

INSTITUTO FEDERAL DE SANTA CATARINA

MARIA EDUARDA DE SOUZA

O PERFIL SOCIOECONÔMICO DOS USUÁRIOS QUE INTERROMPERAM O
TRATAMENTO NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM ÁLCOOL E
OUTRAS DROGAS DE JOINVILLE/SC NOS ANOS DE 2016 – 2018

JOINVILLE

2019

MARIA EDUARDA DE SOUZA

O PERFIL SOCIOECONÔMICO DOS USUÁRIOS QUE INTERROMPERAM O
TRATAMENTO NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM ÁLCOOL E
OUTRAS DROGAS DE JOINVILLE/SC NOS ANOS DE 2016 – 2018

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso Superior de
Tecnologia em Gestão Hospitalar do
Campus Joinville do Instituto Federal de
Santa Catarina para a obtenção do
diploma de Tecnólogo em Gestão
Hospitalar

Orientadora: Dra. Andrea Heidemann

JOINVILLE

2019

Ficha de identificação da obra elaborada pela autora.

Souza, Maria Eduarda de.

O perfil socioeconômico dos usuários que interromperam o tratamento no Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas de Joinville/SC nos anos de 2016 – 2018 / Maria Eduarda de Souza; orientação de Andrea Heidemann. Joinville, SC, 2019. 71 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) – Instituto Federal de Santa Catarina, Campus Joinville. Superior de Tecnologia em Gestão Hospitalar. Inclui Referências.

1. Saúde Mental. 2. CAPS AD. 3. Interrupções de tratamento. I. Heidemann, Andrea. II. Instituto Federal de Santa Catarina. III. Título.

**O PERFIL SOCIOECONÔMICO DOS USUÁRIOS QUE INTERROMPERAM O
TRATAMENTO NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM ÁLCOOL E
OUTRAS DROGAS DE JOINVILLE/SC NOS ANOS DE 2016-2018**

MARIA EDUARDA DE SOUZA

Este trabalho foi julgado e adequado para a obtenção do título de Tecnólogo em Gestão Hospitalar e **APROVADO** em sua forma final pela comissão avaliadora abaixo indicada.

Joinville, 18 de novembro de 2019.

Andrea Heidemann
Presidente

Márcia Bet Kohls
Avaliadora

Patrícia G. Petry
Avaliadora

AGRADECIMENTOS

Sou eternamente grata à Deus, por estar sempre presente em minha vida!

Agradeço aos professores do IFSC que acompanharam a minha jornada acadêmica, especialmente à minha orientadora Dra. Andrea Heidemann, que esteve sempre presente, sendo atenciosa, paciente e gentil. És exemplo para mim!

Agradeço a minha família, por sempre depositarem confiança em mim, a minha mãe Regina, com seu amor, ao meu pai, Roberto Marcelo, com seu carinho, e ao meu irmão, Davi Roberto, pela alegria a todo momento.

Agradeço também aos meus avós, pelos conselhos e conforto. Sou grata a minha prima mais velha, Aline, por ser o meu exemplo de dedicação.

Agradeço às minhas amigas, Milena, Vanderléia, Maraíza e Evellin por terem sido pacientes comigo nessa fase tão difícil, e também pelas risadas de sempre.

“Nada é pequeno se feito com amor”.
(Santa Teresinha do Menino Jesus)

RESUMO

O presente estudo tem como temática principal o perfil socioeconômico dos usuários que interromperam o tratamento no Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas de Joinville/SC nos anos de 2016 – 2018. O CAPS AD é uma unidade de saúde pública regida pela Secretária Municipal de Saúde de Joinville, sendo um serviço específico para pessoas com abuso e dependência de álcool e outras drogas. O trabalho se concretiza como pesquisa quantitativa, sendo a coleta de dados por meio de pesquisa documental, cujo qual utilizou os prontuários dos usuários nos anos de 2016 a 2018. Após a análise dos dados, foi possível verificar em linhas gerais que, o perfil geral dos usuários que interromperam o tratamento, caracterizou-se como: adulto, idade entre 30 a 49 anos, masculino, cor/raça branca, solteiro, somente com um filho, reside com a família, apresenta patologia na família, como abuso de substância, com fundamental incompleto, desempregado, autônomo, natural de Joinville, em situação de rua, localizado na região sudeste, tabagista, fazendo consumo abusivo de álcool, utilizando somente uma substância, já foi internado em clínica terapêutica, realizou de duas a cinco consultas antes de interromper o tratamento, e é procedente de demanda espontânea. Através das informações obtidas foi possível sugerir melhorias como, sensibilizar os profissionais envolvidos no atendimento quanto a importância do preenchimento do prontuário de forma clara e completa; o investimento na digitalização dos prontuários antigos e a manutenção dos atuais; cuidado com a atualização cadastral e reforçar a importância do trabalho de rede efetivando, assim, a referência e a contra-referência na busca incessante de manter o usuário no serviço e, assim, alcançar sucesso no tratamento.

Palavras-Chave: Saúde Mental. CAPS AD. Interrupções de tratamento.

ABSTRACT

The main theme of this study is the socioeconomic profile of users who discontinued treatment at the Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas de Joinville/SC in the years 2016 - 2018. CAPS AD is a public health unit governed by the Municipal Health Secretary of Joinville, being a specific service for people with abuse and dependence on alcohol and other drugs. The work is carried out as a quantitative research, being the collection of data through documentary research, which used the medical records of users in the years 2016 to 2018. After analyzing the data, it was possible to verify in general terms that the overall profile of users who discontinued treatment was characterized as: adult, aged between 30 and 49 years, male, color/white race, single, with only one child, lives with the family, presents pathology in the family, as substance abuse, with incomplete fundamental, unemployed, autonomous, native of Joinville, in a street situation, located in the southeast region, smoker, abusing alcohol, using only one substance, has been admitted to therapeutic clinic, performed two to five consultations before stopping treatment, and is coming from spontaneous demand. Through the information obtained, it was possible to suggest improvements such as raising the awareness of the professionals involved in the care regarding the importance of filling out the medical record in a clear and complete manner; the investment in the digitalization of old medical records and the maintenance of current ones; care with the updating of the records and reinforce the importance of networking, thus making the reference and counter-reference in the incessant search to keep the user in the service and thus achieve success in treatment.

Keywords: Mental Health. CAPS AD. Treatment interruptions.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Prontuários arquivados em caixas	34
Figura 2 – Prontuários arquivados em caixas, lado esquerdo.....	34
Figura 3 – Prontuários arquivados em caixas, lado direito	35
Figura 4 – CAPS AD – Joinville.....	37
Figura 5 – Fluxograma de atendimento.....	39
Figura 6 – Faixa etária	40
Figura 7 – Gênero	41
Figura 8 – Cor/Raça	43
Figura 9 – Estado civil	43
Figura 10 – Filhos.....	44
Figura 11 – Quantidade de filhos	44
Figura 12 – Reside com quem	45
Figura 13 – Patologias na família.....	47
Figura 14 – Escolaridade	48
Figura 15 – Ocupação.....	49
Figura 16 – Naturalidade.....	51
Figura 17 – Tabagismo	54
Figura 18 – Substâncias utilizadas.....	55
Figura 19 – Quantidade de substâncias utilizadas.....	56
Figura 20 – Internações por substâncias psicoativas.....	57
Figura 21 – Locais de internações por uso de substâncias psicoativas	58
Figura 22 – Número de consultas antes das interrupções de tratamento	59
Figura 23 – Procedência do usuário.....	60

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Componentes da RAPS.	26
--------------------------------------	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Profissões.....	50
Tabela 2 – Sub-regiões e Bairros.....	52
Tabela 3 – Regiões	54

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas
CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental
ESF – Estratégia Saúde da Família
LBHM – Liga Brasileira de Higiene Mental
MNLA – Movimento Nacional da Luta Antimanicomial
MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS – Núcleos de Atenção Psicossocial
OMS – Organização Mundial da Saúde
OMS – Organização Mundial da Saúde
PTS – Projeto Terapêutico Singular
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
SRT's – Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
UPHG – Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral
UTI – Unidade de Terapia Intensiva
WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	Contextualização	13
1.2	Justificativa	14
1.3	Problema	15
1.4	Objetivo	15
1.4.1	Objetivo Geral	15
1.4.2	Objetivos Específicos	15
2	REFERENCIAL TEÓRICO	17
2.1	Saúde Mental: Base Conceitual	17
2.2	Saúde Mental: História no Brasil	18
2.3	Saúde Mental no Sistema Único de Saúde	23
2.3.1	Centro de Atenção Psicossocial	27
2.4	Interrupções nos tratamentos de saúde mental	29
3	METODOLOGIA	32
3.1	Classificação do tipo de pesquisa	32
3.1.1	Quanto à abordagem	32
3.1.2	Quanto à natureza	32
3.1.3	Quanto aos objetivos	32
3.1.4	Quanto aos procedimentos	33
3.2	Lócus da Pesquisa	33
3.3	População e amostra	33
3.4	Procedimento de coleta de dados	35
3.5	Análise dos dados	36
3.6	Quanto a ética na pesquisa	36
4	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	37
4.1	CAPS AD – Joinville	37
4.1.1	Serviços oferecidos pelo CAPS AD	37
4.2	Perfil dos usuários que interromperam o tratamento 2016 - 2018	40
5	CONCLUSÃO	61
	REFERÊNCIAS	63
	ANEXO A – Autorização de pesquisa	71

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização

A dependência química é um conjunto de fenômenos que envolvem fatores complexos para o indivíduo que dizem respeito a sua interação com o meio, como a sociabilidade, raciocínio, pensamentos, comportamentos e entre outros, bem como alterações na fisiologia corporal (MARÇAL, 2017). “A dependência é caracterizada porque o indivíduo sente que a droga é necessária em sua vida quanto o alimento, a água, o repouso e a segurança” (MARÇAL, 2017, p. 20).

Há décadas o ser humano faz uso de substâncias psicoativas (SPA). Antigamente o consumo era um hábito social e proporcionava um maior vínculo entre as pessoas na comunidade através de cerimônias, rituais e festividades, porém, nos momentos atuais, essa prática se encontra fragilizada em decorrência das diversas mudanças socioeconômicas e dos malefícios advindos do seu consumo abusivo (ARAÚJO *et al.*, 2004 apud ALMEIDA *et al.*, 2014). Atualmente, a utilização de substâncias psicoativas é comum na maioria dos países, incluindo o Brasil. Seu consumo frequente resulta em tolerância, abstinência e comportamento compulsivo de drogas lícitas e ilícitas (RIBEIRO *et al.*, 2012).

Geralmente, os dependentes químicos não buscam por tratamentos de saúde para abandonar o consumo, por ausência de desejo e expectativa no serviço, outros não se sentem acolhidos, motivados e respeitados, facilitando para haver a interrupção ao tratamento. Em virtude de tal fato, dificulta-se a adesão ao tratamento, conseqüentemente a inserção social e familiar do usuário (BRASIL, 2004). Segundo elaborado pela autora Marçal (2017, p. 21) “sem o tratamento adequado, as dependências químicas tendem a piorar cada vez mais com o passar do tempo, tornando-se uma doença progressiva”. Diante disso, é importante trabalhar com estas pessoas para receberem orientações adequadas, reestabelecerem laços familiares e reinserir à sociedade. Contudo, os centros especializados para o atendimento na saúde mental devem contar com uma equipe multidisciplinar que promova o desenvolvimento pessoal, autonomia e comprometimento.

