada contexto social, cultural e econômico, pois, conhecendo as individualidades dos sujeitos é possível o levantamento de informações importantes para o planejamento de ações mais humanizadas. Cecílio (2011) propõe que o cuidado é o provimento e disponibilização das tecnologias de saúde de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, em diferentes momentos de sua vida, visando o bem-estar e segurança para uma vida produtiva e feliz.

A Reforma Psiquiátrica pauta diversas ressignificações no modelo de cuidado em Saúde Mental. O cuidado passa a ser visto como uma premissa para a vida dos sujeitos, estas mudanças permitem que os sujeitos, até então vistos como loucos possam participar da vida em sociedade. Os Centros de Atenção Psicossocial-(CAPS) surgem nesse processo com o objetivo de proporcionar a desinstitucionalização do cuidado em Saúde Mental, fundamentais para a estratégia e reorganização do modelo de atenção em Saúde Mental, visando promover e potencializar a contratualidade social do sujeito, realizar atendimentos clínicos e apoio matricial em Saúde Mental para a atenção básica (BRASIL, 2014).

Os Centros de Atenção Psicossocial são considerados um dos avanços significativos da Reforma Psiquiatria Brasileira. São instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar e apoiar os sujeitos em suas iniciativas em busca de autonomia, apresentando-se como um serviço substitutivo para o modelo de atenção, centralizado na assistência hospitalar psiquiátrica. É um lugar de referência para pessoas que sofrem com transtornos mentais e seus serviços visam oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2002). Para Schrank e Olschowsky (2008) os Centros de Atenção Psicossocial aparecem como um serviço substitutivo em Saúde Mental que tem demonstrado efetividade na substituição da internação de longos períodos por um tratamento que não isola pacientes de suas famílias e comunidades.

Esta modalidade de serviço substitutivo se evidencia por ofertar serviço ambulatorial de atenção diária ao usuário, que funcione segundo a lógica e necessidade do território de abrangência. Como este estudo investigará apenas CAPS I, apresenta-se a seguir sua caracterização, definida pela Portaria do Ministério da Saúde nº336/2002:

- ✓ **CAPS I**: capacidade operacional para atendimento de população entre 15.000 e 70.000 habitantes; funcionam dois turnos diários, durante cinco dias úteis semanais; atividades ofertadas: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras); atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou médio; visitas domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias com foco na integração do usuário na comunidade e sua inserção familiar e social; limite máximo de 30 usuários atendidos por dia; equipe técnica mínima de nove profissionais, sendo eles: 01 médico com formação em Saúde Mental; 01 enfermeiro; 03 profissionais de nível superior, entre as categorias profissionais: assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; 04 (quatro) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

Os Centros de Atenção Psicossocial oferecem atendimento aos pacientes que fazem uso prejudicial de Álcool e outras Drogas, permitindo que a proposta de tratamento seja pensada em uma perspectiva individualizada e de contínua evolução, desenvolvendo uma gama de atividades que vão desde o atendimento individual até atendimento em grupo, oficinas terapêuticas. O CAPSad realiza o atendimento a todas faixas etárias e é especializado em transtornos pelo uso de Álcool e outras Drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes, oferecendo condições para o repouso e desintoxicação ambulatorial de pacientes que necessitem deste tipo de cuidado e que não demandem por atenção hospitalar (BRASIL, 2014).

A rede de atenção à Saúde Mental é parte do Sistema Único de saúde (SUS), que além de realizar serviços de Atenção Básica em Saúde Mental, também deve

trabalhar na construção de redes de cuidados, articulando-se com outros serviços, visando o trabalho integrado em rede, compartilhando a responsabilidade da atenção às pessoas em sofrimento mental e aumentando a capacidade de resolução de problemas de saúde. O cuidado em uma base comunitária deve ser estabelecido, considerando os sujeitos e as conexões por ele estabelecidas em um determinado território, o que tem impulsionado a multidimensionalidade e a complexidade do cuidado (BRASIL, 2014). Produzir estas redes de cuidado que visam potencializar a atenção às pessoas com transtornos mentais é um dos grandes desafios da Saúde Mental (BARROS, 2009).

Para que o cuidado em Saúde Mental seja realizado, torna-se essencial a apropriação de estratégias de prevenção e promoção de saúde adequadas e necessárias para que se possa proporcionar a atenção integral aos usuários. Os Centros de Atenção Psicossocial desenvolvem atividades terapêuticas preocupando-se com o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana.

Uma das principais estratégias desenvolvidas pelos CAPS para articular a rede de cuidados é a realização do apoio matricial ou matriciamento, compreendido como “um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica” (CHIAVERINI et al. 2011, p.13). O apoio matricial se caracteriza como articulador de uma série de estratégias fundamentais no processo de construção e de transformação da assistência em Saúde Mental. Foi incorporado pelo Ministério da Saúde como uma estratégia de gestão para a construção de uma rede de cuidados em Saúde Mental mais ampla (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

O Plano Terapêutico Singular (PTS) é um dos principais instrumentos de cuidado dos Centros de Atenção Psicossocial, pois possibilita a participação, reinserção e construção de autonomia para a participação, para o usuário e família em sofrimento psíquico. Segundo Pinto (2012), o desenvolvimento do Plano Terapêutico Singular deve procurar respeitar a singularidade de cada sujeito, produzir cuidado não é atuar de forma burocrática e mecanicista, e sim perceber que o caráter individual do sujeito tem importante relevância no dinamismo do cuidado.

A adoção de medidas como estas são fundamentais para ampliar as possibilidades em realizar uma assistência mais humanizada, com a disposição de um conjunto de recursos que visem focar o tratamento voltado ao sujeito e seus laços sociais, além de favorecer a integração entre distintas especialidades e

profissões. O estabelecimento de um tratamento voltado para o sujeito assegura na área de Saúde Mental maior efetividade no trabalho e investir na construção da autonomia dos usuários, constituindo-se assim, como ferramentas indispensáveis para a humanização da atenção e da gestão em saúde (CAMPOS, 2007).

A necessidade da interdisciplinaridade no campo da Saúde Mental decorre do fato de que o “adoecer psíquico” não é um fenômeno homogêneo e simples, mas complexo e multifacetado. O sofrimento psíquico é decorrente de uma complexa teia de eventos biológicos, sociais, emocionais, psicológicos, culturais e políticos. Sendo assim, as formas de atenção a ele, para o seu arrefecimento, necessitam ser as mais diversificadas possíveis (OLIVEIRA; ATAIDE; SILVA, 2004).

A perspectiva interdisciplinar requer uma nova atitude dos profissionais envolvidos, que sejam capazes de articular conhecimentos específicos de sua formação com o de toda rede de saberes que envolve o sistema de cuidados, criando um conjunto de saberes, instrumentos e práticas articulados, que exigem transformações na forma de fazer e pensar o cuidado, e permitam atendimento integrado e articulado ao sujeito em sofrimento mental. É fundamental que os profissionais tenham convicção de que o trabalho em Saúde Mental nos Centros de Atenção Psicossocial requer constantes reformulações acerca da atuação interdisciplinar, seus conceitos e aplicações, para que finalmente, discurso e prática possam se alinhar e resultar em uma assistência efetiva e coerente (RIBEIRO; SOUZA, 2013).

A realidade vivenciada pela população usuária de Álcool e outras Drogas mostra a necessidade de se trabalhar em um nível anterior, na promoção da saúde visando, segundo Gelbcke e Padilha (2004), a questão de estilos de vida e de educação para a saúde, a qual pode ser encarada como uma estratégia política e educacional adotada por muitos governos com o propósito de garantir a equidade. Para estes autores a promoção da saúde envolve aspectos como capacitar, educar, respeitar os direitos humanos, justiça social e equidade no atendimento. Dessa maneira, promovendo a saúde pode-se reduzir o fenômeno do uso de Álcool e outras Drogas, uma vez que promover a saúde é uma postura que está de acordo com o novo modelo de saúde, o qual considera o indivíduo na sua totalidade.

Para que o cuidado em Saúde Mental seja alcançado em sua totalidade, e realmente ocorra a promoção da saúde, há a necessidade de se romper com o padrão cientificista, buscando pensar a educação para saúde em termos mais

abrangentes, que considerem o indivíduo em sua totalidade o qual possui uma subjetividade, bem como valores e saberes diferentes daqueles com os quais os profissionais de saúde e educação lidam, desta forma, uma necessidade de aprendizagem dos dois lados (GAZZINELLI et al. 2005).

Os profissionais de saúde devem buscar estabelecer o vínculo com os pacientes. Para Campos (2007) o vínculo se constitui na troca entre a oferta do serviço de saúde dos trabalhadores e a demanda da resolução do sofrimento do usuário. É uma troca de afetos, na qual a equipe e o usuário precisam acreditar na resolutividade do tratamento para que esse vínculo não se torne “paternalista”. Deve-se estimular o usuário a também participar da resolução de seus problemas, ou seja, deve haver corresponsabilização no projeto terapêutico. Segundo o autor, “a prática de uma clínica com qualidade é o fortalecimento de vínculos entre paciente, famílias e comunidade com a equipe e com alguns profissionais específicos que lhes sirvam de referência” (CAMPOS, 2007, p. 68).

Barros (2009) expõe que a construção da assistência no CAPS, bem como da rede de serviços substitutivos, deve possibilitar a construção de projetos de vida, que devem ir “além dos muros” desses serviços e, para isso, faz-se necessária a formação de uma rede que, ao cuidar do paciente, busque entender sua complexidade e subjetividade, trabalhando em sintonia e procurando ter uma visão integral de cada caso. Segundo Benevides et al. (2010) a produção do cuidado nos serviços de saúde inclui a participação da família do paciente e perpassa todo o projeto terapêutico.

1.4 ASPECTOS BIOÉTICOS EM SAÚDE MENTAL

A Bioética possui inúmeras definições. Para Warren Reich, conforme apresentado por Goldim (s.p, 1997), é “um estudo sistemático da conduta humana na área das ciências da vida e da atenção à saúde, enquanto que esta conduta é examinada a luz dos princípios da vida”, buscando seguir os princípios da beneficência, não maleficência, autonomia e justiça.

O paciente psiquiátrico muitas vezes é visto apenas como doente, como um diagnóstico psiquiátrico, não sendo visto em sua singularidade e subjetividade. Percebe-se que há uma urgência em humanizar a prática e os cuidados em

psiquiatria, e humanizar é compreender o outro em sua totalidade. Um doente não se resume à doença, antes, é um ser humano digno de atenção e respeito, é neste sentido que a bioética pode contribuir significativamente para melhorar o ambiente psiquiátrico com práticas que respeitem a condição de sujeito dos seres humanos (COSTA, 2011).

A doença mental constitui um campo de inúmeras inquietações teóricas para as ciências e de desafios práticos no atendimento a doentes mentais. Em tal contexto, a bioética tem sido atualmente uma importante referência para se avaliar a ética em relacionamentos profissionais e institucionais, que envolvam pessoas doentes. Tal contribuição da bioética se tornou particularmente importante pelo fato de se ressaltar a necessidade do respeito à autonomia dos sujeitos, como condição para a ética dos relacionamentos (COSTA; ANJOS; ZAHER, 2007).

As doenças mentais foram concebidas, durante a história da humanidade, de diferentes formas, as quais legitimavam o tipo de tratamento dispensado aos loucos. A loucura nem sempre foi concebida segundo um olhar médico. Na verdade, passou pelo campo da mitologia como também o da religião. Na antiga Grécia, a loucura era considerada uma manifestação divina, sendo o “louco” dotado de determinada sabedoria profética. Na Idade Média a loucura era vista como algo diabólico e temido. Ao louco, neste contexto, era imposto o exílio do meio social, não tendo o direito ao exercício dos direitos sociais, bem como a disposição de seu corpo, eram excluídos e submetidos a tratamentos desumanos onde seus direitos eram renegados (ALVES et. al, 2009).

Para Melo (2012), o processo social conhecido como Reforma Psiquiátrica foi iniciado no Brasil em meados de 1970, e vem provocando grandes transformações no campo da Saúde Mental e atenção psicossocial. Este movimento está intimamente articulado ao movimento social que ficou conhecido como Movimento Sanitário no Brasil, que influenciou diretamente a Reforma Psiquiátrica, suas ideias, propostas e princípios na luta pela saúde pública.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira busca centralidade nas estratégias de desconstrução da ideia do sujeito louco como perigoso para o convívio social, ou seja, um novo lugar para a loucura e o fortalecimento dos serviços substitutivos que segundo Amarante (2000), são aqueles que além de oferecer uma assistência integral e tratamento diferenciado à população que necessita de atendimento em Saúde Mental, é capaz de substituir, em sua totalidade, a lógica manicomial, onde o

manicômio e o saber da psiquiatria clássica são considerados como as únicas estratégias de tratamento e intervenção na vida desses sujeitos. Os fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais passaram a ser considerados para tratamento das doenças mentais, porém, ainda hoje é possível perceber concepções antigas entre a relação de saúde e doença mental, o que contribui para a estigmatização destes sujeitos (BRAZ; SCHRAMM, 2011).

A humanização e qualidade de vida do doente mental é muito discutida, porém muitas famílias e profissionais não estão preparados para auxiliar os doentes a resgatarem seus direitos e sua cidadania. Acredita-se que humanização e qualidade de vida do doente podem ser iniciadas pelo bom atendimento, boas acomodações nos hospitais, higiene, alimentação; pois o sujeito doente mental, apesar das suas limitações, é um sujeito de potencialidades e de autonomia. Para que isso seja alcançado os profissionais que atuam na Saúde Mental devem procurar ter um envolvimento e um comprometimento com seu trabalho, buscando realização profissional pautada nos princípios e valores da ética e da bioética. Não basta apenas reconhecer a dignidade dos sujeitos em sofrimento mental, mas também é necessário adotar medidas e formas de garantir e promover esta dignidade e autonomia (COSTA; ANJOS; ZAHER, 2007).

Para o manejo adequado dos conflitos entre Psiquiatria e Bioética os profissionais precisam ir além do preparo científico, precisam de sólida formação ética para o exercício adequado de sua profissão (BONAMIGO, 2015).

2 QUESTÕES NORTEADORAS DA PESQUISA

A dependência química é considerada um grave problema de Saúde Pública, necessitando assim de atenção especializada.

Com o objetivo de ampliar o conhecimento sobre o fenômeno investigado e encontrar resultados que sirvam de subsídio para o fortalecimento da política de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas na região estudada, a presente pesquisa foi realizada nos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS da Região de Saúde do Extremo Oeste de Santa Catarina, inseridos nos municípios de Dionísio Cerqueira, Maravilha, Mondai e São Miguel do Oeste, e teve como questões norteadoras as seguintes perguntas:

- ✓ Quais as características dos usuários de Álcool e outras Drogas dos Centros de Atenção Psicossocial do Extremo Oeste de Santa Catarina?
- ✓ Como é realizado o cuidado em Saúde Mental nos Centros de Atenção Psicossocial da Região de Saúde do Extremo Oeste de Santa Catarina?

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as características de usuários de Álcool e outras Drogas na Região de Saúde do Extremo Oeste de Santa Catarina identificando como é realizado o cuidado em Saúde Mental nos Centros de Atenção Psicossocial.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar ações de cuidado em Saúde Mental aos usuários de Álcool e outras Drogas atendidos nos Centros de Atenção Psicossocial da Região de Saúde do Extremo Oeste de Santa Catarina.

- Identificar os níveis de uso de Álcool e outras Drogas de usuários atendidos nos Centros de Atenção Psicossocial da Região de Saúde do Extremo Oeste de Santa Catarina.