Com a finalidade de apoiar e prestar assistência para pessoas com dependência química, faz-se necessário a criação de centros especializados com equipes capacitadas e dispostas para auxiliar no diagnóstico, na reabilitação e

inclusão social. Logo, para assegurar todo o atendimento necessário à pessoa dependente química, a cidade de Joinville/SC, conta com o Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas - CAPS AD, um serviço proporcionado pelo Sistema Único de Saúde - SUS. O CAPS AD, atua desde 2012 no tratamento de pessoas com abuso de crack, álcool e outras drogas, visando prestar um serviço eficiente e singular para cada pessoa, entretanto quando ocorre interrupções de tratamento, dificulta a eficácia na recuperação do usuário.

O CAPS AD apresenta inúmeras demandas de usuários que iniciam no serviço, entretanto, ocorrem muitas interrupções ao tratamento precocemente, levando a não reabilitação completa do usuário; sem haver um controle da instituição perante o perfil socioeconômico dos usuários que interrompem o tratamento, o serviço tem dificuldades para traçar estratégias e proporcionar medidas que mudem esta realidade.

1.2 Justificativa

“No âmbito da saúde pública, a discussão sobre a interrupção de tratamento deve ser enfatizada já que traz, de maneira direta, desperdícios de recursos, estruturais e financeiros, à disposição do cidadão, além do custo social” (BITTAR *et al.*, 2016, p. 20).

Nesse sentido, é fundamental identificar as situações potencialmente relacionadas a uma maior possibilidade de levar os sujeitos a interromperem os processos terapêuticos e, dessa maneira, desenvolver ações preventivas que conduzam as práticas profissionais e/ou institucionais em saúde mental.

Certamente, para as equipes de saúde dos Centros de Atendimento Psicossocial, a adesão aos serviços ofertados constitui um desafio importante, tendo em vista que

A não adesão ao tratamento pelos pacientes é visto como um grande problema para a saúde pública, devidos aos custos elevados que isso acarreta para o sistema, tornando-se, dessa forma, um "problema" a ser enfrentado no campo da saúde. São pacientes que utilizam mais os serviços de saúde, como o pronto-atendimento, necessidade de internações em enfermarias e unidades de tratamento intensivo (UTI), justamente por não aderirem ao tratamento de forma correta para controlar sua doença (FREITAS, 2018, p. 19).

Nesse encaminhamento, considerando-se que a melhor compreensão do fenômeno da interrupção do tratamento pode possibilitar mudanças na prática dos profissionais de saúde, no sentido de planejar ações de cuidado e implementar estratégias de promoção da adesão, o objetivo deste estudo foi verificar o perfil socioeconômico dos usuários que interromperam o tratamento no CAPS AD de Joinville/SC nos anos de 2016 - 2018.

Esse tema, ou seja, o perfil socioeconômico dos usuários que interromperam o tratamento, é compreendido como um desafio grande e atual para a gestão de instituições de saúde.

Dessa maneira, entende-se esse estudo como de suma relevância, pois contribuirá para que o CAPS AD estabeleça condutas para que evitem a não adesão ao tratamento, visto que é necessário o usuário aderir ao tratamento, para que dessa forma, possibilite a melhoria da sua qualidade de vida e não haja necessidade de reiniciar o tratamento desde o início.

Além disso, esta pesquisa agregará a pesquisadora uma maior ampliação do conhecimento acadêmico, como analisar dados, coletar informações, entre outros, sendo importante para a formação no curso Superior em Gestão Hospitalar.

1.3 Problema

Qual o perfil socioeconômico dos usuários que interromperam o tratamento no CAPS AD de Joinville/SC nos anos de 2016 - 2018?

1.4 Objetivo

1.4.1 Objetivo Geral

Conhecer o perfil socioeconômico dos usuários em situação de interrupção ao tratamento no CAPS AD de Joinville/SC nos anos de 2016 - 2018.

1.4.2 Objetivos Específicos

- a) Caracterizar os usuários que interromperam o tratamento no que diz respeito à: faixa etária, gênero, escolaridade, renda e vínculo empregatício.

- b) Identificar as regiões de procedência com maior número de interrupções dos usuários.
- c) Verificar o número de atendimentos realizados antes da interrupção.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Saúde Mental: Base Conceitual

A Organização Mundial da Saúde - OMS (2002, p. 30) define que a “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a mera ausência de doença ou enfermidade”. Existem desta maneira, diversas vertentes para se definir o conceito de “saúde mental”. No entanto, para se compreender este termo, é necessário englobar alguns aspectos como o bem-estar físico, mental e social inerente dos sujeitos, assim, como também, questões relativas à produtividade, autonomia, desempenho, desenvolvimento intelectual e emocional dos seres. Ainda de acordo com a OMS (2002), a busca por uma definição concreta do termo “saúde mental” é custosa, entretanto, é sabido o fato que a saúde mental é mais profunda e complexa do que somente caracterizá-la como a ausência de uma patologia que envolve questões mentais.

Antigamente, as pessoas presumiam que havia como determinar se um indivíduo era saudável ou enfermo pelo seu desempenho no trabalho. Nos tempos atuais, ser saudável não está relacionado com ausência de alguma patologia ou com o grau de produtividade no trabalho, mas com questões de moradia adequada, água limpa, saneamento básico, lazeres, educação, boa alimentação, entre outros (SILVA; BUENO, 2009).

Anteriormente, o indivíduo que se encontrava em constante sofrimento mental era considerado louco e além disso, era acusado de diversas maneiras, algumas delas de estar possuído pelo diabo; castigo de Deus; malandro e doença contagiosa que não tem cura. Contudo, com o passar dos anos o indivíduo com transtorno mental é visto além das suas fragilidades e limitações, destacando-se as potencialidades e capacidades (SILVA; BUENO, 2009).

A atenção ofertada para a saúde física não é similar para a saúde mental, logo 450 milhões de indivíduos com transtornos mentais estão longe de receberem a mesma importância. “Estima-se que os transtornos mentais e de comportamento respondam por 12% da carga mundial de doenças, enquanto as verbas orçamentárias para a saúde mental na maioria dos países representam menos de 1% dos seus gastos totais em saúde” (OMS, 2002, p. 30).

2.2 Saúde Mental: História no Brasil

Inicialmente, é fundamental haver um resgate histórico do período imperial no Brasil, uma vez que a partir da segunda metade do século XIX, iniciou-se a assistência psiquiátrica no país, logo se faz necessário avaliar o desenvolvimento do tratamento destinado para os usuários (SANTOS, 1992). Na década de 1808, a família real portuguesa chegou ao Brasil, por conseguinte, surgiu as primeiras implementações de ações de saúde (BAPTISTA, 2007). Contudo, “[...] possibilitou também a chegada de mais médicos e o aumento da preocupação com as condições de vida nas cidades, possibilitando o início de um projeto de institucionalização, o do setor saúde no Brasil e a regulação da prática médica profissional” (BAPTISTA, 2007, p. 31).

No período monárquico brasileiro, a economia era resultante da mão de obra escrava e a urbanização contava com poucos habitantes, as condutas do Estado concedidas aos “loucos”, que sucessivamente viriam a ser “alienados” e, posteriormente, “doentes mentais” eram escassas. Em vista disso, os cidadãos com condições financeiras elevadas que tinham familiares enfermos mentais, responsabilizavam-se pelos próprios. Por conseguinte, para aqueles com condições financeiras baixas, os enfermos mentais eram inseridos no hospício. Vale salientar que o intuito do hospício era unicamente afastá-los do convívio em sociedade, sem decorrer de prática médica alguma (SANTOS, 1992).

Segundo Miranda-Sá Junior (2007), o início da urbanização nas cidades do Rio de Janeiro, Ouro Preto e Salvador, manifestou alguns problemas sanitários, entre eles se remete aos usuários psiquiátricos, uma vez que estavam importunando o meio urbano. De acordo com Moreira (2010, p. 730):

Através de todo o período colonial, os alienados, os idiotas, os imbecis foram tratados de acordo com as suas posses. Os abastados, se relativamente tranquilos, eram tratados em domicílio e às vezes enviados à Europa, quando as condições físicas do doente o permitiam, e aos parentes por si mesmos ou por conselho médico se afigurava eficaz a viagem. Se agitados, punhamos em algum cômodo separado, soltos ou amarrados, conforme a intensidade da agitação. Os mentecaptos pobres, tranquilos, vagueavam pelas cidades, aldeias ou pelos campos, entregues às chufas da garotada, mal nutridos pela caridade pública. Os agitados eram recolhidos às cadeias, onde barbaramente amarrados e piormente alimentados muitos faleceram mais ou menos rapidamente. A terapêutica de então era a de sangrias e sedenhos, quando não de exorcismos católicos ou fetichistas. Escusado é dizer que os curandeiros e ervanários tinham também suas beberagens mais ou menos desagradáveis com que prometiam sarar os enfermos.

Naquela época, principalmente nas capitais, algumas pessoas iam protestar suas indignações para o poder público, solicitando providências para retirarem os enfermos psiquiátricos de circulação. No entanto, antigamente, a prisão era o rumo comumente dos criminosos, arruaceiros, vadios e loucos, e nos casos de episódios de confusão mental, estes eram levados às enfermarias dos hospitais da Irmandade da Misericórdia, uma associação filantrópica leiga católica e, apesar disso, não se ofertava tratamento médico adequado (MOREIRA, 2010). Contudo, nas principais cidades brasileiras, haviam outros hospitais de caridade que prestavam atendimentos para os enfermos mentais, nos quais apresentavam condições inadequadas e desumanas, concedendo divisões, que precederam a criação de hospícios. Vale ressaltar que, nos registros daquele século, os termos “asilo”, “hospício” ou “hospital” eram usados como sinônimos, com o intuito de nomear a mesma palavra sem alterar o significado em relação à hospedagem para aqueles que necessitasse da filantropia pública (ODA; DALGALARRONDA, 2004).

Em 1830, a Comissão de Salubridade da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, pelo descritor Dr. Jobim, manifestou o primeiro protesto público com a finalidade de colocar um fim no modo de cuidados utilizados para os insanos. Expondo suas ideias contraditórias para com os maus-tratos e solicitando a necessidade da criação de um asilo somente para os enfermos mentais. Tempos depois, a Comissão da Câmara Municipal fiscalizadora dos hospitais e prisões requereu às autoridades que houvessem providências para com os usuários (MOREIRA, 2011).

Em 1852, o Hospício de Dom Pedro II, dirigido pela Santa Casa de Misericórdia, foi inaugurado. Edificado próximo ao mar e distante da urbanização, ocultando a sua finalidade de isolamento e expondo a ideia paisagista. No entanto, houve influência em relação à França, seguindo-se o modelo Europeu que separava os gêneros, crianças, agitados e os “alienados epiléticos” (MOREIRA, 2010). De acordo com Santos (1992), ainda eram presentes as más condições de tratamentos ofertados para os enfermos mentais, bem como os maus-tratos.

Os médicos não tinham um saber psiquiátrico enquanto corpo de um saber médico, não havia uma nostalgia psiquiátrica para a seleção da sua clientela, e a direção das instituições encontrava-se ainda nas mãos das irmãs de caridade. Sua clientela eram as pessoas pobres que formavam o grupo dos “marginalizados” da cidade. [...] A loucura foi se tornando cada vez mais específica à medida que foram sendo desenvolvidos locais especiais para o seu cuidado e, em consequência disso [...] estreitou a relação entre Estado e

médicos – mais tarde os psiquiatras – se unem para garantir a ordem pública (SANTOS, 1992, p. 29-30).

A partir da proclamação da República no Brasil, no ano de 1889, a figura do médico adentra nos hospitais psiquiátricos. Contudo, os médicos e o Estado tinham como objetivo um atendimento especializado para os enfermos mentais, por sua vez, o hospital também serviria para campos de estudos e pesquisas, onde fez-se aflorar uma nova forma de assistência (SANTOS, 1992). Portanto, com o decreto nº 142-A, de 11 de janeiro de 1890, desvincula-se a Santa Casa da Misericórdia do Hospício de D. Pedro II, nomeando-a como “Hospício Nacional de Alienados” (MOREIRA, 2010). Vale ratificar que a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro teve grande influência para essa conquista, após a elaboração da cadeira “Clínica Psiquiátrica” (SOUZA, 2009).

O período republicano é marcado por um vasto número de pessoas desempregadas no Brasil, após a abolição da escravatura. Frente a esse cenário, é requisitado para a psiquiatria o recolhimento dessas pessoas, que não faziam parte da classe de geradores de capital a fim de recuperá-los, contudo, para ocorrer esse acontecimento, os usuários tiveram que ser internados para adaptá-los para o trabalho e ao novo modo de manufatura (SANTOS, 1992, p. 24).

Porém, esse tratamento tinha uma dimensão contraditória, pois ao mesmo tempo em que os pacientes aprendiam a lidar com a terra, ao retornar ao seu ponto de origem, que era a cidade, iriam continuar sem ter uma “ocupação”, pois o que aprendiam seria utilizado no campo e não nos centros urbanos. Concomitantemente, o tratamento em hospícios-colônias não possuía uma utilidade eficiente, mesmo assim essas instituições foram multiplicadas em outros estados da República além do Rio de Janeiro, com a mesma finalidade de tratar as doenças e excluir do convívio social os considerados loucos mentais (BORGES, 2013, p. 19).

De acordo com Belmonte (1996), no ano de 1903 foi aprovada a lei dos alienados, que solidifica ao hospício a posição de um lugar específico e competente para receber os loucos, subordinando a assistência para o médico. Contudo, Santas Casas perdem sua autoridade, cuja qual era administrada pelo poder clerical, à vista disso, a França demanda para o Brasil enfermeiras legais. Essa transição expressa uma definição científica, diferentemente da percepção de antes de caridade.

Em 1923, instituiu-se a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), simbolizando importância para a atuação dos profissionais na saúde mental (CARNIEL, 2008).

A Liga Brasileira de Higiene Mental, fundada em 1923 no Rio de Janeiro, foi uma entidade civil que funcionava com a ajuda de filantropos e com subvenção federal, sendo seus membros reconhecidos como pertencentes à elite psiquiátrica do estado e do país. Suas ações e diretrizes visavam a prevenção, a eugenia e a educação dos indivíduos em prol das condições satisfatórias de saúde mental (COSTA, 1989 apud DIAS, 2007, p. 32).

Em meados de 1945, surgiram nos países da Europa e Estados Unidos da América, movimentos que repudiam a habitual conduta no tratamento para a saúde mental, buscando-se por tratamentos mais adequados e humanos (GOULART, 2006). Dessa maneira, de forma inspiradora, efetivou-se a necessidade da Reforma Psiquiátrica no Brasil, iniciando-se no final dos anos de 1970, organizado pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2008).

Neste período, de acordo com Boing e Büchele (2016, p. 83):

[...] começaram a surgir as primeiras denúncias de violência e abandono de pacientes internados em hospitais psiquiátricos. As denúncias eram gravíssimas: maus tratos, morte por doenças evitáveis (como infecções gastrintestinais disseminadas), isolamento, celas-fortes, sedação química excessivas, agressões físicas graves, elevada mortalidade dos internos, internações predominantemente de longa permanência – vários hospitais mantinham pacientes internados por anos a fio.

Pode-se afirmar que, a Reforma Psiquiátrica é contemporânea a Reforma Sanitária, a qual lhe forneceu estrutura política. Logo após, a Reforma Psiquiátrica se tornou um movimento social independente, integrando aos seus fundamentos “o desenho de um novo modelo de serviços que tem como premissa fundamental a cidadania do usuário do serviço” (BARROS, 1996 apud PEREIRA; VIANNA, 2009, p. 23).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), a Reforma Psiquiátrica não é apenas uma mudança do modelo assistencial, substituição de manicômio e hospitais tradicionais por uma rede comunitária de atenção em saúde mental, mas refere-se a mudanças dos conceitos sobre a loucura.

O período de 1978 é marcado pelo início do movimento social pelos direitos dos usuários psiquiátricos no Brasil. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), contavam com profissionais que atuavam na saúde mental, trabalhadores do movimento sanitário, usuários do serviço de saúde e seus respectivos familiares (BRASIL, 2005).

É sobretudo este movimento, através de variados campos de luta, que passa a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005, p. 7).

Para Otaviano (2013), o ano de 1980 é recordado pela participação popular na redefinição do Estado e das políticas públicas no Brasil. Com a declaração da Constituição de 1988, nota-se algumas modificações nas políticas públicas e nas atribuições do Estado, principalmente, na política de saúde, uma vez que o seu artigo 196 declara que é dever do Estado e direito de todos os cidadãos.

Em 1987 aconteceu a Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), organizada pelo Ministério da Saúde, no Rio de Janeiro, favorecendo a ampliação das articulações de reestruturação em outros estados do Brasil. A partir de tais articulações, no mesmo ano, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) organizou em São Paulo o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, contudo, o evento contava com a participação de usuários, familiares, trabalhadores em saúde mental e professores universitários, formulando-se, coletivamente, as direções políticas e estratégias a Reforma Psiquiátrica. Com efeito, adotou-se o conceito “Por uma Sociedade sem Manicômios” e, posteriormente, o Movimento da Reforma Psiquiátrica passou a ter outro ator coletivo, nomeado Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA) (BOING; BÜCHELE, 2016).

Na cidade de São Paulo em 1987, surge o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Contudo, no mesmo ano a Secretaria Municipal de Saúde de Santos - São Paulo, necessitou intervir em um hospital psiquiátrico, cujo qual denominado de Casa de Saúde de Anchieta, lugar onde ocorreu denúncias de maus tratos e mortes de usuários. Porém, essa intervenção colaborou de forma explícita para haver a oportunidade da construção de uma rede de cuidados substitutivas aos hospitais psiquiátricos. No mesmo período se efetuou a construção e implementação dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) no município de Santos - São Paulo, no que se refere a unidades de saúde direcionadas para a assistência em saúde mental, para haver a retirada dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

2.3 Saúde Mental no Sistema Único de Saúde

A Constituição de 1988, cria o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil que é “formado pela articulação entre as gestões federal, estadual e municipal, sob o poder de controle social, exercido através dos Conselhos Comunitários de Saúde” (BRASIL, 2005, p. 7).

Seguidamente, em 1989 o Projeto de Lei Paulo Delgado, no qual propõe a cidadania para os indivíduos com transtornos mentais e a substituição dos manicômios, prossegue no Congresso Nacional (BELMONTE, 1996).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), em 1992, os movimentos sociais, influenciados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, conseguem a aprovação para as primeiras propostas de substituição do modelo hospitalocêntrico por uma rede de atenção psicossocial de base comunitária. O Ministério da Saúde, acolhe estas propostas e cria as primeiras regulamentações para as implantações de serviços comunitários, designados por Centros de Atenção Psicossocial, Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e Hospitais-dia (BOING; BÜCHELE, 2016).

Com o Movimento da Reforma Psiquiátrica, surgem várias leis para fortalecerem a inserção social, os direitos e deveres das pessoas em sofrimento mental, bem como os dependentes químicos e alcoolistas por intermédio da rede de atenção mental no país (MACHADO, 2006).

No ano de 2000 os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) são criados, preconizados na Portaria nº 106 de 11 de fevereiro de 2000, pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), e no seu artigo primeiro do Parágrafo único, define-se como:

Entendem-se como Serviços Residenciais Terapêuticos, moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social.

Consecutivamente, a Lei Paulo Delgado é aprovada no Brasil apenas em 2001. Logo, a Lei Federal nº 10.216 possibilitou a oferta de tratamentos em serviços de base comunitária e, também, os direitos e proteção das pessoas portadoras de transtornos mentais, porém, não dispôs de artifícios explícitos para haver a retirada dos manicômios no país. Apesar disso, com a publicação da Lei nº 10.216/2001, originou-se novos entusiasmos para o andamento da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Neste mesmo período, aconteceu a III Conferência Nacional de Saúde Mental, que por sua

vez, juntamente com a Lei aludida acima reafirma, “que a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade” (BRASIL, 2005).

Vale ratificar que ao final do ano de 2001 em Brasília, após a promulgação da Lei nº 10.216, acontece a III Conferência Nacional de Saúde Mental. Contando com 23.000 indivíduos, bem como usuários de saúde mental e seus respectivos familiares, para a etapa municipal e estadual. Na etapa nacional, participaram 1.480 delegados, usuários de saúde mental, familiares, movimentos sociais e profissionais de saúde (BRASIL, 2005).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005, p. 10):

Durante todo o processo de realização da III Conferência e no teor de suas deliberações, condensadas em Relatório Final, é inequívoco o consenso em torno das propostas da Reforma Psiquiátrica, e são pactuados democraticamente os princípios, diretrizes e estratégias para a mudança da atenção em saúde mental no Brasil. Desta forma, a III Conferência consolida a Reforma Psiquiátrica como política de governo, confere aos CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência, defende a construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas, e estabelece o controle social como a garantia do avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil. É a III Conferência Nacional de Saúde Mental, com ampla participação dos movimentos sociais, de usuários e de seus familiares, que fornece os substratos políticos e teóricos para a política de saúde mental no Brasil.

No ano de 2002 transcorreu um vasto progresso perante a política pública no Brasil, por intermédio das normatizações do Ministério da Saúde, que instituíram estratégias desde os anos 90 para haver a redução dos leitos psiquiátricos e a desinstitucionalização dos indivíduos que se encontravam hospitalizados. No entanto, para a concretização da redução de leitos psiquiátricos no país, fez-se necessário avaliar o histórico de implementação dos hospitais psiquiátricos, assim como as orientações da Reforma Psiquiátrica nos estados brasileiros, “uma vez que o processo de desinstitucionalização pressupõe transformações culturais e subjetivas na sociedade e depende sempre da pactuação das três esferas de governo (federal, estadual e municipal)” (BRASIL, 2005, p. 10).