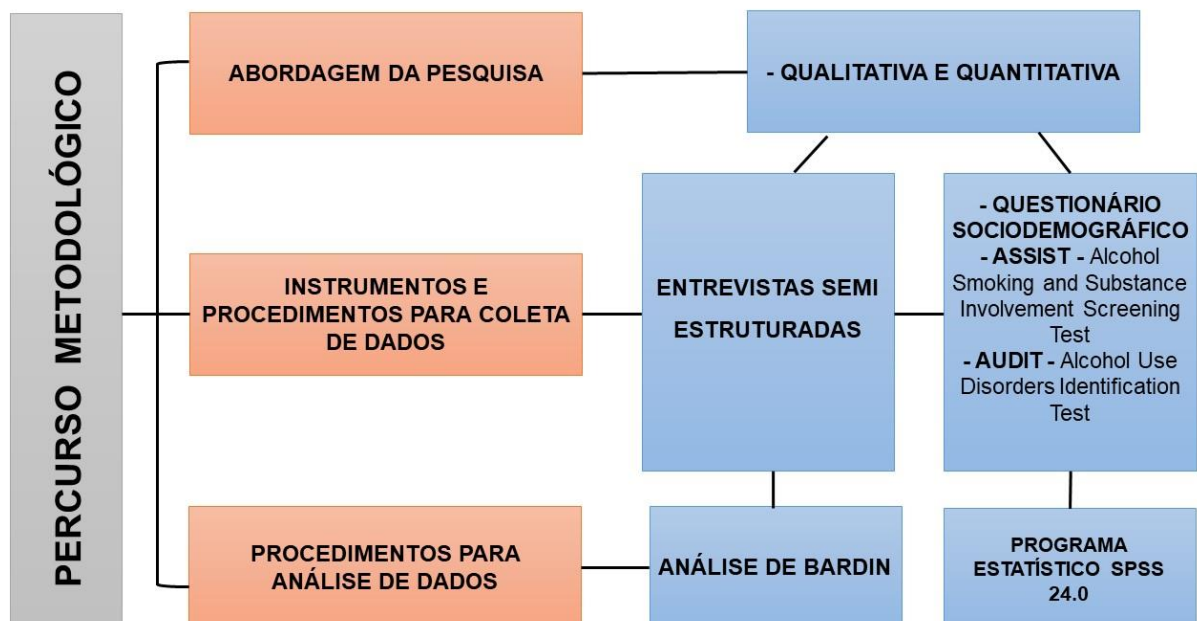
- Contribuir com reflexões acerca da interdisciplinaridade no cuidado em Saúde Mental a partir das ações desenvolvidas pelos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Nas pesquisas científicas o método pode ser definido como a observação dos fenômenos da realidade através de uma sucessão de passos, orientados por conhecimentos teóricos, que buscam explicar a causa desses fenômenos, suas correlações e aspectos não revelados (GOLDENBERG, 2004).

A seguir, são apresentados detalhes do percurso metodológico utilizado na presente pesquisa, o qual esta esquematizado na figura 2.

Figura 2 – Esquemática do Percurso Metodológico



4.1 ABORDAGEM DA PESQUISA

A pesquisa realizada caracteriza-se como uma pesquisa de cunho descritivo, pois tem como objetivo a descrição das características de uma determinada população ou fenômeno, e exploratória, visto que tem como finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, visando a formulação de novos problemas e hipóteses a serem pesquisadas em estudos futuros (GIL, 2010).

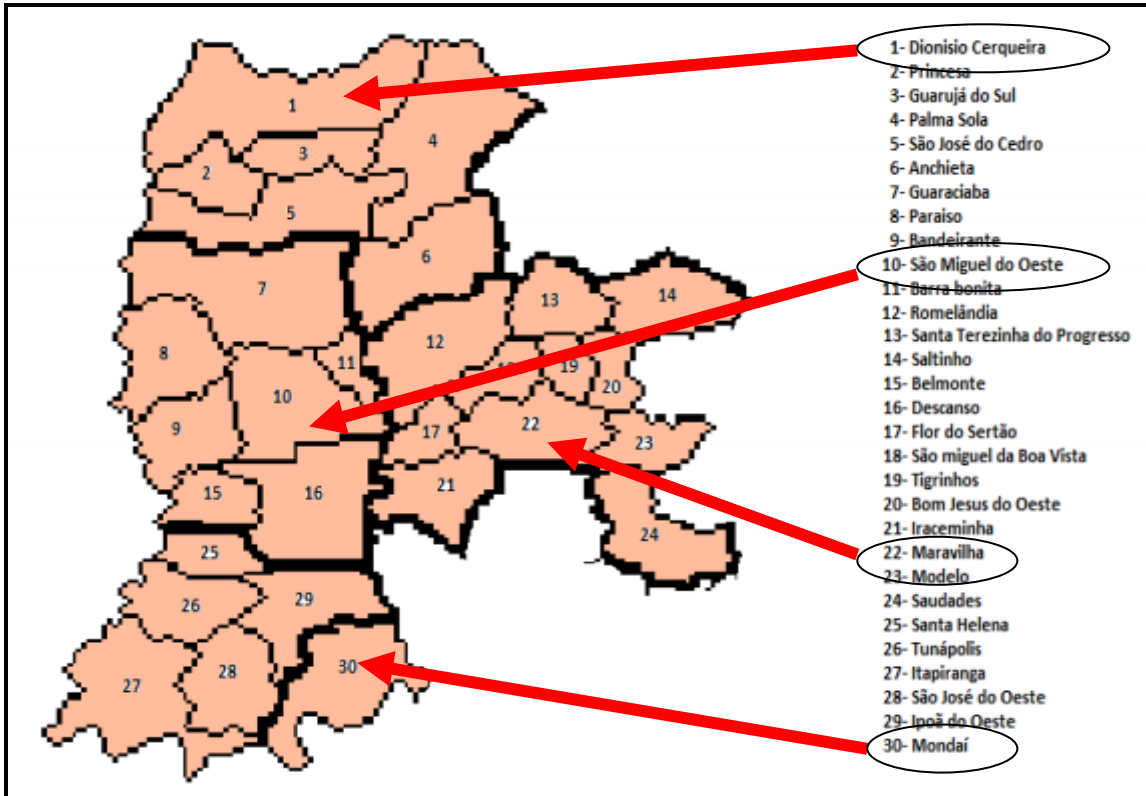
Utilizou-se a pesquisa de campo, que segundo Fonseca (2002) se configura como investigações em que, além da pesquisa bibliográfica e/ou documental, se realiza a coleta de dados juntos a pessoas, com uso de diferentes recursos, possibilitando a aproximação do pesquisador com o público pesquisado.

O projeto de pesquisa que subsidiou a elaboração desta dissertação foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Humana - (CEP) da Universidade do Oeste de Santa Catarina – UNOESC, mediante parecer número: 2.237.735 e CAAE 72853517.5.0000.5367 (ANEXO A).

Foram considerados sujeitos da pesquisa usuários de substâncias psicoativas e profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial da região estudada, pessoas maiores de 18 anos, com capacidade física e mental para responder os instrumentos de pesquisa e que após contato inicial e explicação do objetivo do estudo, aceitarem participar livremente mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C). Os instrumentos de coleta de dados foram aplicados pela pesquisadora e psicólogas atuantes nos Centros de Atenção Psicossocial. As entrevistas com profissionais foram gravadas e posteriormente transcritas para obtenção das categorias de análise.

O estudo ocorreu na região de saúde do Extremo Oeste de Saúde de Santa Catarina, que abrange 30 municípios, dentre os quais, quatro possuem Centros de Atenção Psicossocial – CAPS tipo I, sendo eles: Dionísio Cerqueira, Maravilha, Mondai e São Miguel do Oeste.

Figura 3 – Municípios da Região Extremo Oeste de Santa Catarina



Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina.

4.2 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Para a identificação das características dos usuários de Álcool e outras Drogas atendidos nos Centros de Atenção Psicossocial da Região de Saúde do Extremo Oeste de Santa Catarina, aplicou-se um questionário de informações socioeconômicas e demográficas (Apêndice A), onde foram coletadas informações como: estado civil, religião, situação ocupacional e educacional, idade, número de filhos, condições de moradia, procedência e renda.

Para a identificação dos níveis e uso de Álcool e outras Drogas dos usuários utilizou-se dois instrumentos que têm sido extensivamente testado nos serviços de saúde.

✓ ASSIST - Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test - (Anexo B): Instrumento desenvolvido para triagem do uso de substâncias

psicoativas, com o apoio da Organização Mundial de Saúde (OMS), contando com a participação de pesquisadores brasileiros nas suas fases de testagem e adaptação para outras línguas (HENRIQUE et al., 2004). O ASSIST é um questionário estruturado contendo oito questões sobre o uso de nove classes de substâncias psicoativas (tabaco, álcool, maconha, cocaína, estimulantes, sedativos, inalantes, alucinógenos e opiáceos). As questões abordam a frequência de uso, na vida e nos últimos três meses, problemas relacionados ao uso, preocupação a respeito do uso por parte de pessoas próximas ao usuário, prejuízo na execução de tarefas esperadas, tentativas mal sucedidas de cessar ou reduzir o uso, sentimento de compulsão e uso por via injetável. Cada resposta corresponde a um escore, que varia de 0 a 4, sendo que a soma total pode variar de 0 a 20. Considera-se a faixa de escore de 0 a 3 como indicativa de uso ocasional, de 4 a 15 como indicativa de abuso e ≥ 16 como sugestiva de dependência (HENRIQUE et al, 2004).

✓ AUDIT – Alcohol Use Disorders Identification Test – (Anexo C): é um instrumento composto por 10 questões e avalia o uso recente de álcool, sintomas de dependência e problemas relacionados ao álcool, avalia diversos níveis de uso de álcool, desde o não uso até o provável abuso nos últimos 12 meses. As respostas são pontuadas de 01 a 04, sendo as maiores pontuações indicativas de problemas. Classifica-se o usuário em uma de quatro zonas de risco, de acordo com o escore obtido: Zona I (até 7 pontos: indica uso de baixo risco ou abstinência); zona II (de 8 a 15 pontos: Indica uso de risco); Zona III (de 16 a 19 pontos: sugere uso nocivo) e Zona IV (acima de 20 pontos): mostra uma possível dependência). O AUDIT possibilita uma abordagem atenta para a mudança de foco do problema, não mais no alcoolismo, mas o uso de risco de, recaindo a ênfase sobre a detecção precoce de uma maior variedade de problemas relatados pelo uso de álcool.

Quanto a natureza qualitativa da pesquisa realizou-se entrevistas com os profissionais, que foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas para se manter a fidedignidade das respostas dos entrevistados. As entrevistas seguiram um roteiro de perguntas pré-estabelecido (Apêndice B); tiveram duração aproximada de 30 minutos, onde se objetivou identificar ações de Cuidado em Saúde Mental nos quatro Centros de Atenção Psicossocial pesquisados. Participaram da entrevista 19 profissionais, dentre os quais: quatro Enfermeiras, quatro Psicólogas, três Assistentes Sociais, dois professores de Educação Física três Técnicos de Enfermagem, um Médico Psiquiatra e um Professor de Artes.

4.3 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS

Para analisar os dados quantitativos utilizou-se o método de estatística descritiva com o suporte do programa Statistical Package for Social Science 24.0 (SPSS).

A apresentação dos resultados foi feita através de tabelas, segundo Yin (2010) a apresentação de ilustração gráfica nos estudos torna as pesquisas mais compreensíveis e didáticas.

Para análise dos dados coletados com o uso da pesquisa qualitativa utilizou-se análise de conteúdo. Bardin (2011) indica que a utilização da análise de conteúdo prevê três fases, conforme o esquema apresentado na Figura I: Pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e a interpretação.

Figura 4 – Análise de conteúdo de Bardin.



Fonte: Adaptado de Bardin, 2011.

Para Bardin (2011), na primeira fase, ou seja, a Pré-análise, pode ser identificada como uma fase de organização, onde se estabelece um esquema de trabalho que deve ser preciso, com procedimentos bem definidos, embora flexíveis.

Na segunda fase, ou fase de exploração do material, foram escolhidas as unidades de codificação, adotando-se os procedimentos de codificação, classificação, categorização.

A terceira fase do processo de análise do conteúdo é denominada por tratamento dos resultados, a inferência e interpretação, que são baseadas nos resultados

brutos, onde o pesquisador deve procurar torná-los significativos e válidos. Esta interpretação deverá ir além do conteúdo manifesto, pois, interessa ao pesquisador o conteúdo latente, o sentido que se encontra por trás do imediatamente apreendido (BARDIN, 2011).

As categorias de análise deste estudo foram definidas a posteriori, a partir dos conteúdos identificados na realização das entrevistas, sendo definidas como: Características dos usuários de Álcool e outras Drogas, Níveis de uso de Álcool e outras Drogas, Cuidado em Saúde Mental nos Centros de Atenção Psicossocial e Interdisciplinaridade e Saúde Mental.

5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 CARACTERÍSTICAS DOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

A pesquisa foi aplicada para 90 usuários dos Centros de Atenção Psicossocial da Região de Saúde do Extremo Oeste de Santa Catarina, sendo destes 28,9% (n=26) da cidade de Maravilha; 21,1% (n=19) de São Miguel do Oeste, ambos se configuram como CAPS tipo I e atendem pessoas residentes apenas em seus municípios. Dionísio Cerqueira e Mondai também se configuram como CAPS tipo I Microrregionais, pois atendem municípios vizinhos. Dionísio Cerqueira que também atende usuários residentes na cidade de Barracão - PR representou 26,7% (n=24) dos usuários pesquisados e Mondai, responsável pelo atendimento dos municípios de Riqueza, Iporã do Oeste e São João do Oeste 23,3% (n=21) dos usuários pesquisados.

Observou-se a predominância do sexo masculino, correspondendo a 86,7% (n=78) e 13,3% (n=12) do sexo feminino. O que representa que o uso de substâncias psicoativas na região estudada é mais comum em homens. Faria e Scheneider (2009) afirmam que a população masculina é a mais atingida pelo problema da dependência de Drogas. Segundo Alves e Kossobudzky (2002), os estereótipos sexuais prescrevem limites de comportamento para homens e mulheres, com exigências particulares para os papéis sexuais, o que favorece o uso de Drogas pelo sexo masculino.

A idade mínima foi de 18 e a idade máxima de 79 anos, com média de idade em 40,5 anos. Segundo Silva et. al (2014) o consumo de Substâncias Psicoativas inicia-se geralmente na adolescência com as substâncias psicoativas consideradas lícitas, como o álcool e o tabaco, evoluindo para o uso de maconha e mais tarde crack e cocaína.

Tabela 1 – Descrição de características sociodemográficas dos usuários de substâncias psicoativas.

VARIÁVEL	CARACTERÍSTICAS	(N = 90)	(100%)
Religião	Católica	62	68,9%
	Evangélica	18	20,0%
	Luterana	2	2,2%
	Assembleia de Deus	1	1,1%
	Nenhuma	7	7,8%
Situação Conjugal	Com Companheiro	42	46,7%

	Sem Companheiro	48	53,3%
Escolaridade	Analfabeto	9	10,05
	Ensino fundamental incompleto	54	60,0%
	Ensino médio incompleto	5	5,6%
	Ensino fundamental completo	8	8,9%
	Ensino médio completo	13	14,4%
	Ensino Superior	1	1,1%
Filhos	Não possui	38	42,2%
	1 a 2 filhos	33	36,7%
	3 a 4 filhos	14	15,6%
	5 a 6 filhos	4	4,4%
	Mais de 5 filhos	1	1,1%
Quantas pessoas residem na casa	1 a 2 pessoas	33	36,7%
	3 a 4 pessoas	44	48,9%
	5 a 6 pessoas	9	10,0%
	7 a 8 pessoas	2	2,2%
	Mais de 5 pessoas	2	2,2%
Com quem reside	Pai e mãe	15	16,7%
	Pai	2	2,2%
	Mãe	13	14,4%
	Esposa (o)	11	12,2%
	Esposa (o) e filhos	23	25,6%
	Sozinho	14	15,6%
	Amigos	3	3,3%
	Outros	9	10,0%
Renda Própria	Menos de um salário mínimo	28	31,1%
	1 a 2 salários mínimo	53	58,9%
	Outro	9	10,0%
Renda Familiar	Menos de um salário mínimo	16	17,8%
	1 a 2 salários mínimo	53	58,9%
	3 a 4 salários mínimo	18	20,0%
	5 a 6 salários mínimo	1	1,1%
	Outro	2	2,2%
Situação Ocupacional	Desempregado	37	41,1%
	Empregado(a) – trabalho fixo	15	16,7%
	Empregado(a) – trabalho temporário	12	13,3%
	Trabalho temporário	9	10,0%
	Autônomo	6	6,7%
	Aposentado(a)	1	1,1%
	Estudante	10	11,1%
	Outro.		
Condição de Moradia	Própria	42	46,7%
	Alugada	37	41,1%
	Cedida	11	12,2%
Uso de Medicação Controlada	Faz uso	60	66,7%
	Não faz uso	30	33,35

Fonte: as autoras, 2019.