Por conseguinte, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) editou a Portaria nº 251/GM, de 31 de janeiro de 2002, a qual “estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências.

No mesmo ano ainda, é criada a Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, a qual estabelece os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Portanto, a portaria reconhece e fortalece a sua atividade, que tem como objetivo “dar um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, [...]” (BRASIL, 2004, p. 12).

Posteriormente, a Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003 é criada com o propósito de “instituir o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações: De Volta para Casa” (BRASIL, 2017b). Esse programa foi criado com a finalidade de haver assistência à saúde mental fora do ambiente hospitalar, do mesmo modo para o CAPS, SRTs, Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG), Atenção básica (UBS) e Estratégia da Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2003).

A Portaria nº 1.876 de 14 de agosto de 2006, tal qual institui “Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão”. A finalidade da referida portaria é reduzir os óbitos e tentativas de suicídios no país, assim como os prejuízos causados pelos mesmos (BRASIL, 2006).

Em 28 de outubro de 2009 é criada a Portaria nº 2.644, que “estabelece novo reagrupamento de classes para os hospitais psiquiátricos, reajusta os respectivos incrementos e cria incentivo para internação de curta duração nos hospitais psiquiátricos e dá outras providências” (BRASIL, 2009).

É constituído a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que “institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas” (BRASIL, 2011). As diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) segundo o Artigo 2º do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) para haver exercício são:

- Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
- Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
- Combate a estigmas e preconceitos;
- Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- Atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- Diversificação das estratégias de cuidado;

- Desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
- Desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;
- Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
- Organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;
- Promoção de estratégias de educação permanente; e
- Desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

A RAPS é consolidada por muitos núcleos para ser completa e íntegra, com o olhar direcionado para os usuários que utilizam os serviços, e que se encontram em situações de vulnerabilidade (BRASIL, 2004).

A portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 constitui a RAPS e, no seu Artigo 5º, menciona sobre os componentes que fazem parte dessa estratégia, como se observa no Quadro 1:

Quadro 1 – Componentes da RAPS.

Componentes	Pontos de atenção
Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde;
	Equipe de Atenção Básica para populações específicas;
	Equipe de Consultório na Rua;
	Equipe de Apoio aos Serviços do Componente Atenção;
	Residencial de Caráter Transitório.
Atenção Psicossocial Especializada	Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades.
Atenção de Urgência e Emergência	SAMU 192;
	Sala de Estabilização;
	UPA 24 horas;
	Portas hospitalares de atenção à urgência/ pronto socorro;
	Unidades Básicas de Saúde, entre outros.
Atenção Residencial de Caráter Transitório	Unidade de Recolhimento;
	Serviços de Atenção em Regime Residencial.
Atenção Hospitalar	Enfermaria especializada em Hospital Geral;
	Serviço Hospitalar de Referência para Atenção as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.
Estratégias de Desinstitucionalização	Serviços Residenciais Terapêuticos.
Reabilitação Psicossocial	

Fonte: BRASIL (2011).

À vista disso a RAPS compõe o Sistema Único de Saúde (SUS), com o propósito de inserir e reabilitar o indivíduo fragilizado novamente na sociedade e fortalecer os laços familiares. Porém, para que esta estratégia seja eficiente, é necessário que o papel e as atribuições de cada serviço sejam avaliados,

compreendidos e contextualizados, tanto por profissionais da saúde, gestores públicos e a população (BOING; BÜCHELE, 2016).

2.3.1 Centro de Atenção Psicossocial

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas suas diferentes modalidades, são serviços estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial, direcionado para incentivar a redução de leitos psiquiátricos. Sendo, desta maneira, serviços de saúde abertos e comunitários, que oferecem atendimentos para indivíduos portadores de transtorno mental, bem como usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2017a).

O primeiro CAPS no Brasil foi inaugurado em 1986, localizado em São Paulo, cujo nome era: Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira. A criação desse CAPS, fez parte de um intenso movimento social, no qual, trabalhadores de saúde mental buscavam por um trabalho digno e assistência adequada para os usuários, em razão de que, o único recurso destinado às pessoas portadoras de transtornos mentais fossem a precariedade dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2004).

De acordo com Tavares e Souza (2009), o CAPS tornou-se a principal estratégia para transformação do modelo asilar e, também, para a garantia dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. Pois o serviço se certifica de garantir a autonomia dos usuários, bem como respeitar seu direito como cidadão e possibilitar a inserção social, visto que, diferencia-se das estruturas tradicionais, em razão de que, valoriza o usuário com suas singularidades próprias, sem haver exclusão ou discriminação do adoecimento psíquico do indivíduo.

O propósito do CAPS é oferecer atendimentos de atenção diária, desenvolver projetos terapêuticos singulares, bem como, o cuidado clínico, respeitando a individualidade e características de cada usuário, promovendo a inserção social dos usuários por meio das atividades, esporte, cultura, lazer, educação e trabalho; supervisionar e dar suporte a atenção à saúde mental na rede básica, Programa de Saúde da Família, Programa de Agente Comunitário de Saúde, coordenar atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no território, atualizar a listagem de pacientes que utilizam medicamentos para a saúde mental da região (BRASIL, 2004).

É fundamental que o CAPS assegure um ambiente adequado e amplo para atender os usuários. Os recursos físicos mínimos são, consultório, salas para atividades coletivas, espaço de convivência, oficina, refeitório, sanitários, área externa para oficinas, esportes e recreação (BRASIL, 2004).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), os usuários que buscam pelo tratamento no CAPS, geralmente são encaminhados pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), ou também, pela procura diretamente na unidade de saúde. O contato entre o usuário e os profissionais que atuam na unidade de saúde, tem como objetivo estabelecer um diagnóstico. É importante que antes de diagnosticar o usuário, o profissional compreenda o indivíduo possuidor de aflições, necessidades e expectativas, para assim dar início ao vínculo terapêutico. No entanto, “caso a pessoa não queira ou não possa ser beneficiada com o trabalho oferecido pelo CAPS, ela deverá ser encaminhada para outro serviço de saúde mais adequado para sua necessidade”.

Desta forma, o Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas – CAPS AD, dispõe tratamento para os usuários que estão em uso de substâncias psicoativas, como: atividades terapêuticas e preventivas, atendimentos diários, atendimentos individualizados, disponibiliza local para repouso e desintoxicação ambulatorial, inclui os familiares nas ações do serviço, e entre outros (BRASIL, 2003). Vale salientar que, o propósito do CAPS AD é prestar um serviço com ações que promovem a promoção de saúde, que proporcionam aos usuários atividades com terapias coletivas, oficinas terapêuticas, atendimento psicológico, dinâmicas que abordam temas sobre substâncias psicoativas, dependência química, e assuntos que abordam sexualidade, projeto de vida, entre outros (MOREIRA, 2012).

O CAPS AD, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) “atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida”, com exceção do CAPS AD de Joinville/SC, que atende usuários acima de 18 anos. Os usuários que frequentam esta unidade de saúde são diversificados por fatores como, recaídas, interrupções de tratamento, quebra de laços afetivos e abstinências. “Os usuários que compõem esses serviços podem ser de classes privilegiadas social e economicamente, como também de pessoas com necessidades financeiras extremas, que vivem em situação de rua” (MOREIRA, 2012, p. 19).

2.4 Interrupções nos tratamentos de saúde mental

A interrupção na saúde mental se conceitua quando o usuário por decisão própria, com ou sem conhecimento prévio de um profissional de saúde, decide interromper o tratamento, geralmente, antes das sessões prosseguirem (PIPER *et al.*, apud SEI; COLAVIN, 2016). No CAPS AD de Joinville/SC, ocorrem duas situações como, esporadicamente o usuário pede desligamento da unidade por se sentir apto para o convívio em sociedade ou a equipe considera que o usuário esteja apto para prosseguir o tratamento em outras unidades da rede que não seja o CAPS AD, e ambos os processos é definido como alta de tratamento. Vale salientar que, este não é um processo constante no serviço, pois a maioria das altas é por interrupção de tratamento, que ocorre quando o usuário não comparece ao serviço por mais de 90 dias de forma injustificada. Após este prazo a equipe entra em contato com o usuário ou com um familiar para entender o ocorrido (JOINVILLE, 2019).

Uma pesquisa acerca da interrupção ao tratamento na dependência de drogas, evidenciou que a interrupção ao tratamento ocorre, geralmente, no primeiro mês. Desta forma, a probabilidade de interrupção ao tratamento no período inicial é frequente, logo, quando o usuário permanece na instituição por um período maior que trinta dias a possibilidade de desistência é reduzida (FERNANDES *et al.*, 2017).

Os usuários inseridos CAPS AD possuem características próprias que contribuem para dificultar a aderência ao tratamento e ao vínculo com os profissionais de saúde. Essas dificuldades são geradas por fatores relacionados à dependência ao uso de substâncias psicoativas como, o usuário estar em situação de rua, laços familiares rompidos ou/e fragilizados e apresentarem sofrimento psíquico (SILVA; GOMES, 2016).

Um estudo sobre o abandono ao tratamento da dependência química, evidenciou que no CAPS AD do município de Campina Grande – PB, ocorre a não adaptação ao sistema da instituição, em decorrência de fatores relacionados com os problemas financeiros e de trabalho, fazendo com que os usuários se afastem do tratamento. Vale ratificar, que os profissionais salientam que, a recaída é o principal fator para os usuários interromperem o serviço, no entanto, quando o usuário está em abstinência e tem uma recaída é ainda mais complicado, tendo que estabelecer novamente o vínculo terapêutico (FRANÇA, 2014).

Sendo assim, Freitas (2018, p. 66) cita que:

Se a pessoa está doente, deve se tratar; se existe tratamento, deve-se adequar e superar as dificuldades. Muitas vezes a adesão ao tratamento passa pela submissão a tratamentos invasivos, cheios de efeitos colaterais e pela privação daquilo que dá mais prazer ao paciente. Tudo em prol de uma vida e de viver mais. Vale lembrar que aderir ao tratamento pode ser ou se tornar uma condição insuportável ao sujeito.

Algumas causas de recaídas de acordo com Carvalho *et al.* (2011) são: o indivíduo sentir-se curado e resistente ao consumo de substâncias químicas, levando a construir pensamentos que podem utilizar alguma droga e parar quando desejar, as frustrações decorrentes no cotidiano, como perder o emprego e conflitos familiares, em virtude da falta de emprego ou a falta de ocupações, que são fatores facilitadores para os usuários recaírem. No entanto, os autores supracitados (2011, p. 60) ressaltam que “o desejo de recuperar a família que se distanciou por causa de sua dependência, o medo de perder o amor da esposa, filhos, perder os bens materiais e emprego contribui para o desejo de tratamento”.