Em relação a situação conjugal, 53,3% (n=48) dos sujeitos não possui companheiro. Ao contrário do que ocorre com o consumo de álcool, o uso de Drogas ilícitas é mais comum em indivíduos não casados, verificando-se desorganização e carência de apoio familiar. Na idade adulta um relacionamento estável pode se tornar um efeito protetor, já os usuários separados se tornam mais

suscetíveis ao consumo de substâncias psicoativas, destacando-se o álcool (DINIZ et al., 2017)

A associação entre uso de substâncias psicoativas e baixa escolaridade é consenso nas pesquisas, porque as Drogas ocasionam prejuízos cognitivos de percepções, memória e pensamentos, resultando em déficit de aprendizagem, de rendimento e no conseqüente abandono escolar (PECHANSKY; SZOBOT; SCIVOLETTO, 2004). O grau de escolaridade dos usuários pesquisados é predominantemente o ensino fundamental incompleto 60% (n=54). O que contribui para a alta taxa de desemprego desta população 41,1% (n=37).

Para Souza, Kantorski, e Mielke (2006) as relações de emprego também são afetadas devido ao uso de Drogas, uma vez que o dependente químico sofre com o estigma que carrega por ser usuário de substâncias psicoativas, dificultando uma oportunidade de vaga de emprego, ou até mesmo prejudicando sua permanência em um, já que o uso de Drogas pode ser responsável por faltas ao trabalho, atrasos, conflitos com os colegas, entre outros. Os prejuízos ficam ainda mais evidentes em relação a taxa de desemprego, que consiste também em um fator desestruturante da organização familiar e pode, portanto, desencadear crises e sofrimento psíquico.

A baixa taxa de emprego na população estudada contribui para a baixa renda, sendo que 58,9% (n=53) possui renda de 1 a 2 salários mínimos, 31,1% (n=28) menos de um salário mínimo. Em relação a renda mensal da família 58,9% (n=53) recebem 1 a 2 salários mínimos; 20% (n=18) 3 a 4 salários mínimos; 17,8% (n=16) menos de um salário mínimo; 2,2% (n=2) relatam viver com outro valor; e 1,1% (n=1) relatam renda mensal familiar de 5 a 6 salários mínimos.

A renda mensal própria deve ser considerada como uma importante situação social, visto que os usuários de substâncias psicoativas possuem baixo índice de escolaridade e emprego, além de baixa renda e residem com suas famílias, o que acaba se tornando um problema social, visto que recebem um baixo valor para o sustento de mais de uma pessoa. Corroborando Souza, Kantorski e Mielke (2006) afirmam que os usuários de substâncias psicoativas, enfrentam dificuldades e preconceito quanto a oportunidades para o trabalho ou a permanência nesse.

Sabe-se que o tratamento da dependência química em Saúde Mental envolve a desintoxicação do usuário, o fortalecimento de seus hábitos saudáveis e o desenvolvimento de suas habilidades pessoais e sociais para a reintegração à vida familiar e social (CASSOL et al. 2012). A medicação é uma parte do tratamento, que

combinada com outras formas de abordagem terapêutica, causam desfechos positivos no tratamento da dependência química. Dos usuários pesquisados 66,7% (n=60) faz uso de medicação controlada, 33,3% (n=30) relata não estar em uso de medicação, e todos participam de atendimentos realizados no CAPS.

Lima (2005) destaca que a dependência química corresponde a um fenômeno que não se confunde apenas com o consumo de Drogas, mas sim ao encontro de um indivíduo consigo mesmo, com seus valores e crenças, a droga, inserida nesse sistema capitalista, num determinado contexto sociocultural, incentiva, carimba e aprisiona o indivíduo no personagem do viciado, o que impossibilita muitas vezes que ele consiga sua diferenciação, seu espaço no mercado de trabalho e até mesmo mudanças nas condições sociais.

5.2 NÍVEIS DE USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Com a aplicação do instrumento ASSIT buscou-se verificar a frequência de uso, na vida e nos últimos três meses, problemas relacionados ao uso, preocupação a respeito do uso por parte de pessoas próximas ao usuário, prejuízo na execução de tarefas esperadas, tentativas malsucedidas de cessar ou reduzir o uso, sentimento de compulsão e uso por via injetável.

Constatou-se que em relação ao uso de Drogas em algum momento da vida, as Drogas mais utilizadas pelos sujeitos pesquisados foram álcool, tabaco, cocaína e maconha, conforme descritos na tabela 2.

Tabela 2 - Uso de Drogas em algum momento da vida obtida pela Triagem do envolvimento ao Fumo, Álcool e Outras Drogas (ASSIST).

Substância	(N=90)	100%
Derivados do Tabaco	79	87,7%
Bebidas alcoólicas	86	95,6%
Maconha	37	41,4%
Cocaína, Crack	35	38,9%
Anfetaminas ou ecstasy	12	13,3%
Inalantes	14	14,4%
Hipnóticos/Sedativos	17	18,9%
Alucinógenos	10	11,1%
Opioides	5	5,6%
Outras Drogas	1	1,1%

Fonte: as autoras, 2019.

As Drogas lícitas são as mais utilizadas pelos usuários, contudo, estas não são menos destrutivas que as ilícitas, há apenas aceitação da sociedade perante o consumo de determinadas substâncias que estimulam o consumo através das mídias e dos meios de interação.

Referente ao consumo de Drogas nos últimos três meses, é possível observar que 70% (n=63) fez uso de tabaco; 68,9% (n=62) fez uso de álcool; 25,6% (n=33) usou maconha; 17,8% (n=26) fez uso de cocaína ou crack; 5,6% (n=8) usou hipnóticos ou sedativos e 2,2% (n=2) fez uso de inalantes. O uso de anfetaminas ou ecstasy, alucinógenos e opioides nos últimos três meses foi relatado por 1,1% (n=1) dos sujeitos. Nota-se que o uso de Drogas injetáveis não é comum na amostra pesquisada, 85% dos usuários relatou nunca ter feito o uso de Drogas por injeção, 4,4% (n=4) relatou ter feito o uso nos últimos 3 meses, e 1,1% (n=1) há mais de três meses.

Ao que condiz com a frequência do uso, observa-se que 66,7% (n=60) faz uso diário de tabaco; 33,3% (n=30) ingere bebidas alcólicas diariamente; 11,1% (n=10) faz uso de maconha todos os dias; 6,7% (n=6) faz uso diário de cocaína ou crack; 5,6% usa diariamente hipnóticos ou sedativos, e 1,1% faz uso diário de alucinógenos. Esses resultados e as demais frequências do uso de cada droga são apresentados na tabela 3.

Tabela 3 - Frequência do uso de droga nos últimos três meses, obtida pela Triagem do envolvimento ao Fumo, Álcool e Outras Drogas (ASSIST).

Substância	Nunca	1 a 2 vezes	Mensal	Semanal	Diária ou quase todos os dias
Derivados do Tabaco	30% (n=27)	1,1% (n=1)	1,1% (n=1)	1,1% (n=1)	66,7% (n=60)
Bebidas alcoólicas	31,1% (n=28)	3,3% (n=3)	8,9% (n=8)	23,3% (n=21)	33,3% (n=30)
Maconha	74,4% (n=67)	1,1% (n=1)	3,3% (n=3)	10% (n=9)	11,1 (n=10)
Cocaína, Crack	82,2% (n=74)	1,1% (n=1)	3,3% (n=3)	6,7% (n=6)	6,7% (n=6)
Anfetaminas ou ecstasy	97,8 (n=88)	1,1% (n=1)	0	1,1% (n=1)	0
Inalantes	97,8 (n=88)	2,2% (n=2)	0	0	0
Hipnóticos/Sedativos	91,1% (n=82)	2,2% (n=2)	0	1,1% (n=1)	5,6% (n=5)
Alucinógenos	97,8 (n=88)	1,1% (n=1)	0	0	1,1% (n=1)
Opioides	98,9% (n=89)	1,1% (n=1)	0	0	0

Fonte: as autoras, 2019.

Nota-se que a maior parte dos usuários consome Drogas diariamente, ou semanalmente o que pode ser entendido como um padrão de uso que aumenta o

risco de consequências prejudiciais para o usuário, o que pode causar algum tipo de prejuízo biológico, psicológico ou social.

Em relação a frequência a problemas de saúde, sociais, financeiros e/ou legais em decorrência do uso nos últimos três meses: 48,9% (n=44) dos usuários de tabaco; 50% (n=45) dos usuários de álcool; 18,9% (n=17) dos usuários de maconha; 14,4% (n=13) dos usuários de cocaína; 6,7% (n=6) dos usuários de anfetaminas, 2,2% (n=2) dos usuários de inalantes e anfetaminas, relataram problemas em decorrência do uso. O que está diretamente relacionado a frequência e quantidade de uso, pois o consumo excessivo, é geralmente associado a problemas sérios para o usuário. Nenhum usuário relatou problemas financeiros, legais ou de saúde em relação ao uso de alucinógenos, opioides ou outras Drogas.

Observou-se ainda que durante os três últimos meses 36,7% (n=33) dos usuários de tabaco; 53,3% (n=48) dos usuários de álcool; 15,6% (n=14) dos usuários de cocaína ou crack; 12,2% (n=11) dos usuários de maconha; 5,6% (n=5) dos usuários de hipnóticos ou sedativos; e 2,2% (n=2) dos usuários de inalantes, deixaram de fazer coisas que realmente eram esperadas em decorrência do uso de substâncias psicoativas.

Quando questionados sobre a preocupação de amigos ou parentes em relação ao uso de Drogas, 54,6% (n=54) dos usuários de tabaco; 82,3% (n=74) dos usuários de álcool; 27,8% (n=25) dos usuários de maconha; 23,3% (n=21) dos usuários de cocaína ou crack; 4,4% (n=4) dos usuários que fazem uso anfetaminas e inalantes; 5,5% (n=5) dos usuários de hipnóticos ou sedativos e 1,1% (n=1) dos usuários que fazem uso de opioides, relataram que possuem amigos ou parentes preocupados com o uso de substâncias psicoativas.

Em relação a tentativa de controlar ou diminuir o uso de substâncias após ter feito o uso em algum momento da vida, nota-se que a maior parte dos usuários já tentou diminuir nos últimos três meses, ou há mais de três meses, conforme tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição dos usuários que já tentaram diminuir ou controlar o uso das substâncias, após já ter feito o uso em algum momento da vida, obtida pela Triagem do envolvimento ao Fumo, Álcool e Outras Drogas (ASSIST)

Substância	Nunca	Sim, mas não nos últimos três meses.	Sim, nos últimos três meses.
Derivados do tabaco.	24,2% (n=19)	49,4% (n=39)	26,6% (n=21)
Bebidas alcoólicas	16,3% (n=14)	48,8% (n=42)	34,9% (n=30)
Maconha	37,8% (n=14)	35,1% (n=13)	27,0% (n=10)
Cocaína, Crack	20,0% (n=7)	48,6% (n=17)	31,4% (n=11)
Anfetaminas ou ecstasy	8,3% (n=1)	66,7% (n=8)	25,0% (n=3)
Inalantes	14,3% (n=2)	64,3% (n=9)	21,4% (n=3)
Hipnóticos/Sedativos	29,4% (n=5)	35,3% (n=6)	41,2% (n=7)
Alucinógenos	10,0% (n=1)	60,0% (n=6)	30% (n=3)
Opioides	20,0% (n=1)	20,0% (n=1)	60% (n=3)

Fonte: as autoras, 2019.

Quanto ao tipo de intervenção necessária, dentre os usuários pesquisados 31,1% (n=28) necessita de tratamento intensivo para uso de tabaco, 36,7% (n=33) para uso de álcool; 5,6% (n=5) para uso de maconha; 6,7% (n=6) para uso de cocaína ou crack, e 2,2% (n=2) para uso de inalante e hipnóticos, conforme tabela 5.

Tabela 5 - Distribuição dos usuários segundo os tipos de intervenção necessária, obtida pela Triagem do envolvimento ao Fumo, Álcool e Outras Drogas (ASSIST).

Drogas Psicoativas	Nenhuma Intervenção	Intervenção Breve	Tratamento Intensivo
Tabaco	25,6% (n=23)	43,3% (n=39)	31,1% (n=28)
Álcool	23,3% (n=21)	40% (n=46)	36,7% (n=33)
Maconha	76,7% (n=69)	17,8% (n=16)	5,6% (n=5)
Cocaína	77,8% (n=70)	15,5% (n=14)	6,7% (n=6)
Anfetaminas	96,7% (n=87)	3,3% (n=3)	-
Inalantes	96,7% (n=87)	1,1% (n=1)	2,2% (n=2)
Hipnóticos	90% (n=81)	7,8% (n=7)	2,2% (n=2)
Alucinógenos	98,9% (n=89)	1,1% (n=1)	-
Opioides	-	-	-

Fonte: as autoras, 2019

A dependência química é uma doença complexa, e seu tratamento exige um envolvimento não só do usuário, mas também da família e da sociedade. Através dos dados obtidos é possível perceber que muitos usuários realizam uso abusivo de

substâncias psicoativas, sendo que a busca de tratamento se dá principalmente por fatores subjetivos dos usuários e do apoio familiar, que é muito importante para a continuidade do tratamento.

Os dados obtidos no AUDIT avaliaram o consumo do álcool, sendo possível identificar que 43,3% (n=39) consomem álcool 4 ou mais vezes por semana, 21,1% (n=19) não consomem, 18,9% (n=17) consomem de 2 a 4 vezes por mês, 8,9% (n=8) mensalmente e 7,8% (n=7) 2 a 3 vezes por semana.

Nas ocasiões em que os usuários bebem 43,3% (n=39) relataram consumir 10 ou mais doses, conforme tabela 6

Tabela 6 - Distribuição das doses consumidas pelos usuários nas ocasiões em que bebem, obtida pelo Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao álcool – AUDIT.

	Frequência
1 ou 3 doses	24,4% (n=22)
3 ou 4 doses	14,4% (n=13)
5 ou 6 doses	6,7% (n=6)
7,8 ou 9 doses	11,1% (n=10)
10 ou mais doses.	43,3% (n=39)

Fonte: as autoras, 2019.

Nos últimos 12 meses 38,9% (n= 35) dos usuários relataram ter achado que não conseguiriam parar de beber uma vez tendo começado. Segundo os resultados 62,2% (n=56) deixaram de fazer algo que era esperado, por causa da bebida, menos de uma vez por mês, mensalmente, semanalmente ou todos os dias, conforme tabela 7.

Tabela 7 - Distribuição dos usuários que deixaram de fazer algo esperado, por causa da bebida, obtida pelo Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao álcool – AUDIT

	Frequência
Nunca	37,8% (n=34)
Menos do que uma vez por mês	14,4% (n=13)
Mensalmente	12,2% (n=11)
Semanalmente	16,7% (n=15)
Todos ou quase todos os dias.	18,9% (n=17)

Fonte: as autoras, 2019.

Em relação a frequência nos últimos 12 meses da necessidade de consumir álcool pela manhã para se sentir bem ao longo do dia após ter bebido na noite

anterior 50% (n=45) afirmou ter a necessidade, menos de uma vez por mês, mensalmente, semanalmente ou todos os dias, e a mesma amostra relatou não ter tido esta necessidade.

No que concerne ao sentimento de culpa ou remorso nos últimos 12 meses após o consumo de álcool, constatou-se que 56,7% (n=39) relata ter vivenciado estes sentimentos, 43,3% (n=39) relatam não ter vivenciado, conforme exposto na tabela 8.

Tabela 8 - Distribuição dos usuários sentiram culpa ou remorso após o consumo de álcool, obtida pelo Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao álcool – AUDIT.

	Frequência
Nunca	43,3% (n=39)
Menos de uma vez ao mês	7,8% (n=7)
Mensalmente	11,1% (n=10)
Semanalmente	17,8% (n=16)
Todos os quase todos os dias.	20% (n=18)

Fonte: as autoras, 2019.

Observou-se que, 34,4% (n=31) relataram não ter sido incapazes de lembrar do que aconteceu no último ano por causa da bebida; 26,7% (n=26) relatam ser incapazes de lembrar de fatos em virtude do consumo de álcool semanalmente; 16,7% (n=15) mensalmente; 13,3% (n=12) menos do que uma vez ao mês, e 8,9% (n=8) relatam esquecimentos diariamente.

Verificou-se ainda que 45,6% (n=41) relataram ter causado prejuízos ou ferimentos a si mesmo ou a outras pessoas após ter bebido nos últimos 12 meses; 31,1% relataram já ter causado prejuízos ou ferimentos a si ou outros há mais de 12 meses, e 23,3% (n=21) que não houve nenhum fato.

Nota-se na população estudada consumo excessivo e a dependência de bebidas alcoólicas e outras Drogas, acarretando sérias consequências na vida dos usuários, que podem ser de ordem física, psicológica/emocional ou social, além de problemas familiares e sociais.

No que refere-se a preocupação com o uso de álcool, 75,6% (n=68) dos usuários recebeu sugestão de algum parente, amigo, médico ou outro profissional de saúde para que parasse de beber no último ano; 15,6% (n=14) há mais de um ano, e 8,9% (n=8) relata nunca ter recebido nenhuma sugestão deste tipo. Nota-se que apesar de 8,9% dos usuários nunca ter recebido sugestão para tratamento,

buscaram o CAPS, demonstrando motivação e percepção do problema de saúde enfrentado.

Segundo os resultados do teste AUDIT, 55,6% (n=50) dos usuários de álcool apresentaram consumo dependente ou de risco, tendo como indicação o tratamento intensivo em serviço especializado, conforme tabela 8.

Tabela 9 - Distribuição dos usuários conforme escore total obtido pelo Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao álcool – AUDIT.

Nível de Uso	Intervenção	Escore	Frequência
Zona I	Prevenção Primária	0-7	21,1% (n=19)
Zona II	Orientação Básica	8-15	18,9% (n=17)
Zona III	Intervenção Breve e Monitoramento	16-19	4,4% (n=4)
Zona IV	Encaminhamento para Serviço Especializado	20-40	55,6% (n=50)

Fonte: as autoras, 2019.

O tratamento da dependência química em Saúde Mental envolve a desintoxicação do usuário, o fortalecimento de seus hábitos saudáveis e o desenvolvimento de suas habilidades pessoais e sociais para a reintegração à vida familiar e social (CASSOL et al. 2012). Os Centros de Atenção Psicossocial trabalham com diversas formas de abordagem terapêutica, buscando a redução do uso, autonomia e reinserção do indivíduo na sociedade. Resultados positivos no tratamento da dependência química são associados à atuação de equipes multiprofissionais, que se envolvem no tratamento em questão, fornecendo estrutura, monitoração e acompanhamento da conduta, encorajamento da abstinência, encaminhamentos quando necessários ou auxílio com questões legais (SORDI et al. 2013).

5.3 CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A política Brasileira de Saúde mental, se baseia nos pilares e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, que preconizam o resgate da cidadania do sujeito portador de sofrimento psíquico, tendo

como meta sua reinserção social, buscando resgatar a potencialidade de produção de comunicação, relações e vínculos com os usuários dos serviços de Saúde Mental (KANTORSKI et al. 2006).

Durante as entrevistas, buscou-se saber quais as ações de cuidado em Saúde Mental são realizadas nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Os resultados mostraram que os profissionais atuantes nestes serviços consideram o cuidado na dimensão psicossocial do sujeito, não fragmentando o cuidando, buscando atuar de forma humanizada, estabelecendo vínculos entre equipe e pacientes, considerando o sujeito em sua singularidade. Estas características ficam evidentes nas falas a seguir:

“Buscamos tratar todos com respeito, chamar pelo nome, conhecer sua história, saber de onde vem e para onde vai...” (Entrevistado 01)

“Procuramos cuidar de todos com muito cuidado, respeitando as diferenças e limitações de cada um...” (Entrevistado 02)

“Quando se trabalha com Saúde Mental é possível perceber que o mínimo, como um abraço, uma conversa, faz toda a diferença na vida deles...” (Entrevistado 03)

Após o processo da Reforma Psiquiátrica que tratava a doença mental fazendo uma cisão entre “dentro” e “fora” da pessoa e se apoiava em uma ideologia de construção biológica da loucura e culpabilização do sujeito por ser louco (CAMPOS, 2001), surge o cuidado em Saúde Mental através da clínica que olha o sujeito a partir da sua vivência social, histórica e também biológica. No entanto, não só a doença e/ou os sintomas são tratados; nesta forma de cuidado a incerteza e os questionamentos são aceitos e também, o trabalho em conjunto com outros profissionais. O olhar é para pessoa em toda sua completude e existência. Trabalha-se pela busca da autonomia e reformulação de suas vivências (CAMPOS, 2013).

Para haver o cuidado humanizado, é necessário que ocorra empatia, afetividade, envolvimento e aproximação entre cuidador e aquele que é cuidado, com finalidade terapêutica, não se limitando apenas às características das técnicas (BAGGIO, 2006). É possível perceber este cuidado nas falas dos profissionais:

“Criamos fortes vínculos, nos preocupamos, alguns nos dizem que somos parte de suas famílias, e as vezes somos mesmo, pois muitos vivem sozinhos ou não são compreendidos e aceitos” (Entrevistado 08)

“Muitos pacientes procuram o CAPS mesmo quando não são dias de seus atendimentos, vem para tomar um chimarrão, conversar...i” (Entrevistado 12)

“Buscamos sempre considerar todos em sua singularidade, conversando, compartilhando experiências, histórias e objetivos” (Entrevistado 10)

Ayres (2006) afirma que no campo das práticas de saúde é possível considerar como cuidado uma atitude terapêutica que busque ativamente seu sentido existencial, dando ao termo cuidado a designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde.

Quando questionados em relação as ações de cuidado em Saúde Mental que desenvolvem são respostas comum entre os CAPS estudados, atividades em grupo, atendimentos individuais com equipe multiprofissional, atividades de integração em datas comemorativas, o que é percebido nas falas abaixo:

“Realizamos atividades em grupo, atendimento individuais, atendimentos com a família, festas comemorativas, buscamos sempre apoio fora do CAPS para realizar eventos maiores como a festa junina, encerramento do ano, festivais da canção, entre outras atividades” (Entrevistado 01)

“Aqui no CAPS temos grupos e oficinas todos os dias, também são atendidos individualmente pelos profissionais da equipe, de acordo com seu plano terapêutico. Realizamos também festa junina, almoço de confraternização do aniversário do CAPS, visitas domiciliares, atendimento familiar, caminhadas, passeios, festas de encerramento” (Entrevistado 04)

“No CAPS priorizamos os atendimentos em grupo, a Psicóloga realiza atendimentos em grupos, e individuais apenas se perceber a necessidade de algum paciente, então faz a abordagem. Os grupos funcionam todos os dias e com todos os profissionais do CAPS.” (Entrevistado 02)

“Realizamos atendimentos em grupo, familiar, individual, festas comemorativas, algumas até já se tornaram rotina do CAPS, acontecem todos os anos, os pacientes esperam por elas.” (Entrevistado 03)

Para Crema (2017) o primeiro passo para cuidar é o da escuta, escuta esta que envolve interpretação e não apenas audição, ou seja, compreender o outro em suas mais complexas necessidades, o que é perceptível nas falas dos entrevistados relatados abaixo, onde os mesmos demonstram entendimento do que é o cuidado, de como ele é desenvolvido e que deve ser realizado em equipe.

“Atuamos de forma que as ações realizadas tem o objetivo de promover o cuidado integral dos usuários, envolvendo os profissionais, o usuário, família, sociedade; cada um desenvolvendo seu papel buscando o mesmo objetivo.” (Entrevistado 3)

“Buscamos cuidar do todo, até porque Saúde Mental engloba tudo isso.” (Entrevistado 6)

“Percebo que o cuidado vai muito além do bem-estar físico, buscando cada vez mais a aproximação de físico e mental. É atender os pacientes que estão em sofrimento psíquico com empatia e utilizando-se de técnicas que possam contribuir para melhorias.” (Entrevistado 2)

A demanda de cuidado em Saúde Mental não se restringe apenas a minimizar riscos de internação ou controlar sintomas, o cuidado envolve também questões pessoais, sociais, emocionais e financeiras, relacionadas à convivência com o adoecimento mental. Tal cuidado é cotidiano e envolve uma demanda de atenção nem sempre prontamente assistida, devido a inúmeras dificuldades vivenciadas tanto pelos pacientes e seus familiares quanto pelos profissionais e a sociedade em geral, tais como: escassez de recursos, inadequação da assistência profissional, estigmatização, violação de direitos dos doentes, dificuldade de acesso a programas profissionalizantes, dentre outros aspectos (FUREGATO, 2009).

Ainda que muitos avanços tenham sido alcançados no campo da Saúde Mental, é possível perceber algumas dificuldades encontradas. Os Centros de Atenção Psicossocial estudados procuram atuar com equipe multidisciplinar e desenvolver atividades que buscam a autonomia e a socialização do paciente. O que é ilustrado nas falas a seguir:

“Quando o paciente chega ao CAPS, seja por demanda espontânea, seja por encaminhamento médico, o mesmo é ouvido, acolhido, avaliado, orientado quanto aos serviços prestados pelo CAPS, e então inseridos nas atividades, que podem ocorrer por grupos, atendimentos individuais com qualquer profissional da equipe, atividades física, artesanato...” (Entrevistado 01)

“Buscamos realizar diversas atividades, quanto mais inserido o paciente estiver nos grupos e atendimento, melhor vai ser seu processo de recuperação” (Entrevistado 04)

“Realizamos atividades diferentes e que envolvam a comunidade, para que estes pacientes não sejam excluídos, e seu trabalho seja valorizado” (Entrevistado 03)

“Nós contamos com o apoio de diversas empresas e órgãos para conseguir realizar as atividades com os pacientes, já realizamos caminhadas, festas juninas, festivais, pensamos sempre em realizar atividades por e para eles” (Entrevistado 05)

Na Saúde Mental, a inserção da família nos cuidados dos pacientes acometidos por um transtorno mental é fundamental e deve ser entendida como uma unidade de cuidado, ou seja, cuidadora nas situações de saúde e de doença dos seus membros, sendo que os profissionais de saúde devem apoiá-la e fortalecê-la quando esta se encontrar fragilizada, realizando ações e procedimentos que visem a reintegração familiar e social (BIELEMANN, 2009). Os profissionais entrevistados, relatam a importância da participação da família no cuidado dos pacientes.

*“Realizamos grupos de família, orientações e até mediação familiar...”
(Entrevistado 02)*

“Grupos de família são realizados em horários em que a família escolheu e possa participar, na maior parte das vezes a noite, porém a adesão ainda é muito baixa” (Entrevistado 4)

Para Pontes (2009), nos grupos de familiares ou nos atendimentos de família, é comum que as discussões girem em torno dos sintomas, e quando na verdade deve-se focar nas possibilidades e ao conjunto de recursos que a família apresenta e como cada um se apropria deles ou como fica paralisado diante do momento vivido.

“A falta de apoio familiar muitas vezes impossibilita um melhor cuidado do paciente” (Entrevistado 09)

“A família muitas vezes esquece o paciente, e acha que este é responsabilidade do CAPS, sempre atuamos juntos à família na ideia de aceitação deste paciente e entendimento da doença que o mesmo é acometido” (Entrevistado 3)

A reabilitação psicossocial também é entendida como um conjunto de ações que visam aumentar as habilidades da pessoa, diminuindo o dano causado pelo transtorno mental, e envolve todos aqueles que fazem parte do processo de saúde-doença, ou seja, usuários, familiares, profissionais e comunidade em geral (LUSSI; PERREIRA; JUNIOR, 2006). A reabilitação psicossocial é uma preocupação dos CAPS estudados, o que fica evidente nas falas:

“Nos grupos que realizamos o foco é sempre na autonomia, o que eles conseguem fazer, suas potencialidades, muitos passam a maior parte do tempo em casa sem atividade, trabalhamos com a família formas de inserir os pacientes nas atividades diárias...” (Entrevistado 19)

“Muitos vivem isolados até vir ao CAPS, e é possível com o passar o tempo notar a evolução, aos poucos vão evoluindo, se inserindo, criando amigos e vínculos” (Entrevistado 01)

“Reabilitar faz parte de nosso trabalho, porém ainda notamos na sociedade muita dificuldade, poucos conseguem trabalho e possuem uma vida social, a maioria parte se isola e vive com a família, nesta ideia realizamos atividades e comemorações buscando que eles vivam estes momentos.” (Entrevistado 5)

“As oficinas terapêuticas ajudam os pacientes neste processo de reabilitação, exploramos neles suas potencialidades” (Entrevistado 13)

Para Amarante (1996) a desinstitucionalização é um dos objetivos das políticas de Saúde Mental, e se dá a partir de alguns aspectos: epistemológica, técnico-assistencial, jurídico-política e cultural. Entretanto, é na dimensão cultural, segundo o autor, que se concretiza a desinstitucionalização, pois é nela que acontece a transformação do imaginário social sobre a loucura. Isto se dá através da aproximação do cuidado em Saúde Mental nos diversos níveis de cuidado em saúde; dos movimentos sociais, da inclusão social do sujeito em sofrimento psíquico nos espaços sociais, porém ainda é necessário que algumas mudanças ocorram para que o cuidado do sujeito em sofrimento mental ocorra de forma ampliada e positiva, o que é sinalizado nas falas a seguir.

“Aqui no CAPS, temos falta de profissionais, poderíamos realizar mais atividades, porém a falta de pessoal nos impede” (Entrevistado 12)

“A rotatividade dos profissionais prejudica o trabalho, quando um conhece toda a história do paciente, está vinculado, é desligado e outra pessoa entra... quem não é concursado vai mudando, e muitas vezes a pessoa não está pronta para a Saúde Mental, sofre o paciente e o profissional” (Entrevistado 4)

“Alguns profissionais ainda não entendem os pacientes, olham com outros olhos, não conseguem se vincular...” (Entrevistado 02)

Outro ponto citado pelos profissionais é a falta de recurso e apoio para os próprios profissionais, para Ribeiro e Sousa (p. 85, 2013): “aqueles que trabalham em um CAPS devem guardar condições para abarcar, em suas funções, muito mais do que aquilo que está circunscrito por suas formações específicas. Demanda-se uma maior circulação por diversos papéis, atividades e funções”. Fato este que pode ser visto na fala dos profissionais:

“... aqui no CAPS nós vamos auxiliando uns aos outros, trabalhamos com o que temos e buscamos parcerias.” (Entrevistado 17)

“Quando falta um profissional, o outro cobre e assim vamos trabalhando, trabalho em equipe, isso com certeza é realizado aqui.” (Entrevistado 15)

A atuação das equipes nos locais pesquisados, trabalhando através de ideias, fortalecendo o trabalho na prática, buscando a resolução do problema de saúde, é um meio de garantir o cuidado no atendimento à população, porém é possível perceber que ainda há muito a ser realizado para que o cuidado seja realizado ao sujeito em sua totalidade.