O apoio familiar para o usuário é importante, visto que, quando há uma ausência familiar no processo, reflete diretamente na evolução do paciente, fazendo-os sentir-se desestimulados a prosseguir o tratamento (FRANÇA, 2014). De acordo com Gusmão e Mion (2006, p. 24):

Alguns fatores podem interferir na adesão ao tratamento e podem estar relacionados ao usuário, como gênero, idade, etnia, estado civil, escolaridade e nível socioeconômico; à doença, cronicidade, ausência de sintomas e consequências tardias; às crenças de saúde, hábitos de vida e culturais, percepção da seriedade do problema, desconhecimento, experiência com a doença no contexto familiar e autoestima; ao tratamento dentro do qual engloba-se a qualidade de vida; custo; efeitos indesejáveis; esquemas terapêuticos complexos; à instituição; política de saúde; acesso ao serviço de saúde; tempo de espera e tempo de atendimento; e ao relacionamento com a equipe de saúde.

A dependência química, envolve fatores onde não existe “cura”, ocasionando complicações físicas, sociais e psicológicas para o indivíduo. Sendo assim, o tratamento é a longo prazo, necessitando de múltiplas intervenções que enfoquem diretamente no controle da patologia, requerendo adaptação para atender as necessidades pessoais e particulares de cada usuário (SILVA, 2014).

Silva e Gomes (2016, p. 18) ressaltam que:

Ao se identificar fatores relacionados à dificuldade de adesão, o encaminhamento, a identificação de problemas e a formulação do projeto terapêutico se tornam muito mais eficazes logo no acolhimento inicial. Indivíduos com dificuldade em se manter junto à instituição devem receber apoio direcionado para evitar o abandono precoce do cuidado. O primeiro

contato do usuário com o serviço deve ser diferenciado, pois ele deverá encontrar profissionais capacitados para avaliar possíveis causas de dificuldade de adesão e manejá-las de forma correta.

A adesão ao tratamento pelo usuário, apresenta uma maior evolução do quadro cíclico, deste modo, requer-se planejamento, dedicação e conhecimento da instituição perante ao público-alvo, buscando conhecer características locais e modelos de tratamento disponíveis (FERNANDES *et al.*, 2017).

3 METODOLOGIA

3.1 Classificação do tipo de pesquisa

3.1.1 Quanto à abordagem

Para a concretização desta pesquisa, escolheu-se a abordagem quantitativa, porque buscou-se analisar e classificar os dados coletados no CAPS AD com relação ao perfil dos usuários que estão em situação de interrupção de tratamento. De acordo com Fonseca (2002, p. 20), a pesquisa quantitativa “considera que a realidade só pode ser compreendida com base na análise de dados brutos, recolhidos com auxílio de instrumentos padronizados e neutros”.

3.1.2 Quanto à natureza

O estudo se apresenta como pesquisa aplicada, pois desenvolve e amplia informações acerca do perfil socioeconômico dos usuários em situação de interrupção ao tratamento no CAPS AD durante os anos de 2016 e 2018, sendo que, essas informações são essenciais para traçar novas estratégias de busca ativa e retomada dos acompanhamentos no contexto da saúde mental. Segundo os autores Gerhardt e Silveira (2009, p. 35) a pesquisa aplicada “objetiva gerar conhecimentos para aplicação prática, dirigidos à solução de problemas específicos. Envolve verdades e interesses locais”.

3.1.3 Quanto aos objetivos

Refere-se a uma pesquisa descritiva, porque tem a pretensão de revelar o perfil socioeconômico dos usuários em situação de interrupção ao tratamento no CAPS AD durante os anos de 2016 e 2018. Gil (2008, p. 28) menciona que “as pesquisas deste tipo têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis”.

3.1.4 Quanto aos procedimentos

Refere-se a uma pesquisa documental pois se caracteriza pelo olhar atencioso “[...] de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa” (GIL, 2008, p. 45).

Para haver a efetivação da análise dos materiais, utilizou-se os prontuários dos usuários atendidos no CAPS AD que interromperam o tratamento durante os anos de 2016 e 2018.

3.2 Lócus da Pesquisa

Sede do Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas, localizado no estado de Santa Catarina, cidade – Joinville, bairro – Anita Garibaldi, R. Dr. Plácido de Olímpio, número - 1489, CEP – 89202-165.

3.3 População e amostra

A população alvo desta pesquisa são os usuários que interromperam o tratamento no Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas de Joinville nos anos de 2016, 2017, e primeiro semestre de 2018, ou seja, 1112 prontuários com registro de interrupção.

Optou-se por realizar a pesquisa a partir de uma amostra estatisticamente definida. Para o cálculo da dimensão da amostra foi utilizada a fórmula de Berni (2002, p. 173):

$$FÓRMULA: n = N/1 + (n - 1) e^2$$

$$n = 1.112$$

$$N = 1.112$$

$$e^2 = 0,05$$

$$RESOLUÇÃO: n = 1.112/(1 + (1.112 - 1) \cdot 0,05^2)$$

$$n \cong 294$$

Sendo “N” o tamanho da população (1112); e “n” o tamanho da amostra. Para um erro amostral de 0,05% (valor aceitável para este tipo de pesquisa e que oferece

um nível de confiança satisfatório), calculou-se uma amostra estatística de 294,37, no qual as casas depois da vírgula foram arredondadas para um valor menor, tornando-se 294.

Os prontuários estavam arquivados em caixas em uma sala específica, conforme as Figuras 1, 2 e 3 a seguir.

Figura 1 – Prontuários arquivados em caixas



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Figura 2 – Prontuários arquivados em caixas, lado esquerdo



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Figura 3 – Prontuários arquivados em caixas, lado direito



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Dessa forma, utilizou-se o formato de amostragem aleatória simples que é o tipo de amostragem probabilística mais utilizada nessas situações. E para que todos os elementos da população tivessem probabilidade conhecida de serem escolhidos para fazer parte da amostra, considerou-se a numeração das caixas de 01 a 116 para o sorteio até que se atingiu o número pré-determinado.

3.4 Procedimento de coleta de dados

A coleta de dados realizou-se nas dependências do CAPS AD durante os meses de abril a maio de 2019 e seguiu, basicamente, duas etapas:

- a) Revisão de literatura: Para o embasamento teórico, utilizou-se a pesquisa bibliográfica para aprofundar o conhecimento teórico sobre o perfil socioeconômico dos usuários em situação de interrupção ao tratamento no CAPS AD. De acordo com Gil (2008, p. 50) “a pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos”.
- b) Pesquisa documental: Primeiramente, foi verificada as agendas de consultas de todos os usuários nos anos 2016, 2017 e 2018, a fim de separar quais prontuários deveriam ser analisados. Na sequência, foram selecionadas as seguintes informações dos prontuários: faixa etária, gênero, cor/raça, estado civil, quantidade de filhos, reside com quem, patologias na família,

escolaridade, ocupação, profissão, naturalidade, sub-regiões e bairros, regiões, tabagismo, substância utilizada, quantidade de substância utilizada, internação por substância psicoativa, número de consulta antes da interrupção de tratamento e procedência do usuário.

3.5 Análise dos dados

Os dados obtidos foram registrados e tabulados em planilhas, editadas no programa Microsoft Excel por se tratar de um programa de fácil acesso e que fornece várias ferramentas estatísticas. Os dados coletados foram, ainda, dispostos em gráficos e tabelas, demonstrando o perfil dos usuários de acordo com as informações coletadas e analisados com base no referencial teórico desta pesquisa.

3.6 Quanto a ética na pesquisa

Em relação aos aspectos éticos, a pesquisa por ser documental, foi dispensada da avaliação da Plataforma Brasil, no entanto, preocupou-se em garantir o anonimato e privacidade dos usuários, utilizou-se o número de prontuário para distinção dos dados, sendo coletados apenas os dados necessários para atingir os objetivos propostos de caracterização do perfil socioeconômico dos usuários em situação de interrupção ao tratamento atendidos pelo CAPS AD. Ressalta-se que os dados foram coletados após a aprovação do projeto pela Secretaria da Saúde de Joinville, o PROGESUS – Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no Sistema Único de Saúde, conforme ofício no Anexo A e do consentimento da coordenação da Instituição em abril de 2019.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A seguir será apresentado os serviços oferecidos pelo CAPS AD, o fluxograma de atendimento, a análise dos dados coletados sobre o perfil dos usuários que interromperam o tratamento no CAPS AD nos anos 2016 – 2018.

4.1 CAPS AD – Joinville

O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas - CAPS AD, foi implementado em Joinville/SC em 2002. À vista disso, atua em regime de porta aberta, o seu público-alvo são indivíduos maiores de 18 anos, de ambos os sexos, que se encontram em situações decorrentes do abuso de consumo de álcool e outras drogas, bem como os familiares, independentemente se o usuário já está realizando tratamento na instituição (JOINVILLE, 2019). O serviço é um componente da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS e da Secretária Municipal de Saúde - SMS de Joinville/SC. Assim, a imagem da Figura 4 retrata o exterior do CAPS AD.

Figura 4 – CAPS AD – Joinville



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

4.1.1 Serviços oferecidos pelo CAPS AD

A unidade oferece para os usuários uma estrutura física com área de convivência interna e externa, recepção, duas salas de grupo, uma sala de oficina,

uma sala de enfermagem, cozinha somente para os usuários, quatro banheiros (sendo um deles com acessibilidade), um consultório médico e uma sala de atendimento individual (JOINVILLE, 2019).

Os serviços oferecidos na unidade contam com uma equipe multidisciplinar em saúde para atender as necessidades dos usuários. Sendo assim, a equipe é composta por: uma Coordenação, um Médico (a) Psiquiatra, um Médico (a) Clínico Geral, dois Psicólogos (as), três Terapeutas Ocupacionais, um Assistente Social, dois Enfermeiros (as), seis Técnicos (as) de Enfermagem, quatro Agentes Administrativos, um Zelador (a) e um Motorista (JOINVILLE, 2019).

Deste modo, o horário de atendimento do CAPS AD é das 07h às 18h de segunda a sexta-feira, porém, para o acolhimento de novos usuários o horário é diferenciado, sendo das 07h às 17h. Entretanto, apenas nas quartas-feiras o serviço atende em horário normal e não desenvolve atividades coletivas, pois este dia é reservado para acolhimento, intervenções específicas com usuários, realização de atividades externas pela equipe técnica, como: visitas domiciliares, matriciamentos, palestras em outros serviços públicos, reunião de equipe, capacitações para funcionários, reuniões intersetoriais com a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS do município de Joinville/SC e supervisão clínico institucional (JOINVILLE, 2019).

O CAPS AD de Joinville/SC não disponibiliza suporte para desintoxicação do uso de substâncias psicoativas em casos de sintomas graves de crises de abstinência por não se tratar de um serviço de Urgência e Emergência. Porém, nesses casos, a unidade acolhe o usuário e seus familiares e orienta que seja encaminhado ao Pronto Atendimento mais próximo acionando o SAMU ou através de veículo próprio de familiares do usuário. Em caso de crise de abstinência dentro da unidade do CAPS AD, o usuário é assistido pela equipe de enfermagem e encaminhado ao serviço especializado para atendimento adequado para esta demanda (JOINVILLE, 2019).

É necessário salientar que, o tratamento ofertado pelo CAPS AD de Joinville/SC é fundamentado no Projeto Terapêutico Singular (PTS), que busca realizar ações dentro e fora do serviço para a reabilitação psicossocial do usuário (JOINVILLE, 2019).

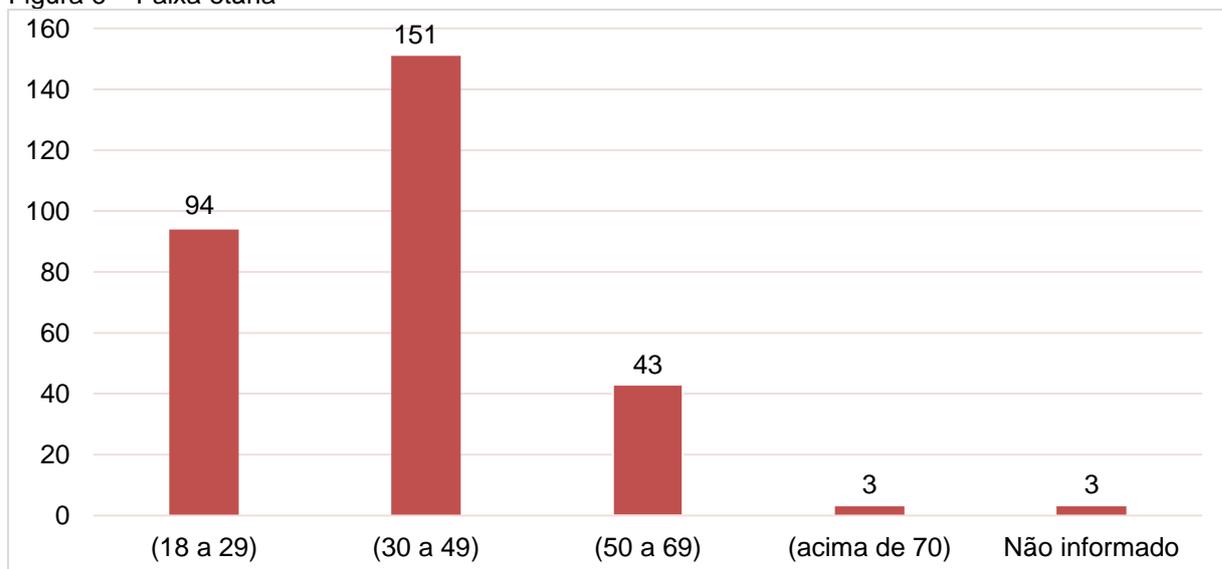
Seguidamente, a fim de demonstrar como é o processo de atendimento da instituição, foi desenvolvido um fluxograma, conforme a Figura 5. Vale lembrar que o CAPS AD é um serviço porta aberta, ou seja, não tem restrições de acolhimento,

Se, porventura, o usuário não demonstrar respostas de melhora ao tratamento, a família e/ou usuário é aconselhado a procurar um serviço de alta complexidade, como internação hospitalar e/ou internação em comunidades terapêuticas conveniadas. Entretanto, no caso de haver estabilização do quadro do usuário, para aqueles que foram referenciados pela Atenção Básica, é realizado o matriciamento com a unidade, e o usuário é transferido para o serviço a fim de dar continuidade ao tratamento, ou seja, é praticada a contrarrefêrencia, no qual o usuário é encaminhado novamente para o serviço inicial.

4.2 Perfil dos usuários que interromperam o tratamento 2016 - 2018

Para caracterizar o perfil socioeconômico dos usuários que interromperam o tratamento no CAPS AD, foram coletadas informações descritas nos prontuários de cada usuário sorteado para a pesquisa. Dessa forma, dentre os 294 prontuários analisados do estudo, identificou-se que 94 usuários que interromperam o tratamento são jovens (18 a 29), 151 usuários são adultos (30 a 49), 43 usuários entre 50 a 69, três usuários são idosos acima de 70 anos e três usuários não informaram no prontuário a sua faixa etária, segundo a Figura 6 apresentada abaixo.

Figura 6 – Faixa etária



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Observa-se, nos dados coletados, uma predominância do público adulto nos casos de evasão dos atendimentos do CAPS do município de Joinville/SC. Luz e

Caetano (2015) afirmam que geralmente os usuários manifestam sintomas depois dos 30 anos de sofrimento, como por exemplo, nos casos de abuso de drogas e álcool. A partir dessa análise é possível compreender que alguns usuários procuram por tratamento apenas quando apresentam manifestações clínicas, logo, quando alcançam uma idade mais avançada. Desta maneira, é possível compreender que, na fase adulta já com sérias consequências em decorrência do uso abusivo de drogas e/ou álcool é mais complexo estabelecer um vínculo com o usuário e a instituição e, principalmente, com as equipes de saúde.

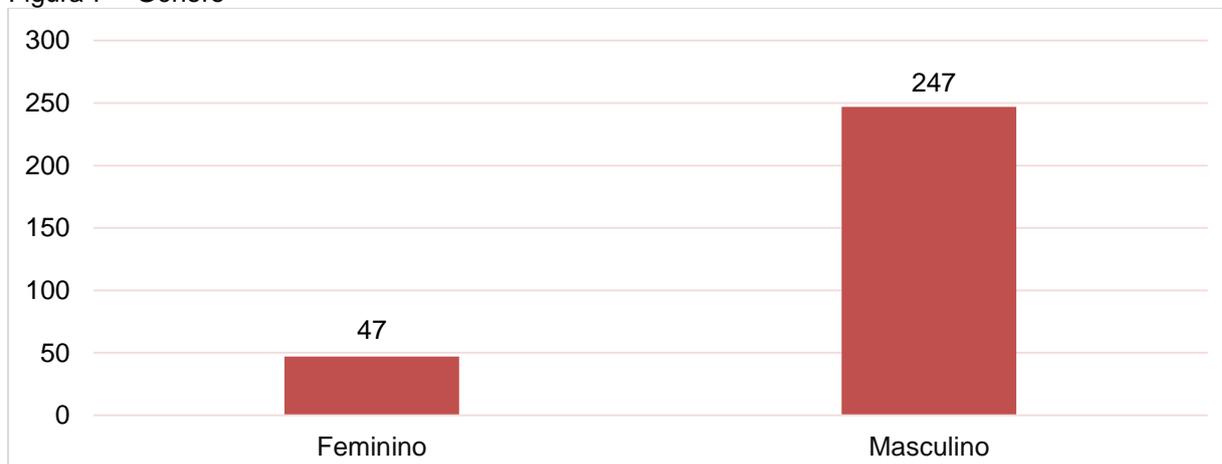
Há de se considerar que:

A idade aparece como uma das variáveis que influenciam a probabilidade do abandono, considerando-se que pacientes mais velhos apresentam probabilidade menor de abandonar o tratamento. Mais idade é um fator associado à conclusão do tratamento (STAHLER; MENNIS; DUCETTER, 2016 apud FERNANDES *et al.*, 2017, p. 135).

Diante desta complexidade, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) alerta que, para a inclusão dos usuários de álcool e drogas é necessário a concepção de uma organização em rede e não somente de um serviço ou equipamento específico para viabilizar a permanência no tratamento. Isto envolve os três níveis de complexidade do Sistema Único de Saúde e o comprometimento de todas as equipes de saúde a eles vinculados.

Na Figura 7, observa-se que o gênero masculino apresentou predomínio em relação ao sexo feminino, equivalente a 247 usuários homens que interromperam o tratamento, gerando um grande contraste para o gênero feminino, no qual encontram-se apenas 47 usuárias mulheres.

Figura 7 – Gênero



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

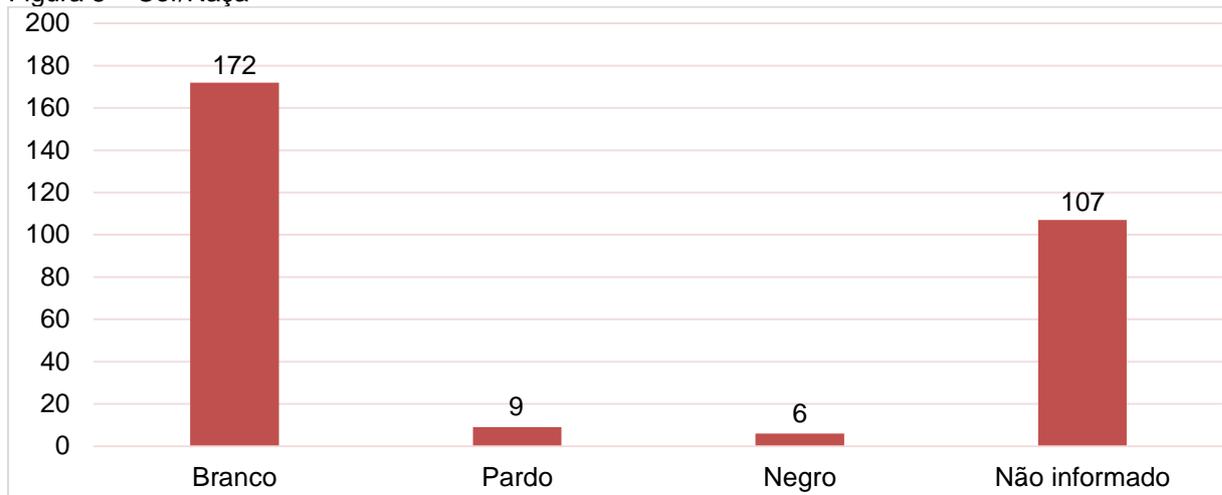
Nota-se, conforme a Figura 7, que o gênero masculino está mais propenso a interromper o tratamento do que em relação às mulheres. Conforme Prado e Queiroz (2012), para os homens o tratamento é percebido como uma retomada de suas habilidades pessoais e da vida social, especialmente a inclusão no mercado de trabalho. Já no caso das mulheres, o foco em torno do tratamento encontra-se, principalmente, na recuperação dos vínculos familiares e na adequação social.

De acordo com Jorge e Carvalho (2010), geralmente as mulheres quando iniciam o tratamento no CAPS AD, sejam eles individuais ou em grupos, se sentem envergonhadas, pelo fato de haver mais usuários homens frequentando o serviço. Porém, algumas vezes essa circunstância gera ciúmes nos parceiros das usuárias, levando muitas delas a interromperem o tratamento.

Para Cesar (2006), é importante analisar que, a mulher por questão de comportamento e autoestima, prefere se preservar em relação ao consumo e uso exposto de álcool e drogas, pois ainda existem preconceitos para aquelas que utilizam, havendo exigências de papéis a serem cumpridos, como por exemplo, a maternidade, ser responsável pelos afazeres do lar e entre outros. Alves e Kossobudzky (2002) citam que, existem generalizações de padrões de como um homem e mulher devem se posicionar na sociedade, denominados estereótipos sexuais, deste modo, favorecem ainda mais que o uso e abuso de álcool e drogas seja maior no sexo masculino.