Com o cuidado sendo ampliado e percorrendo o território, lugar onde a pessoa vive e circula, começa um movimento de cuidado na própria comunidade, no lugar que se faz parte. Ao fazer parte de um território, a pessoa em sofrimento psíquico não só recebe o cuidado da equipe de saúde, mas também da comunidade (OLIVEIRA et. al, 2017). Em relação a clínica ampliada ficou evidente a dificuldade dos profissionais do CAPS cuidar de forma integral do paciente, o que pode ser notado nos relatos a seguir:

“Quando o paciente é do CAPS, muitas vezes é esquecido pelo ESF, tudo o que acontece com ele é do CAPS” (Entrevistado 01)

“O paciente se vincula no CAPS, porém situações clínicas são do ESF, o CAPS acompanha orienta, mas muitas vezes esse paciente não é vinculado ao ESF, só ao CAPS” (Entrevistado 04)

“Temos muitas dificuldades, a falta de pessoal, a falta de compreensão da equipe de saúde que o paciente não é só do CAPS e sim de toda a rede” (Entrevistado 3)

Conforme Schneider (2009), o cuidado em Saúde Mental no âmbito da rede de atenção psicossocial deve ser vivenciado mediante configurações em rede, possibilidades de acolhimento do usuário e de seus familiares, potencializando o exercício da cidadania e da inclusão social devem ser ampliadas garantindo a continuidade do cuidado, para além dos muros dos serviços de saúde.

É possível perceber que os profissionais, apesar das dificuldades enfrentadas atuam na transformação das formas de cuidado em Saúde Mental, buscam o cuidado integral e humanizado, focado na reabilitação e autonomia do paciente, agindo de forma ampliada com os demais setores, ações estas que podem ser vistas como percursoras da mudança na forma do cuidado que vem ocorrendo ao longo dos últimos anos, e é responsável pela mudança na vida de muitas pessoas.

5.4 INTERDISCIPLINARIDADE E SAÚDE MENTAL

A partir do Movimento da Reforma Psiquiátrica, surge a interdisciplinaridade nas práticas de cuidado em Saúde Mental, de uma necessidade de reestruturar as formas de produção do cuidado, cujo caráter positivista deixou de ser suficiente para explicar os fenômenos que separados de seu todo perdem o sentido e, a partir da perspectiva da interdisciplinaridade passa a considerar os fenômenos como uma relação de reciprocidade, de mutualidade que pressupõe uma atitude diferente a ser assumida frente ao problema de conhecimento, isto é, substitui-se a concepção fragmentária pela visão do sujeito em sua totalidade (SAMPAIO, 2007).

Os novos serviços de Saúde Mental, característicos do processo da Reforma Psiquiátrica, objetivam por um trabalho integrado, com uma pluralidade de enfoques, uma relação de afinidade entre os profissionais e uma troca constante de experiências, ou seja, solicita um trabalho interdisciplinar, que opõe-se à abordagem reducionista que centra num único ponto a ação em saúde, considerando o sujeito em sua totalidade (WAIDMAN; ELSEN, 2005).

Nota-se que todos os CAPS estudados possuem equipe multidisciplinar, sendo que as profissões estiveram distribuídas entre Técnica de Enfermagem, Arte terapeutas, Assistentes Sociais, Enfermeiras, Psicólogos, Psiquiatras, Educador Físico, Estagiários, auxiliar de serviços gerais e manipulador de alimentos. Quando questionados se o trabalho interdisciplinar é realizado e como ele acontece, observou-se nas falas dos profissionais:

“Atuamos de forma interdisciplinar, os acolhimentos são sempre realizados por dois ou mais profissionais, sendo que cada um respeita e entende as contribuições e questionamentos do outro.” (Entrevistado 5)

“Agimos de forma interdisciplinar os grupos são realizados por profissionais de diferentes áreas, bem como os atendimentos individuais, não é só o Psicólogo ou o Médico que atende individual, o enfermeiro o técnico, também realizam escutas qualificadas.” (Entrevistado 04)

“Existem opiniões e saberes diferentes, porém agimos de forma interdisciplinar, respeitando sempre as diferenças” (Entrevistado 08)

A interdisciplinaridade surge como uma necessidade para a efetivação e resolutividade dos serviços de reabilitação psicossocial, ajudando os profissionais a

não perderem a noção de conjunto, fundamental para a construção de pontes que possibilitem avanços qualitativos no cuidado prestado. Desta forma, valores como o respeito à liberdade e à dignidade das pessoas, a ética e a integralidade das ações, devem estar presentes nas ações profissionais (BABINSKI; HIRDES, 2004).

“... discutimos casos juntos, todos os profissionais são abertos para a discussão, até mesmo o médico...” (Entrevistado 6)

“... é interesse a troca entre profissionais, pois as vezes convivemos tanto com aquele paciente que alguma coisa acabamos não vendo passar...” (Entrevistado 4)

“Nosso médico Psiquiatra atende todos os dias, antes de iniciarmos os atendimentos passamos os pacientes que temos agendado individualmente naquele dia, na intenção de compartilhar alguma mudança no quadro, ou alguma mudança ocorrida com o paciente, para que todos tenham conhecimento e o paciente seja compreendido em sua totalidade” (Entrevistado 3)

A partir do trabalho interdisciplinar, acontece a valorização da relação entre as pessoas, visto que cuidar do sujeito em sofrimento psíquico requer um trabalho interdisciplinar efetivo e não a presença de profissionais de diferentes disciplinas trabalhando isoladamente. Encontrar e conquistar um espaço junto à outra área de conhecimento requer dos profissionais paciência, persistência, autoconfiança, disposição para a interlocução, humildade para reconhecer os próprios limites e ousadia para promover avanços (FAZENDA, 2002). Os profissionais entrevistados relatam que as reuniões de equipe são momentos de trocas e aprendizados, como nota-se nas falas a seguir:

“Realizamos reuniões de equipe semanalmente, em um turno que todos os profissionais estão no CAPS, no intuito de discutir os casos e compartilhar informações” (Entrevistado 03)

“Reuniões de equipe acontecem semanalmente, porém não conseguimos juntar todos os profissionais, devido a carga horária de cada um, isto dificulta um pouco...” (Entrevistado 9)

“As reuniões funcionam como momento de troca, porém muitas vezes alguns profissionais possuem uma opinião muito distinta da nossa, o que requer paciência, mas também é uma forma de dessensibilização de algumas ideias e até mesmo preconceitos” (Entrevistado 17)

Existem também momentos de conflitos no trabalho interdisciplinar, muitos pessoais e profissionais, como é evidente nas falas:

“...em alguns momentos fica quase impossível compreender algumas opiniões, mas a ideia é a construção e a troca, então com muita conversa podemos alterar algumas visões.” (Entrevistado 04)

“...alguns profissionais por possuir certa formação acham que suas ideias são dominantes, porém procuramos sempre agir de igual para igual, sem que apenas uma profissão se sobressaia” (Entrevistado 15)

“...algumas profissões e profissionais são mais resistentes...” (Entrevistado 16)

Cabe aos profissionais agir com cautela, para que os interesses e saberes não influenciem na forma de ver o paciente, é um processo de construção e desconstrução. Alguns autores como Sampaio (2007) e Furtado (2007), afirmam que muitas situações se opõem à realização do agir interdisciplinar; a colaboração se revela difícil num grande número de casos, seja por meio da comunicação ineficaz e ininteligível, seja por dificuldades organizacionais.

As práticas devem ser pensadas para além do espaço físico do CAPS, porém a equipe deve auxiliar este sujeito viabilizando o empoderamento e o protagonismo social.

Segundo os profissionais pesquisados o agir interdisciplinar ajuda a pensar eticamente:

“... as trocas de saberes nos possibilitam novas formas de ver o paciente, respeitando e considerando o mesmo em sua singularidade” (Entrevistado 6)

“...em nossa equipe sempre compartilhamos informações e saberes, as vezes estamos tão envolvidos que acabamos construindo estereótipos do paciente, e a troca de saberes vai eliminando estas visões...” (Entrevistado 4)

“...compartilhamos informações e aflições, pois sabemos que fora do serviço não devemos falar sobre nossos pacientes, ajuda os pacientes, e nós profissionais, que as vezes carregamos um fardo muito grande...” (Entrevistado 8)

Para Scheneider (2009), a união e a cooperação que envolvem o trabalho da equipe são de extrema importância na atenção em Saúde Mental, já que cada profissional sugere uma ideia nova, propõem uma nova tentativa de atendimento a um usuário. Ao trabalhar em Saúde Mental, o profissional pode sofrer desgaste emocional e ao se sentir desgastado, busca ajuda primeiramente nos colegas de equipe, pois se sente apoiado pelas pessoas que vivenciam o mesmo tipo de experiência que ele.

O trabalho dos profissionais da área da Saúde Mental suscita dúvidas em quais atitudes devem ser tomadas, tanto no ponto de vista técnico, como no campo dos valores e da ética. A bioética preocupa-se em explicitar que toda a prática da saúde, antes de técnica, é invariavelmente um ato ético que necessita ser justificado e supõe uma responsabilidade moral (GRACIA, 1998). Dias et al. (2007) postulam que a bioética possui caráter multidisciplinar pois é composta por profissionais de todas as áreas; interdisciplinar porque propõe o diálogo entre as disciplinas e transdisciplinar por transcender especialidades, criando um saber comum entre as áreas no benefício dos sujeitos, ou seja, a bioética é uma ponte entre as ciências da saúde e os fundamentos éticos e filosóficos que devem reger o modo de agir de todos aqueles que estão comprometidos com a assistência à saúde. Nota-se que o respeito à dignidade e integridade do outro, são aspectos presentes na atuação dos profissionais entrevistados

Costa- Rosa (2012) afirma que o organograma do trabalho em Saúde Mental deve ser horizontal, enfatizando a participação, autogestão e interdisciplinaridade, para este autor o Plano Terapêutico Singular é estratégico para a construção e alcance da implicação subjetiva, considerando o princípio do respeito à dignidade humana e à autonomia do sujeito. Para a realização do Plano Terapêutico singular é de fundamental importância que seja resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar. Em relação a realização do projeto terapêutico singular, é possível perceber que ainda há algumas dificuldades:

“Não conseguimos realizar no papel o plano terapêutico singular de todos os pacientes, porém discutimos todos os casos em equipe e também com o paciente as atividades que o mesmo irá frequentar...” (Entrevistado 10)

“Discutimos em equipe o plano terapêutico de cada paciente, e vamos revendo frequentemente, pois dependendo da evolução do paciente o plano é alterado” (Entrevistado 4)

“... o trabalho acontece de igual para igual, temos a coordenadora que é responsável pela organização do CAPS, mas todos tem o direito de realizar suas contribuições” (Entrevistado 6)

Segundo Bertussi (2010), a realização de matriciamento se configura como uma possibilidade de encontro produtivo entre equipes de saúde, o matriciamento se refere a criação de espaços de encontros favoráveis ao diálogo e à pactuação; no caso da Saúde Mental, visa a ampliação das possibilidades de um cuidado integral à pessoa em sofrimento psíquico, por meio do envolvimento de vários serviços e

setores. Em relação a realização de ações de matriciamento, percebe-se que ainda os serviços possuem a dificuldade na realização:

“..realizamos algumas ações de matriciamento, porém sabemos que ainda falta bastante...” (Entrevistado 3)

“...por falta de tempo acabamos realizando poucas ações de matriciamento...” (Entrevistado 14)

“sabemos da importância do matriciamento, porém ainda não conseguimos realizar como gostaríamos, as vezes por falta de parceria com outras equipes, as vezes por falta de tempo” (Entrevistado 4)

A maneira e atuação interdisciplinar no CAPS, de certa forma desacomoda os profissionais, uma vez que, se considerando a política de funcionamento do serviço, as atividades realizadas pela equipe implicam em constantes mudanças e adaptações nas intervenções, de maneira a possibilitar, sempre, a realização do Plano Terapêutico Singular, de acordo com as demandas de cada sujeito (RIBEIRO; SOUZA, 2013).

Cabe ressaltar que os profissionais participantes da pesquisa reconheceram a importância do trabalho interdisciplinar e que o trabalho em Saúde Mental é um processo de construção, desconstrução e ampliação de conceitos.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos objetivos, esta pesquisa buscou analisar as características de usuários de Álcool e outras Drogas na Região de Saúde do Extremo Oeste de Santa Catarina identificando como é realizado o cuidado em Saúde Mental nos Centros de Atenção Psicossocial.

Diante das variáveis obtidas, a fim de identificar características sociodemográficas, constatou-se que as Drogas de maior incidência na região pesquisada são as Drogas consideradas lícitas, sendo elas álcool e tabaco; seguidas pelas Drogas ilícitas maconha e cocaína. Tais informações apontam para padrões nacionais de dependência, onde o álcool pelo seu caráter de fácil acesso

aparece como protagonista, seguido do tabaco e dos hipnóticos. Essas informações nos fazem ampliar a discussão acerca das políticas públicas para o enfrentamento principalmente do álcool, droga considerada lícita em nossa sociedade e que hoje é considerada um problema de saúde pública.

Destacou-se a predominância do gênero masculino na população pesquisada, o que, possivelmente, demonstra que o uso abusivo de álcool e outras Drogas continua sendo mais comum em homens do que em mulheres. A média de idade dos sujeitos pesquisados foi 40,5 anos, porém durante a realização da pesquisa foi possível perceber que muitos jovens estão fazendo uso abusivo de Drogas, principalmente as ilícitas. Num local pesquisado, os jovens que participavam do grupo terapêutico estavam ali por determinação do juiz, cumprindo uma medida estabelecida por terem violado uma lei, ou seja, não estavam participando do grupo por vontade própria e sim por determinação, o que terapeuticamente pode comprometer os resultados almejados inicialmente pela equipe profissional.

Com a aplicação dos questionários foi possível conhecer um pouco mais sobre a vida dos sujeitos, notando-se a necessidade dos usuários em falar sobre suas dificuldades emocionais, principalmente ao relacionamento familiar. A grande parte dos usuários realiza tratamento para dependência química após anos de abuso de Álcool e Drogas, muitos destes já passaram por diversas internações, recaídas e abandono familiar.

Problemas familiares e financeiros foram relatados pela maioria dos usuários. Abandono, vergonha e desinteresse de familiares foram respostas frequentes, o que não auxilia no processo de tratamento, muito pelo contrário, influencia os sentimentos de estigma dos usuários, aumentando as chances de recaídas ou abandono do tratamento. A dificuldade de participação familiar no tratamento dos usuários, ficou evidente também nas entrevistas com os profissionais que relatam a dificuldade de apoio familiar e o interesse na manutenção do tratamento.

Questões financeiras foram relatadas recorrentemente, muitos vivem com um ou menos de um salário mínimo vigente no país. Grande parte apresenta baixa escolaridade, o que contribui para a baixa taxa de usuários com emprego fixo. Relatos de falta de perspectivas e objetivos foram muito frequentes nos usuários, o que causa preocupação aos profissionais de saúde. Desta forma a criação de políticas públicas e programas que busquem auxiliar estes usuários a resgatar sua autonomia se torna fundamental.