A Figura 8 representa o índice de cor/raça dos 294 prontuários coletados, contudo, observa-se que 172 usuários referiram ser brancos, nove pardos, seis negros e 107 usuários não informaram. Nos prontuários sorteados para a pesquisa, não foi localizado nenhum usuário que se autodeclarou indígena e/ou amarelo. A informação cor/raça não constava em 107 prontuários, pois o campo encontrava-se em branco, fato que, prejudica traçar a caracterização do perfil de forma efetiva.

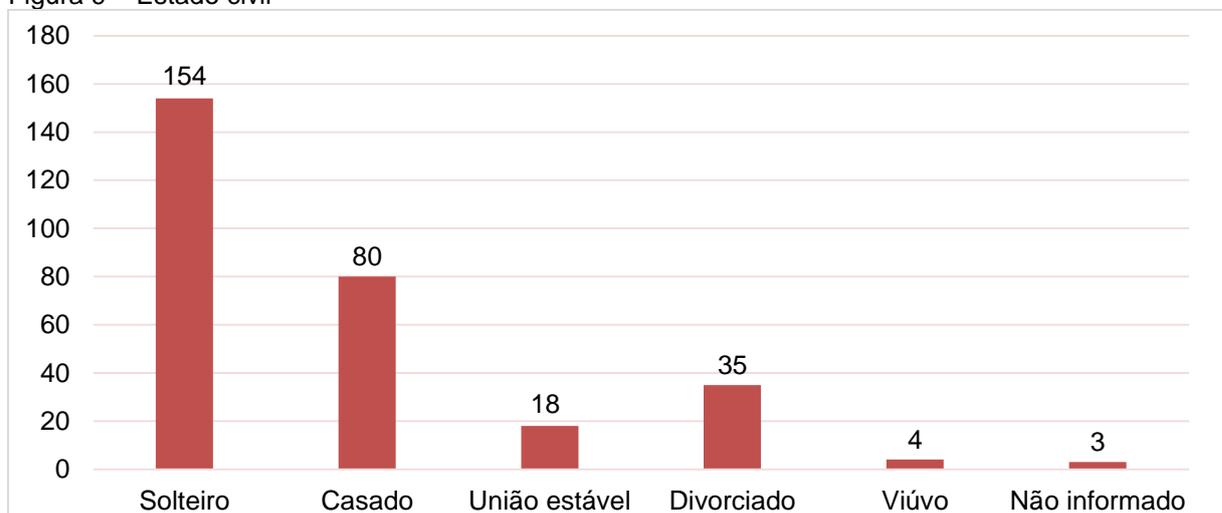
Figura 8 – Cor/Raça



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

A representação do estado civil dos usuários que interromperam o tratamento entre 2016 a 2018 é apresentado na Figura 9. Ao coletar os dados foi encontrado várias denominações para as situações jurídicas, contudo, para haver uma melhor transparência nas demonstrações dos dados, foi considerado apenas os seguintes títulos: solteiros, casados, uniões estáveis, divorciados, viúvos e não informados, desta forma, outras situações civis descritas nos prontuários dos usuários, foram incluídas dentro dos títulos considerados. À vista disso, os solteiros correspondem para uma maior probabilidade de interromper o tratamento, estando em 154 prontuários analisados, enquanto os casados se encontram em 80, as uniões estáveis em 18, divorciados em 35, viúvos em apenas quatro e, usuários que não informaram em três.

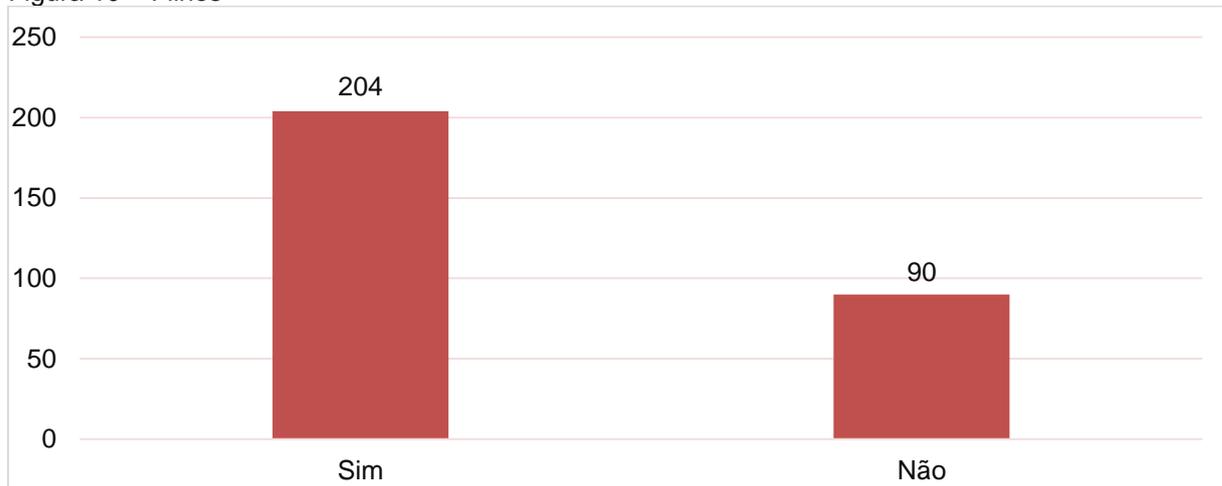
Figura 9 – Estado civil



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

No entanto, na Figura 10, observa-se que a maioria dos usuários que interromperam o tratamento possuem filhos, esses representam 204 usuários, quase o triplo em relação aos usuários que não possuem filhos, que se encontram somente em 90 usuários.

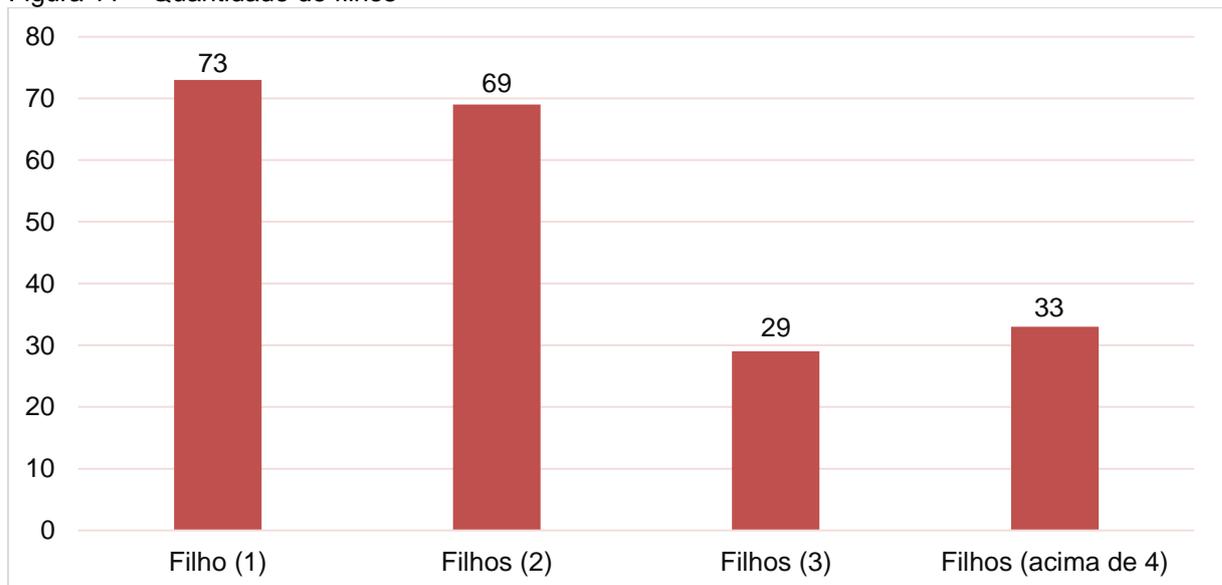
Figura 10 – Filhos



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Quanto ao número de filhos, 73 usuários declararam possuírem apenas um filho, 69 usuários afirmaram possuírem dois filhos, 29 usuários relataram ter três e somente 33 usuários relataram ter mais de quatro filhos, conforme a Figura 11 logo abaixo.

Figura 11 – Quantidade de filhos



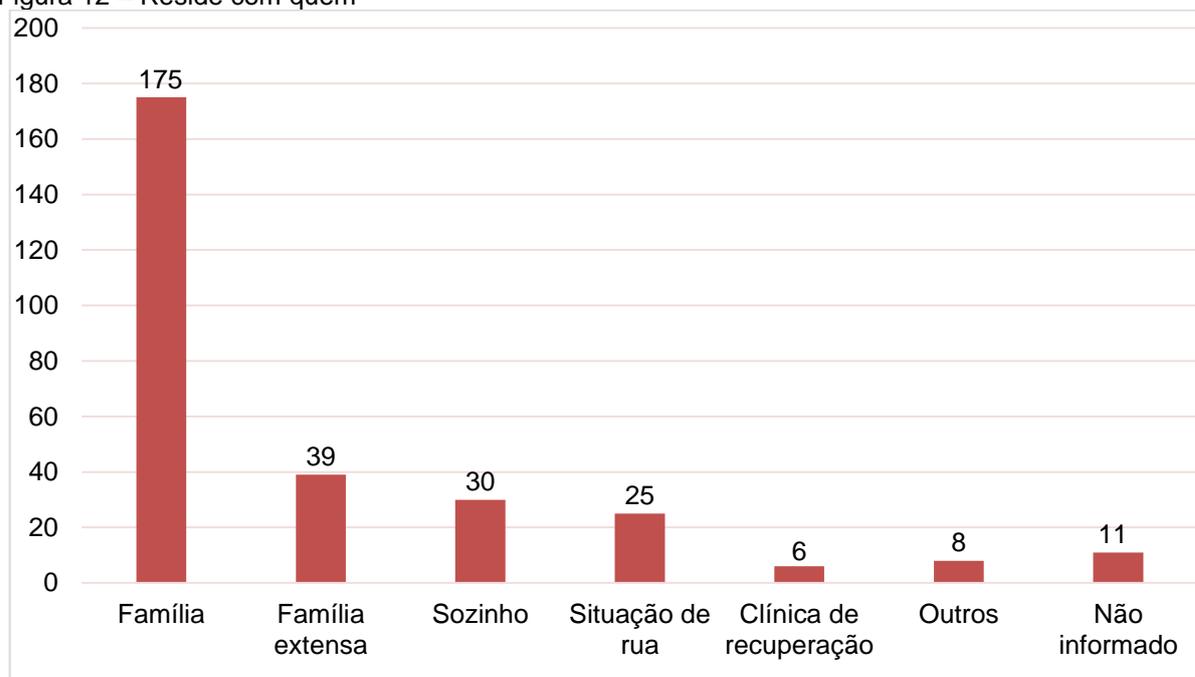
Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Para haver uma melhor caracterização dos usuários que interromperam o tratamento, é fundamental considerar o ambiente no qual o indivíduo está inserido, ou seja, com quem residem. Conforme a Figura 12, para denominar a situação família a pesquisa considerou os usuários que residem com os pais e/ou irmãos, ou com seus filhos e/ou com seus parceiros, enquanto para a família extensa, foi considerado aqueles que convivem com pessoas além do núcleo do familiar acima considerado, como avós, tios, primos e entre outros e, seguidamente, os que residem sozinhos, em clínicas de recuperação, outros, não informados e em situações de rua, pois conforme cita Moreira (2012, p. 44):

O termo Situação de Rua refere-se àqueles usuários que não possuem endereço fixo de residência, aos que vieram de outras cidades e por algum motivo não encontraram moradia, aos que devido à situação econômica não conseguiram melhor local para residir, e também aos que romperam seus vínculos familiares e foram expulsos de casa, desconsiderando seu antigo endereço como referência.