Em relação aos níveis de uso de Álcool e outras Drogas, notou-se que parte dos usuários faz uso diário de álcool, tabaco e outras Drogas, não demonstrando noção dos problemas que o uso abusivo pode trazer a sua saúde. A dependência em Álcool e outras Drogas pode ser considerada como um fator autodestrutivo, ou como um pedido de socorro que deve ser visto e compreendido pelos profissionais de saúde, o que se torna manifesto quando a procura pelos serviços especializados se dá através de familiares, amigos dos usuários, e os sintomas já tiveram repercussão na família, no trabalho e na vida pessoal.

No que se refere a tentativa de controlar ou diminuir o uso de substâncias e não ter conseguido, notou-se que os usuários de tabaco e álcool, que correspondem a maior porcentagem de usuários da amostra pesquisada, já tentaram fazer o controle do consumo, porém muitos não obtiveram sucesso e continuam em tratamento.

Durante a realização da pesquisa, e hoje como profissional atuante com população semelhante a estudada, fica evidente a importância do trabalho do CAPS, atuando de forma a ressignificar vínculos, acompanhamento e incentivo aos usuários no processo de tratamento, orientação quanto aos riscos à saúde física e mental do uso abusivo e fortalecimento da autonomia dos sujeitos frente ao seu processo de tratamento. Diversas são as ações realizadas para promoção do cuidado em Saúde Mental, por meio da equipe multidisciplinar que buscam a autonomia e a socialização do paciente.

Estamos distantes do modelo ideal de cuidado em Saúde Mental, pois muitas são as dificuldades encontradas no dia a dia dos Centros de Atenção Psicossocial, como, a falta de profissionais, a rotatividade dos mesmos, falta de espaço adequado para a realização das atividades, falta de comprometimento da família do usuário e a burocracia envolvida nas atividades diárias.

Durante a realização da pesquisa ficou evidente que a maior demanda dos Centros de Atenção Psicossocial pesquisados é a dependência química, diante disso ressalta-se a importância de ações de prevenção para abuso de Drogas na população de forma geral, bem como estratégias específicas que atentem para a problemática de abuso de Drogas.

O estudo evidencia que, apesar das dificuldades encontradas, a assistência ao usuário de Drogas ocorre em contexto interdisciplinar que, em relação aos recursos humanos, inclui profissionais de saúde e agentes do poder público de

várias profissões, os quais atuam e se complementam em benefício do assistido. Em relação às leis e normas, sua aplicação perpassa pelos princípios da bioética como fundamentos de conduta humana a serem seguidos pelos profissionais visando o respeito à autonomia, liberdade, dignidade e integridade dos usuários assistidos. Ressalva-se que este conceito amplo se apresenta ainda frágil na visão dos profissionais entrevistados e necessita ser robustecido com o aprimoramento da atuação interdisciplinar no seu contexto mais amplo, incluindo-se medidas que se preocupem com a formação científica, legal e ética dos profissionais de todas as profissões envolvidas para que as opiniões sejam mais convergentes.

Sugere-se futuramente ao Programa de Mestrado em Biociências e Saúde da Universidade do Oeste de Santa Catarina aumentar as regiões estudadas, bem como a realização de um estudo com as famílias dos usuários de álcool e outras Drogas, a fim conhecer o cotidiano dos familiares e criar estratégias que auxiliem os pacientes e familiares.

Destaca-se, para finalizar, a relevância deste estudo, uma vez que identificou características dos usuários de Álcool e outras Drogas dos Centros de Atenção Psicossocial do Extremo Oeste de Santa Catarina, e como é realizado o cuidado em Saúde Mental, bem como as dificuldades percebidas pelos profissionais que atuam nestes serviços. Dados que possibilitarão o planejamento de intervenções ações para o fortalecimento da política de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas na região estudada, visando ampliar o conhecimento sobre o fenômeno investigado.

7. REFERÊNCIAS

AGUILAR, L. R.; PILLON, S. C. Percepción de tentaciones de uso de Drogas en personas que reciben tratamiento. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n.spe, p. 790–797, 2005. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-11692005000700005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso: 20 jul. 2019.

ALVES, H. et al. Comorbidade: uso de álcool e outros transtornos psiquiátricos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 26, n.1, p. 51-53, 2004. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1516-44462004000500013&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 19 jul. 2019.

ALVES C.F.O et al. Uma breve história da reforma psiquiátrica. Uma breve história da reforma psiquiátrica. **Neurobiologia**, [s.l.], v. 72, n. 1, 2009. Disponível em: <

https://www.researchgate.net/publication/303783165_Uma_breve_historia_da_reforma_psiquiatrica. Acesso: 20 jul, 2019.

ALVES, R.; KOSSOBUDZKY, L. A. Caracterização dos adolescentes internados por Álcool e outras Drogas na cidade de Curitiba. **Interação em Psicologia**, Curitiba, v.6, n.1, p.65-79, 2002. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/3195>> Acesso 20 jun.2019.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – APA. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-V**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção psicossocial**. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2008.

_____, P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro v. 11, n. 3, p. 491–494, 2003. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1995000300024&script=sci_abstract&tlng=es> Acesso em: 19 jun. 2019.

_____, P. **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

_____. P. **O homem e a serpente: outras histórias para loucura e psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

ANDRETTA, I.; OLIVEIRA, M.D.S. A entrevista motivacional em adolescentes usuários de droga que cometeram ato infracional. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 24, n. 2, p. 218–226, 2011. Disponível em<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722011000200002> Acesso em: 19 jun.2019.

AYRES, J.R.C.M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902004000300003&script=sci_arttext>. Acesso em: 15 jun. 2019.

AZEVEDO, G. R. DE. Cuida-dor (d) eficiente: as representações sociais de familiares. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Brasília, v. 14, n. 5, p.770-780, 2006. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692006000500020&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 20 jul. 2019.

BABINSKI, T; HIRDES, A. Reabilitação psicossocial: a perspectiva de profissionais de centros de atenção psicossocial do Rio Grande do Sul. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 13, n. 4, p. 568-76, 2004. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/tce/v13n4/a09.pdf>> Acesso em: 19. Jun. 2019.

BAGGIO, M. A. O significado de cuidado para profissionais da equipe de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]**, v. 8, n.1, p. 9-16, 2006. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/949>> Acesso em: 20 jun.2019.

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

BARROS, J. O. **A construção de projetos terapêuticos no campo da saúde mental: apontamentos acerca das novas tecnologias de cuidado**. 2009. 127 p. Dissertação (Ciências da Reabilitação) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

BASAGLIA, D.S, et al. **Escritos Selecionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BERTUSSI, D. C. **O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde**. 2010. 234 p. Tese (Doutorado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010

BENEVIDES, D. S. et al. Cuidado em saúde mental por meio de grupos terapêuticos de um hospital-dia: Perspectivas dos trabalhadores de saúde. **Interface: Communication, Health, Education**, Botucatu, v. 14, n. 32, p. 127–138, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832010000100011&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 20 jun. 2019.

BICCA, C. et al. **Abuso e Dependência dos Opioides e Opiáceos**. Associação Brasileira de Psiquiatria, [s.v: s.n], p. 1–30, 2012. Disponível em: <https://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/abuso_e_dependencia_de_opioides.pdf>. Acesso em: 15 jun.2019.

BIELEMANN V.L.M. et al. A inserção da família nos centros de atenção psicossocial sob a ótica de seus atores sociais. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 8, n. 1, p. 131-9, 2009. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a16.pdf>> Acesso: 20 jun.2019.

BOFF, L. **Ética e Co-espiritualidade**. Campinas: Vozes; 2002.

BONAMIGO, E.L. **Manual de Bioética: Teoria e Prática**. 3 ed. São Paulo: All Print Editora, 2015

BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**, 2014.

_____ - Portaria MS n. 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2002.

BRAZ, M; SCHRAMM, F. R. Bioética e pesquisa em Saúde Mental. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2035-2044, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000400002>. Acesso em: 20 jul. 2019.

CARLIN, E. A. **II Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil**: Estudo Envolvendo as 108 Maiores Cidades do País. **Brasileiras**. São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, v. 106, [s.n], 2006.

CARLINI, E. A; et al. **VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras**. São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo. Brasília: SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010.

CARRANZA, D.V.V; PEDRÃO, L.J. Satisfacción personal del adolescente adicto a drogas en el ambiente familia durante la fase de tratamiento en un intituto de salud mental. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. especial, p. 836-844, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13nspe/v13nspea11.pdf>> Acesso em 19 jun.2019.

CAMPOS, G.W.S; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.23, n.2, p.399-407, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007000200016&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso: 20 jun. 2019.

CAMPOS, G.W.S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2007.

_____. **A clínica do sujeito**: por uma clínica reformulada e ampliada. São Paulo: Hucitec, 2013.

CAMPOS, R. O. Clínica a palavra negada - sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, 2001. Disponível em: <<https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/rosana2001clinicaapalavranejada.pdf>> Acesso em: jun. 2019.

CASSOL, P. B. et al. Tratamento em um grupo operativo em saúde: percepção dos usuários de álcool e outras drogas. **Rev Gaúcha Enferm**. Porto Alegre v. 33, n. 1, p. 132-8, 2012. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/21664/17009>>. Acesso em: 20 jun. 2019.

CECILIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface: Communication, Health, Education**, Botucatu, v. 15, n. 37, p. 589–599, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832011000200021&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 20 jun. 2019.

CHIAVERINI, D. H. (Org.). et al. **Guia prático de matriciamento em Saúde Mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. **Ensaio: subjetividade, Saúde Mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

COSTA, J.R.E; ANJOS M.F.D; ZAHER V.L. Para compreender a doença mental numa perspectiva de bioética. **Revista Bioethikos**, Centro Universitário São Camilo, São Paulo, v.1, n.2, p. 103-110, 2007. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/57/Para_compreender_a_doenca_mental.pdf> Acesso em: 20 jun. 2019.

COSTA, J.R.E. Respeito à autonomia do doente mental: um estudo bioético em clínica psiquiátrica. **Revista Bioethikos**. Centro Universitário São Camilo, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 65-75, 2011. Disponível em: < <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/82/Art08.pdf>> Acesso em: 20 jun. 2019.

CREMA, R. **O poder do encontro**: origem do cuidado. São Paulo: Tumiak produções; Instituto Arapoty; Unipaz, 2017.

DIAS, H.Z.J, et al. Psicologia e bioética: diálogos. **Psic. Clin.**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p.125 – 135, 2007. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/pc/v19n1/09.pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2019.

DIEHL, A; et al. **Dependência química**: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011.

DINIZ, A. et. al. Uso de substâncias psicoativas em idosos: uma revisão integrativa. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 23-41, 2017. Disponível em: <<http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/view/8278>> Acesso em: 20 jun. 2019.

DUAILIBI, L. B; RIBEIRO, M; LARANJEIRA, R. Perfil dos usuários de cocaína e crack no Brasil: **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. supl.4, p. 545–557, 2008. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008001600007&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em> 20 jul. 2019.

FARIA, J. G.; SCHMEIDER, D. R. O perfil dos usuários do CAPSAD-Blumenau e as políticas públicas em Saúde Mental. **Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v.21, n.3, p.324-333, 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822009000300005&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 19 jun.2019.

FAZENDA, I.C.A (Org). **Dicionário em construção**: interdisciplinaridade. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

FERRI, C.P; GALDURÓZ, J.C.F. **Critérios diagnósticos: CID-10 e DSM**: Eixo políticas e fundamentos. 2017. Disponível em: < <http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201704/20170424-094920-001.pdf>> Acesso: 19 jun.2019.

FERREIRA, T.P.S, et al. Produção do cuidado em Saúde Mental: desafios para além dos muros institucionais. **Interface – Comunicação; Saúde, Educação**, [s.l], v. 21,

n. 61, p. 373-84, 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1414-32832017000200373&script=sci_arttext> Acesso: 20 jul.2019.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002

FUREGATO, A.R.F. Mental health policies in Brazil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 258-259, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000200001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jun. 2019.

FURTADO, J. P; CAMPOS, R. A transposição das políticas de Saúde Mental no Brasil para a prática nos novos serviços. **Revista Latino-Americana Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 109-122, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142005000100109>. Acesso em: 20 jul. 2019

FURTADO, J. P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 11, n. 22, p. 239-245, 2007. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832007000200005&script=sci_abstract&lng=pt> Acesso em: 19 jun. 2019.

GAZZINELLI, M. F. et al. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 200-206, 2005. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/cuidadocomapele/arquivos/textos_para_leitura/educacao_em_saude/Educacao_em_saude_conhecimentos.pdf> Acesso em: 20 jun. 2019.

GELBCKE, F.L; PADILHA, M. I.C.S.O fenômeno das drogas no contexto da promoção da saúde. **Texto e Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v. 13, n. 002, p. 272-279, 2004. Disponível em:<https://www.researchgate.net/publication/26603401_O_fenomeno_das_drogas_no_contexto_da_promocao_da_saude> Acesso em: 20 jun. 2019.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GRACIA, D. **Bioética clínica**. Bogotá: El Búho, 1998.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar**. 8.ed. Rio de Janeiro: Editora Record, 2004.

GOLDIM J.R. **Bioética**. Definição de Bioética – Reich 1978. 1997. Disponível em:<<https://www.ufrgs.br/bioetica/>> Acesso em: 20 jun. 2019. Acesso em: 20 jun. 2019.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. Petrópolis, Vozes, 1995.

HENRIQUE, I. F. S. et al. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 199–206, 2004. Disponível

em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302004000200039> Acesso em: 20 jun. 2019.

JORGE, M.S. B. et al. Reabilitação Psicossocial: visão da equipe de Saúde Mental. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, vol.59, n.6, p.734-739, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672006000600003&script=sci_abstract&tlng=eses. Acesso: 20 jun.2019.

KANTORSKI, L.P. O cuidado em Saúde Mental: um olhar a partir de documentos e da observação participante. **Revista Enfermagem**, UERJ, Rio de Janeiro, v. 14, n.3, p.366-71, 2006. Disponível em:< <http://www.facenf.uerj.br/v14n3/v14n3a06.pdf>> Acesso em: jun. 2019.

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

LEITE, M. C. **Aspectos básicos do tratamento da síndrome de dependência de substâncias psicoativas**. Brasília: Presidência da República, Gabinete de Segurança Institucional, Secretaria Nacional Antidrogas, 2000.

LIMA, E. J.B. O cuidado em Saúde Mental e a noção de sujeito e movimento. In: SPINK, M.J.P; FIQUEIREDO, P; BRASILINO (Orgs). **Psicologia Social e Pessoaalidade**. Rio de Janeiro: ABRAPSO, 2011. Disponível em: < <http://books.scielo.org/id/xg9wp/pdf/spink-9788579820571-09.pdf>> Acesso em: 19 jul.2019

LIMA, A. F. **A dependência de drogas como um problema de Identidade: possibilidades de apresentação do 'Eu' por meio da Oficina Terapêutica de Teatro**. 2005. 261 p. (Dissertação de Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2005.

LUSSI, I.A.O; PEREIRA M.A.O, JUNIOR P.A. A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno: um modelo de auto-organização. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, p. 448-456, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/v14n3a21.pdf>> Acesso em: 20 jun. 2019.

MARTINS, E. R. C; CORRÊA, A. K. Lidar com substâncias psicoativas: o significado para o trabalhador de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. spe, p. 398–405, 2004. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12nspe/v12nspea15.pdf>> Acesso: 12 jun.2019.

MELO, A.M.C. Apontamentos sobre a reforma psiquiátrica no Brasil. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 8, n. 9, p. 84-95, 2012. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/2127/2920>> Acesso em: 20 jun. 2019.

MORESI, E. **Metodologia de pesquisa**. Universidade Católica de Brasília, 2003.

NICASTRI, S. Drogas: classificação e efeitos no organismo. In: Brasil. **Prevenção ao uso indevido de drogas**: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. 4ed. Brasília: Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas – SENAD, 2011.

NUNES, L; JÓLLUSKI, G. **O uso de drogas**: breve análise histórica e social. **Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais**, [s.l.], v. 4, p. 230–237, 2007. Disponível em:< <https://core.ac.uk/download/pdf/61007124.pdf>> Acesso em: 19 jul.2019.

OLIVEIRA, E.C. et al. O cuidado em Saúde Mental no território: concepções de profissionais da atenção básica. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000300210&lng=en&nrm=iso Acesso em: 15 jun. 2019.

OLIVEIRA, A.G.B; ATAIDE, I.F.C; SILVA, M.A. A invisibilidade dos problemas de Saúde Mental na atenção primária: o trabalho da enfermeira construindo caminhos junto às equipes de saúde da família. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.13, n.4, p.618-24, 2004. Disponível em< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072004000400015> Acesso em: 20 jun. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **CID-10**: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997.

_____. **CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 10a rev., 2008.

_____. **Relatório Global sobre Álcool e Saúde – 2018**. Genebra, 2018.

PECHANSKY, F; SZOBOT, C.M; SCIVOLETTO, S. Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 14-17, 2009. Disponível em< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000500005&lng=en&nrm=iso> Acesso: 20 jun, 2019.

PINTO, et. al. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em Saúde Mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p.653-660, 2012. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000300011&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em 20 jun. 2019.

PONTES, M. N. Famílias e psicoses. In: OSÓRIO, L.C; VALLE, M.E. **Manual de terapia familiar**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

PRATTA, E. M. M; SANTOS, M. A. O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 25, n. 2,

p. 203–211, 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722009000200008&script=sci_abstract&lng=pt> Acesso em: 10 Jul.2019.

RIBEIRO, M. C; SOUZA A.C. A interdisciplinaridade em um CAPS: **Caderno de Terapia Ocupacional**, UFSCar, São Carlos, v. 21, n. 1, p. 91-98, 2013. Disponível em:<<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/734>> Acesso em: 19 jun. 2019

_____. Reflexões sobre os desafios da interdisciplinaridade nas políticas de Saúde Mental. In: **Jornada Internacional de Políticas Públicas**, 7. 2015. Anais, São Luiz/Maranhão, 2015.

RUSH, B. R. Use of family medical practices by patients with drinking problems. **Canadian Medical Association journal**, [s.l.], v. 140, n. 2008, p. 35–39, 2008. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001600007>. Acesso: 20 jun. 2019.

SAMPAIO, C. C. et al. Interdisciplinaridade em questão: análise de uma política de saúde voltada à mulher. In: SÁ, J. L. M. **Serviço Social e Interdisciplinaridade: dos fundamentos filosóficos à prática interdisciplinar no ensino, pesquisa e extensão**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2007

SARACENO, B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia; 1999.

SCHENEIDER, A.R.S. A rede de atenção em Saúde Mental: a importância da interação entre atenção primária e os serviços de Saúde Mental. **Revista Ciência e Saúde**, Porto Alegre, v.2, n.2, p. 78-84, 2009. Disponível em:< <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/4843>>. Acesso em: 25 jul. 2019.

SCHRANK G; OLSCHOWSKY, A. O Centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 127-34, 2008. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342008000100017&script=sci_abstract&lng=pt> Acesso: 20 jul, 2019.

SILVA, C.C. et al. Iniciação e consumo de substâncias psicoativas entre adolescentes e adultos jovens de Centro de Atenção Psicossocial Antidrogas/CAPS-AD. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 737-745, 2014. Disponível em:< <https://www.scielo.org/pdf/csc/2014.v19n3/737-745/pt>>. Acesso 20 jun.2019.

SOUZA, J. D; KANTORSKI, L. P; MIELKE, F. B. Vínculos e redes sociais de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas sob tratamento em CAPS AD. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 1, fev. 2006. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762006000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso: 20 jul, 2019.

SORDI A.O. et al. Drogas: Uso, Abuso e Dependência. In: Duncan BB, et al. (orgs). **Medicina ambulatorial: Conduas de atenção primária baseadas em evidências**. 4a ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

WALDOW V. R. **O cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmo**. Petrópolis: Vozes; 2004.

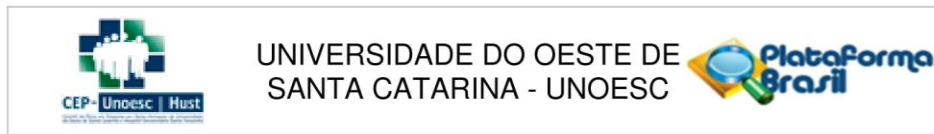
WAIDMAN, M. A. P.; ELSEN, I. O cuidado interdisciplinar à família do portador de transtorno mental no paradigma da desinstitucionalização. **Texto & contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 341-9, 2005. Disponível em:<
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072005000300004&script=sci_abstract&lng=pt> Acesso em: 19 jun. 2019.

YASUI, S. CAPS: Estratégia de Produção de Cuidado e de Bons Encontros. In: PINHEIRO, R. et al. (Orgs). **Desinstitucionalização da Saúde Mental: Contribuições para Estudos Avaliativos**. 1 ed. Rio de Janeiro: Abrasco, 2007.

YIN, R. K. **Estudo de Caso: Planejamento e Métodos**. 4. Ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

ANEXOS

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos.



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O cuidado em Saúde Mental nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da Região de Saúde do Extremo Oeste Santa Catarina.

Pesquisador: Sirlei Favero Cetolin

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 72853517.5.0000.5367

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE DO OESTE DE SANTA CATARINA

Patrocinador Principal: FUNDACAO UNIVERSIDADE DO OESTE DE SANTA CATARINA

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.237.735

Apresentação do Projeto:

Trata-se de protocolo de pesquisa para elaboração de Projeto de Pesquisa, vinculado à ÁREA DE CIÊNCIAS DA VIDA da Universidade do Oeste de Santa Catarina, Projeto de pesquisa de autoria da Professora Dra. Sirlei Favero Cetolin.

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos são claros e precisos.

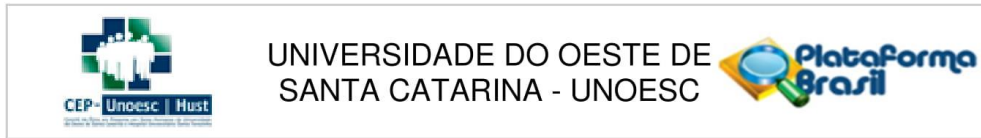
Objetivo Geral:

Avaliar as ações do CAPS no cuidado em Saúde Mental na Região de Saúde do Extremo Oeste Santa Catarina.

Objetivos Específicos:

- 1) Pesquisar como as equipes do CAPS identificam riscos, necessidades e demandas em Saúde Mental (Dimensão Técnica);
- 2) Conhecer intervenções que propiciem autonomia aos indivíduos e grupos sociais na Saúde Mental (Dimensão das Relações Interpessoais);
- 3) Identificar como o CAPS coordena o cuidado nas demandas em Saúde Mental (Dimensão das

Endereço: Rua Getúlio Vargas, nº 2125, Campus I, Bloco I
Bairro: Flor da Serra **CEP:** 89.600-000
UF: SC **Município:** JOACABA
Telefone: (49)3551-2062 **Fax:** (49)3551-2004 **E-mail:** cep@unoesc.edu.br



Continuação do Parecer: 2.237.735

Relações Interpessoais);

(4) Compreender a organização das ações desenvolvidas pelo CAPS referentes à prevenção, promoção, tratamento e reabilitação psicossocial (Dimensão Organizacional);

6) Identificar a presença da educação permanente para a organização das ações de Saúde Mental (Dimensão Técnica).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos serão mínimos, não haverá exposição a situações de constrangimento e a nenhuma intervenção física. Os participantes terão liberdade para participar do estudo se assim desejarem, somente será solicitado que respondam perguntas referentes aos cuidados que prestam nas atividades profissionais. Estima-se um tempo máximo de 30 minutos para responder aos questionamentos.

Benefícios:

Espera-se com a realização da pesquisa, avaliar as ações do CAPS no cuidado em Saúde Mental na Região de Saúde do Extremo Oeste Santa Catarina e, com isso suscitar reflexões e informações que contribuam para a superação de vulnerabilidades na área da Saúde Mental. A publicação dos resultados obtidos poderão fomentar outras pesquisas em cursos de graduação, iniciação científica e pós-graduação, uma vez que, se trata de temáticas que precisam ser discutidas e aprofundadas no meio acadêmico e social. Os resultados serão socializados em eventos internos e externos da instituição proponente e, o Relatório Final será encaminhado para cada um dos CAPS envolvido na pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

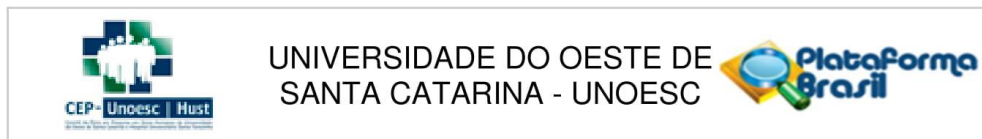
A exposição do Projeto é clara e objetiva, feita de maneira concisa e muito bem fundamentada, permitindo-se concluir que a proposta de pesquisa em tela, possui uma linha metodológica bem definida, base da qual será possível auferir conclusões consistentes e, portanto, válidas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram todos apresentados, preenchidos, assinados, datados e postados na Plataforma Brasil, conforme orienta o Regimento Interno do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Oeste de Santa Catarina - UNOESC.

O TCLE - Modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresentado, atende a contendo o que dispõe a Res. CNS/MS nº 466/12, permitindo ao participante (voluntário) compreender o

Endereço: Rua Getúlio Vargas, nº 2125, Campus I, Bloco I
Bairro: Flor da Serra **CEP:** 89.600-000
UF: SC **Município:** JOACABA
Telefone: (49)3551-2062 **Fax:** (49)3551-2004 **E-mail:** cep@unoesc.edu.br



Continuação do Parecer: 2.237.735

significado, o alcance e os limites de sua participação nesta pesquisa.

Recomendações:

Recomendamos que o desenvolvimento da pesquisa siga os fundamentos, metodologia, proposições, pressupostos em tela, do modo em que foram apresentados e avaliados por este Comitê de Ética em Pesquisa. Qualquer alteração deve ser imediatamente informada ao CEP-UNOESC/HUST, indicando a parte do protocolo de pesquisa modificada, acompanhada das justificativas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_967002.pdf	27/07/2017 16:39:27		Aceito
Outros	declaracaocoparticipante.pdf	27/07/2017 16:37:35	Sirlei Favero Cetolin	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.doc	27/07/2017 15:37:47	Sirlei Favero Cetolin	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetopesquisaUniedu.doc	27/07/2017 15:24:27	Sirlei Favero Cetolin	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostounieduassinada.pdf	27/07/2017 09:52:55	Sirlei Favero Cetolin	Aceito

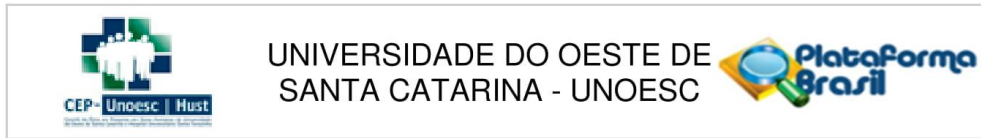
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Getúlio Vargas, nº 2125, Campus I, Bloco I
Bairro: Flor da Serra **CEP:** 89.600-000
UF: SC **Município:** JOACABA
Telefone: (49)3551-2062 **Fax:** (49)3551-2004 **E-mail:** cep@unoesc.edu.br



Continuação do Parecer: 2.237.735

JOACABA, 24 de Agosto de 2017

Assinado por:
Marcio Giusti Trevisol
(Coordenador)

Endereço: Rua Getúlio Vargas, nº 2125, Campus I, Bloco I
Bairro: Flor da Serra **CEP:** 89.600-000
UF: SC **Município:** JOACABA
Telefone: (49)3551-2062 **Fax:** (49)3551-2004 **E-mail:** cep@unoesc.edu.br

ANEXO B - ASSIT

ASSIT - ALCOHOL SMOKING AND SUBSTANCE INVOLVEMENT SCREENING TEST

QUESTIONÁRIO PARA TRIAGEM DO USO DE ÁLCOOL, TABA E OUTRAS SUBSTÂNCIAS

NOME: _____

SEXO: () Masculino () Feminino

IDADE: _____

ENTREVISTADOR:

DATA: ____/____/____

1 – Na sua vida qual (is) dessa (s) substâncias você já usou? (somente uso não prescrito pelo médico)	NÃO	SIM
a. Derivados do tabaco	0	3
b. Bebida alcoólicas	0	3
c. maconha	0	3
d. cocaína, crack	0	3
e. anfetaminas ou ecstasy	0	3
f. inalantes	0	3
g. hipnóticos/sedativos	0	3
h. alucinógenos	0	3
i. opióides	0	3
j. outras, especificar.	0	3

- * Se “NÃO” em todos os itens investigue: n mesmo quando estava na escola?
 * Se “NÃO” em todos os itens, pare a entrevista.
 * Se “SIM” para gluma droga, continue com as demais questões.

3 – Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir? (primeira droga, segunda droga, etc)	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todos os dias.
a. Derivados do tabaco	0	2	3	4	6
b. Bebida alcoólicas	0	2	3	4	6
c. maconha	0	2	3	4	6
d. cocaína, crack	0	2	3	4	6
e. anfetaminas ou ecstasy	0	2	3	4	6
f. inalantes	0	2	3	4	6
g. hipnóticos/sedativos	0	2	3	4	6
h. alucinógenos	0	2	3	4	6
i. opióides	0	2	3	4	6
j. outras, especificar.	0	2	3	4	6

2. Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou está (s) substância (s) que mencionou?	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente quase todos os dias
a. Derivados do tabaco	0	2	3	4	6
b. Bebida alcoólicas	0	2	3	4	6
c. maconha	0	2	3	4	6
d. cocaína, crack	0	2	3	4	6
e. anfetaminas ou ecstasy	0	2	3	4	6
f. inalantes	0	2	3	4	6
g. hipnóticos/sedativos	0	2	3	4	6
h. alucinógenos	0	2	3	4	6
i. opióides	0	2	3	4	6
j. outras, especificar.	0	2	3	4	6

- * Se NUNCA em todo os itens da questão 2 bule para a questão 6.

4 – Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo(primeira droga, segunda droga, etc) resultou em algum problema de saúde, social, legal ou financeiro?	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todos os dias.
a. Derivados do tabaco	0	2	3	4	6
b. Bebida alcoólicas	0	2	3	4	6
c. maconha	0	2	3	4	6
d. cocaína, crack	0	2	3	4	6
e. anfetaminas ou ecstasy	0	2	3	4	6
f. inalantes	0	2	3	4	6
g. hipnóticos/sedativos	0	2	3	4	6
h. alucinógenos	0	2	3	4	6
i. opióides	0	2	3	4	6
j. outras, especificar.	0	2	3	4	6

NOMES POPULARES OS COMERCIAIS DAS DROGAS

- a. produtos do tabaco** (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)
b. bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, champanhe, licor, pinga, uísque, vodca, vermouthes, caninha, rum, tequila, gin)
c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga rosa, massa, haxixe, Skank, etc.)
d. cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, cachimbo, brilho)
e. estimulantes e anfetaminas (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA)

f. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló)

g. hipnóticos, sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobartibal, pentobarbital, benzoadipinicos, diazepam)

h. alucinógenos (LSD, chá de lírio, ácido, passaporte, mesmalina, peiote, cacto)

i. opiáceos (morfina, codeína, ópio, heroína, elixir, metadona)

j. outras – especificar.

5 – Durante os três últimos meses, com que frequência por causa do uso de (primeira droga, segunda droga, etc) você deixou de fazer coisas que realmente eram esperadas de você?	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todos os dias.
a. Derivados do tabaco	0	2	3	4	6
b. Bebida alcoólicas	0	2	3	4	6
c. maconha	0	2	3	4	6
d. cocaína, crack	0	2	3	4	6
e. anfetaminas ou ecstasy	0	2	3	4	6
f. inalantes	0	2	3	4	6
g. hipnóticos/sedativos	0	2	3	4	6
h. alucinógenos	0	2	3	4	6
i. opióides	0	2	3	4	6
j. outras, especificar.	0	2	3	4	6

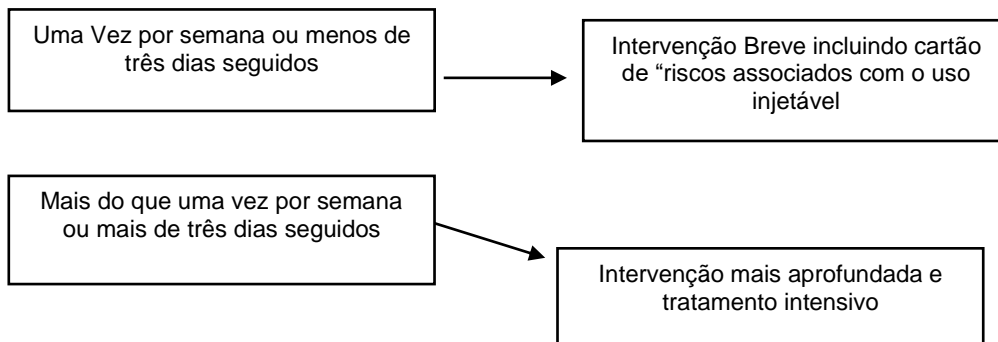
6 – Há amigos, parentes, ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de (primeira droga, segunda droga, etc)?	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todos os dias.
a. Derivados do tabaco	0	2	3	4	6
b. Bebida alcoólicas	0	2	3	4	6
c. maconha	0	2	3	4	6
d. cocaína, crack	0	2	3	4	6
e. anfetaminas ou ecstasy	0	2	3	4	6
f. inalantes	0	2	3	4	6
g. hipnóticos/sedativos	0	2	3	4	6
h. alucinógenos	0	2	3	4	6
i. opióides	0	2	3	4	6
j. outras, especificar.	0	2	3	4	6

7 – Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso (primeira droga, segunda droga, etc) e não conseguiu?	NÃO, Nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos três meses
a. Derivados do tabaco	0	6	3
b. Bebida alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou ecstasy	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opióides	0	6	3
j. outras, especificar.	0	6	3

8- Alguma vez você já usou drogas por injeção? (Apenas o uso não médico)		
NÃO, nunca	SIM, nos últimos três meses	SIM, mas não nos últimos três meses

NOTA IMPORTANTE: pacientes que tenham usado drogas injetáveis nos últimos três meses devem ser perguntados sobre seu padrão de uso injetável durante esse período, para determinar seus níveis de risco e a melhor forma de intervenção

GUIA DE INTERVENÇÃO PADRÃO DE USO INJETÁVEL



	Anote a pontuação para cada droga. SOME SOMENTE das questões 2,3,4,5,6, e 7	Nenhum a intervenção	Receber Intervenção Breve	Encaminhar para tratamento intensivo
Tabaco		0-3	4-26	27 ou mais
Álcool		0-10	11-26	27 ou mais
Maconha		0-3	4-26	27 ou mais
Cocaína		0-3	4-26	27 ou mais
Anfetaminas		0-3	4-26	27 ou mais
Inalantes		0-3	4-26	27 ou mais
Hipnóticos e Sedativos		0-3	4-26	27 ou mais
Alucinógenos		0-3	4-26	27 ou mais
Opióides		0-3	4-26	27 ou mais

CÁLCULO DO ESCORE DE ENVOLVIMENTO COM UMA SUBSTÂNCIA ESPECÍFICA.

Para cada substância (de 'a' a 'j') some os escores obtidos nas questões 2 a 7.

Não inclua os resultados das questões 1 e 8.

Por exemplo, um escore para a maconha deverá ser calculado do seguinte modo: $Q2C + Q3c + Q4c = Q5c + Q6c + Q7c$.

Note que Q5c para tabaco não é codificada, sendo a pontuação para tabaco = $Q2a + Q3a + Q4a + Q6a + Q7a$.

ANEXO C – AUDIT

AUDIT - ALCOOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST

Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool

NOME: _____

SEXO: () Masculino () Feminino

IDADE: _____

ENTREVISTADOR: _____ DATA:

_____/_____/_____

Leia as perguntas abaixo e anote as respostas com cuidado. Inicie a entrevista dizendo “**Agora vou fazer algumas perguntas sobre seu consumo de álcool ao longo dos últimos 12 meses**”. Explique o que você quer dizer com “consumo de álcool”, usando exemplos locais de cerveja, vinho, destilados, etc. Marque as Respostas relativas a quantidade em termos de “doses padrão”. Marque a pontuação de cada resposta no quadradinho correspondente e some ao final.

<p>1 - Com que frequência você toma bebidas alcoólicas? (0) Nunca (Vá para as questões 9 e 10) (1) Mensalmente ou menos (2) De 2 a 4 vezes por mês (3) De 2 a 3 vezes por mês (4) 4 ou mais vezes por semana <input type="checkbox"/></p>	<p>6 – Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você precisou beber pela manhã para se sentir bem ao longo do dia após ter bebido no dia anterior? (0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente <input type="checkbox"/> (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p>
<p>2 – Nas ocasiões em que bebe, quantas doses você consome tipicamente? (0) 1 ou 2 (1) 3 ou 4 (2) 5 ou 6 (3) 7, 8 ou 9 (4) 10 ou mais <input type="checkbox"/></p>	<p>7 – Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido? (0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente <input type="checkbox"/> (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p>
<p>3- Com que frequência você toma “seis ou mais doses” de uma vez? (0) Nunca (1) Mais do que uma vez ao mês <input type="checkbox"/> (2) Mensalmente (3) Semanalmente</p>	<p>8 – Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você foi incapaz de lembrar do que aconteceu por causa da bebida? (0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente</p>

(4) Todos ou quase todos os dias. Se a soma das questões 2 e 3 for 0, avance para as questões 9 e 10.	(3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias <input type="checkbox"/>
4 – Quantas vezes ao longo dos últimos 12 dias, você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado? (0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente <input type="checkbox"/> (4) Todos ou quase todos os dias	9 – Alguma vez na vida você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido? (0) Não (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses (4) sim, nos últimos 12 meses <input type="checkbox"/>
5 – Quantas vezes, ao longo dos último 12 meses, você por causa do álcool não conseguiu fazer o que era esperado de você? (0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente <input type="checkbox"/> (4) Todos ou quase todos os dias	10 – Alguma vez na vida algum parente, amigo, médico ou outro profissional da saúde já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse? (0) Não (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses (4) sim, nos últimos 12 meses <input type="checkbox"/>
Anote aqui o resultado: ___ + ___ + ___ + ___ + ___ + ___ + ___ + ___ + ___ + ___ = Q1 Q2 Q3 Q4 Q5 Q6 Q7 Q8 Q9 Q10	
<p>Equivalência de Doses Padrão</p> <p>CERVEJA: 1 copo (de chope – 350ml), 1 lata = 1 “DOSE” ou 1 garrafa = 2 “DOSES”</p> <p>VINHO: 1 copo comum (250ml) = 2 DOSES ou 1 garrafa = 8 DOSES</p> <p>CACHAÇA, VODCA, UÍSQUE ou CONHAQUE = “meio copo americano” (60ml) = 1,5 “DOSES” ou 1 garrafa = mais de 20 “DOSES”</p> <p>UÍQUE, RUM, LITROS: 1 dose de dosador (40ml) = 1 “DOSE”</p>	

- Adaptação e Validação para o Brasil por Mendéz EB, 1999.

- Versão original desenvolvida por Saunders et al. 1993.

CORREÇÃO AUDIT

NÍVEL DE USO	INTERVENÇÃO	SCORE
Zona I	Prevenção Primária	0 - 7
Zona II	Orientação Básica	8 - 15
Zona III	Intervenção Breve e Monitoramento	16 - 19
Zona IV	Encaminhamento para serviço especializado	20 - 40

ZONA I: Pessoas que se localizam na zona I geralmente fazem uso de baixo risco de álcool ou são abstinências. De uma forma geral, são pessoas que bebem menos de duas doses-padrão por dia ou que não ultrapassam a quantidade de cinco doses-padrão em uma única ocasião. A intervenção adequada nesse nível é a educação em saúde, para que haja a manutenção do padrão de uso atual.

ZONA II: Pessoas que pontuam nessa zona são consideradas usuários de risco; são pessoas que fazem uso acima de duas doses-padrão todos os dias ou mais de cinco doses-padrão numa única ocasião, porém não apresentam nenhum problema decorrente disso. A intervenção adequada nesse nível é a Orientação Básica sobre o uso de baixo risco e sobre os possíveis riscos orgânicos, psicológicos ou sociais que o usuário pode apresentar se mantiver esse padrão de uso.

ZONA III: Nessa zona de risco estão os usuários com padrão de uso nocivo; ou seja, pessoas que consomem álcool em quantidade e frequência acima dos padrões de baixo risco e já apresentam problemas decorrentes do uso de álcool. Por outro lado, essas pessoas não apresentam a quantidade de sintomas necessários para o diagnóstico de dependência. A intervenção adequada nesse nível é a utilização da técnica de Intervenção Breve e Monitoramento.

ZONA IV: Pessoas que se encontram nesse nível apresentam grande chance de ter um diagnóstico de dependência. Nesse caso, é preciso fazer uma avaliação mais cuidadosa e, se confirmado o diagnóstico, deve-se motivar o usuário a procurar atendimento especializado para acompanhamento e encaminhá-lo ao serviço adequado.

APÊNDICES

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO**QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO**

CAPS : _____

DATA: _____

APLICADOR: _____

1 - Sexo	[1] Feminino [2] Masculino
2 - Idade	[1] 20 a 30 anos [2] 31 a 40 anos [3] 41 a 50 anos [4] 51 a 60 anos [5] Mais de 60 anos
3 - Estado civil	[1] Casado [2] Solteiro [3] União estável [4] Viúvo [5] Separado/divorciado
4 - Religião	[1] Católica [2] Evangélica [3] Luterana [4] Assembleia de deus [5] Universal [6] Ateu [7] Nenhuma
5- Naturalidade	Cidade: _____
6 – Município em que reside	Município: _____
7 - Se possui irmão, quantos possui?	[1] Não possui [2] 1 a 2 irmãos [3] 3 a 4 irmãos [4] 5 a 6 irmão [5] Mais de seis irmãos
8 - Quantas pessoas residem na casa onde mora	[1] 1 a 2 pessoas [2] 2 a 3 pessoas [3] 4 a 5 pessoas [4] 6 a 7 irmão [5] Mais de 7 pessoas

9- Com quem reside?	[1] Pai e mãe [2] Pai [3] Mãe [4] Esposa [5] Esposa e filhos [6] Sozinho
10 - Possui filhos.	[1] Não possui [2] 1 a 2 filhos [3] 3 a 4 filhos [4] 5 a 6 filhos [5] Mais de seis filhos
11 – Escolaridade.	[1] Analfabeto [2] Ensino fundamental incompleto [3] Ensino médio incompleto [4] Ensino fundamental completo [5] Ensino médio completo [6] Ensino superior
12 - Renda mensal própria.	[1] Menos de um salário mínimo [2] 1 a 2 salários mínimos [3] 3 a 4 salários mínimos [4] 5 a 6 salários mínimos [5] Mais de seis salários mínimos
13 - Renda mensal da família.	[1] Menos de um salário mínimo [2] 1 a 2 salários mínimos [3] 3 a 4 salários mínimos [4] 5 a 6 salários mínimos [5] Mais de seis salários mínimos
14 – Profissão.	[1] Desempregado [2] Empregado(a) – trabalho fixo [3] Empregado(a) – trabalho temporário [5] Empregador(a) [6] Autônomo [8] Dona(o) de casa [9] Aposentado(a) [10] Estudante
15 - Condição da moradia.	[1] Própria [2] Alugada [3] Cedida

14 - Ingere bebidas alcoólicas?	[1] Sim
	[2] Não

16- Faz uso de alguma substância psicoativa?	[1] Produtos do tabaco
	[2] Bebidas alcóolicas
	[3] Maconha
	[4] Cocaína, crack
	[5] Estimulantes
	[6] Inalantes
	[7] Hipnóticos ou sedativos
	[8] Alucinógenos
	[9] Opiáceos

17 - Faz uso de medicação controlada?	[1] Sim
	[2] Não

APÊNDICE B - ROTEIRO ENTREVISTAS

ROTEIRO DAS ENTREVISTAS COM PROFISSIONAIS

- Quantos usuários de Substâncias Psicoativas o CAPS possui?
- Como estas pessoas chegam até o CAPS?
- Quais ações de cuidado em Saúde Mental acontecem com estes usuários?
- Vocês realizam atendimento individual e em grupo?
- Como realizam o apoio familiar?
- Cada usuário possui seu projeto terapêutico? Como vocês decidem ele?
- São realizadas ações de matriciamento?
- Quais atividade interdisciplinares são desenvolvidas?

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa: **Promoção do Cuidado em Saúde Mental aos usuários de álcool e outras drogas**. Nosso objetivo é analisar as características dos usuários de substâncias psicoativas atendidos nos Centros de Atenção Psicossocial da região de saúde do Extremo Oeste de Santa Catarina, identificando como acontece a produção e promoção do cuidado em Saúde Mental. A sua participação neste estudo, não irá lhe causar riscos ou desconforto, dentre os benefícios desta pesquisa está a divulgação dos resultados obtidos para os profissionais, usuários e comunidade científica, além de outros profissionais da área da saúde que apresentam interesse sobre o assunto; busca-se através do presente estudo resultados que sirvam de subsídio para o fortalecimento da política de Saúde Mental, álcool e outras drogas na região estudada, visando ampliar o conhecimento sobre o fenômeno investigado.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: Você poderá solicitar esclarecimento sobre a pesquisa em qualquer etapa do estudo. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação na pesquisa a qualquer momento, seja por motivo de constrangimento e ou outros motivos. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. O(s) pesquisador(es) irá(ão) tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa serão enviados para você e permanecerão confidenciais. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Este consentimento está impresso e assinado em duas vias, uma cópia será fornecida a você e a outra ficará com o pesquisador(es) responsável(is).

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO: A participação no estudo, não acarretará custos para você e não será disponibilizada nenhuma compensação financeira.

DECLARAÇÃO DO SUJEITO PARTICIPANTE OU DO RESPONSÁVEL PELO SUJEITO PARTICIPANTE:

Eu,, fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e ou retirar meu consentimento. Os responsáveis pela pesquisa acima, certificaram-me de que todos os meus dados serão confidenciais. Em caso de dúvidas poderei entrar em contato com a Ana Paula de Oliveira- Mestranda do Curso Biociências e Saúde – Campus de Joaçaba, telefone (49) 99982-6109 com a pesquisadora responsável **Sirlei Favero Cetolin** – Professora da Unoesc – Campus de São Miguel do Oeste, telefone (49) 3621.0848 ou ainda entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Unoesc e Hust, Rua Getúlio Vargas, nº 2125, Bairro Flôr da Serra, 89600-000- Joaçaba – SC, Fone: 49-3551-2012. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento Livre e Esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Assinatura do sujeito pesquisado ou **impressão dactiloscópica.**

Assinatura:
 Nome legível:
 Endereço:
 RG.
 Fone:
 Data ____/____/____

.....
Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável

Data ____/____/____