A partir disso, na Figura 12, é notável que, um grande número convive com seus familiares, sendo em 175 usuários, já para a família extensa são 39, os sozinhos estão em 30 situações, em situação de rua 25, em clínicas de recuperação seis, outros em oito usuários e não informados em 11.

Figura 12 – Reside com quem



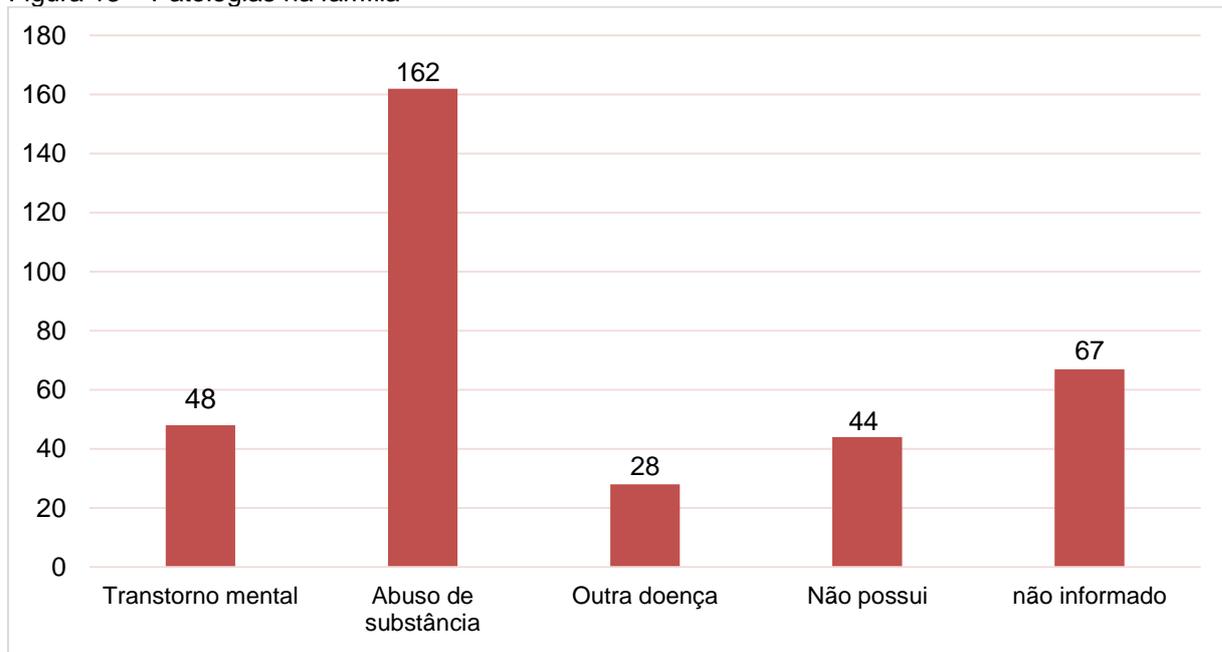
Fonte: Elaborado pela autora (2019).

O meio em que o indivíduo mora, interfere intimamente no tratamento, pois, conforme a Figura 13, há um grande índice de usuários que possuem familiares que fazem abuso de substâncias psicoativas. Sendo assim, em um estudo sobre a vivência e estratégias de enfrentamento de familiares de dependentes químicos, realizado por Horta *et al.*, (2016), que utilizou uma amostra de 87 participantes que são familiares de dependentes químicos, cujo qual, expressaram alguns de seus sentimentos para os pesquisadores, entre eles a falta de confiança com os usuários, a perda da comunicação dentro de casa, o não reconhecimento da dependência, dificuldade na convivência pelo cheiro de álcool e urina nas roupas, etc.

Entretanto, em uma pesquisa no CAPS AD de Curitiba – Paraná, sobre o que interfere na adesão dos dependentes químicos ao tratamento, com uma mostra de nove profissionais de saúde, um deles se expressou dizendo que, há maiores chances dos usuários interromperem o tratamento, quando os mesmos convivem próximo a alguém que faça uso, pois facilmente estes oferecem, sendo eles familiares, parentes, amigos, vizinhos e/ou morar próximo a um local que comercializa drogas lícitas e ilícitas, desta forma, contribuindo para as recaídas e, conseqüentemente, com a baixa adesão ao tratamento (FERREIRA *et al.*, 2015).

A Figura 13 representa os índices de patologias na família dos usuários, contudo, vale lembrar que, a pesquisa envolveu 294 usuários, porém, neste tópico, as informações referentes às patologias na família ultrapassaram a amostra de dados, visto que, alguns usuários relataram que na sua família (pais, avós, tios, primos, irmãos e sobrinhos) há mais de uma enfermidade presente. Desta forma, na coleta de dados, foi considerado os familiares falecidos dos usuários que apresentavam alguma enfermidade, e também aqueles familiares que não faziam mais uso abusivo de substâncias psicoativas. Desse modo, os transtornos mentais nos familiares dos usuários se encontram em 48 indivíduos, em seguida, é visível que prevaleceu o abuso de substâncias químicas, estando em 162 indivíduos, logo, 28 indivíduos possuem outras patologias, 44 não possuem e 67 usuários não informaram.

Figura 13 – Patologias na família

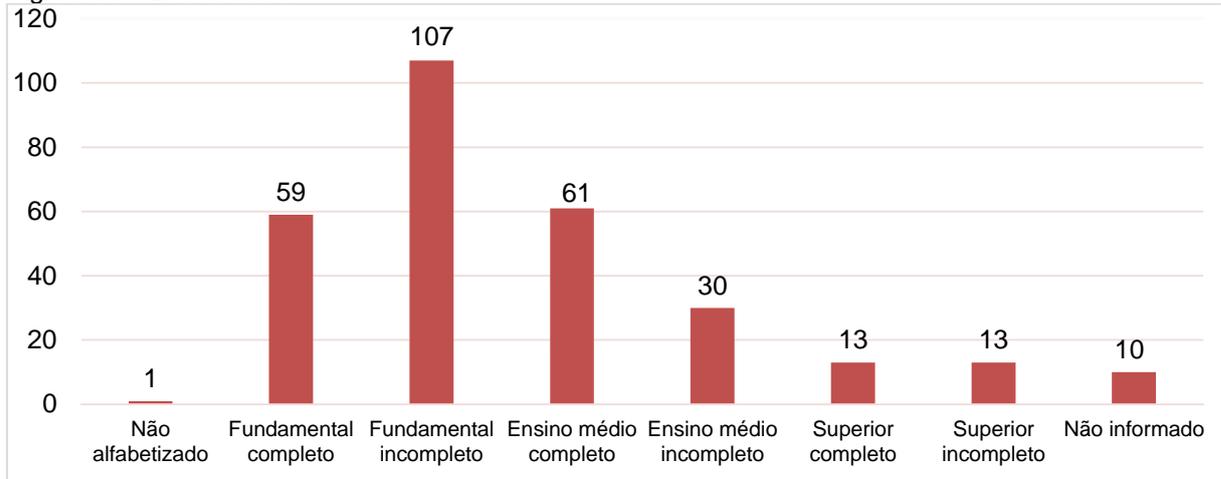


Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Há uma tendência de o indivíduo repetir os padrões familiares, sejam eles de abuso de álcool e drogas, conflitos na família e laços familiares fragilizados (BOTTI; COSTA; HENRIQUES, 2011). Segundo Morera (2013), é importante que na infância os pais tenham consciência que o uso de álcool e outras drogas na presença de seus filhos podem servir como incentivo para eles, sendo visto como algo normal e inofensivo. Para Velho (2010, p. 106) “quando pai e/ou mãe não fazem uso de substâncias psicoativas de forma abusiva, contribui igualmente para a não utilização dos filhos”.

De acordo com a Figura 14, há uma baixa prevalência de usuários que interromperam o tratamento no CAPS AD de Joinville/SC que não são alfabetizados, sendo em apenas um usuário; 59 usuários possuem ensino fundamental completo e 107 usuários possuem ensino fundamental incompleto, sendo assim, 61 usuários concluíram o ensino médio e 30 usuários não concluíram o ensino médio, por conseguinte, 13 usuários possuem curso superior completo e 13 curso superior incompleto e, 10 usuários não informaram sua escolaridade no prontuário.

Figura 14 – Escolaridade



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

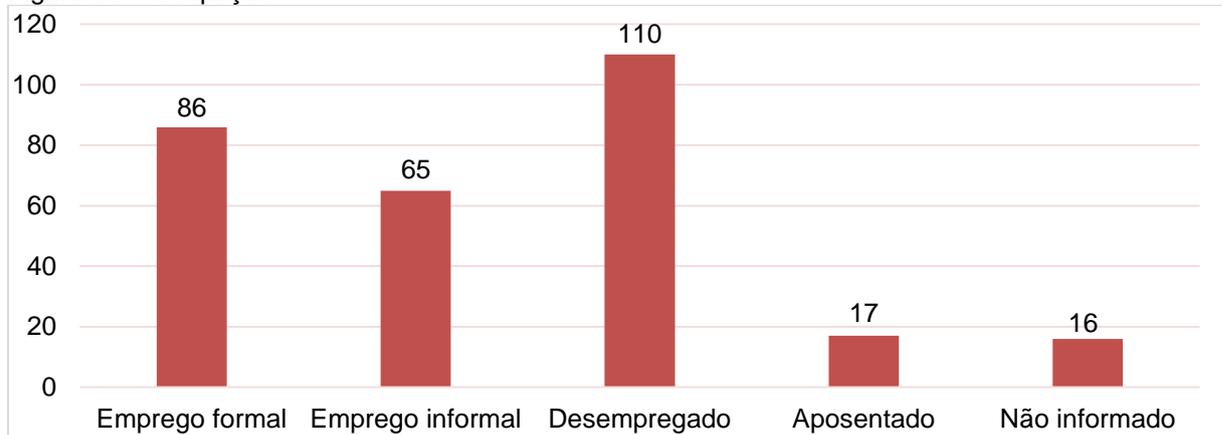
Ao se observar a Figura 14, é possível notar que a maioria dos usuários que interromperam o tratamento, não concluíram o ensino fundamental. Para Alves e Kossobudzky (2002) o consumo de drogas na adolescência pode ocasionar diversos problemas nos relacionamentos sociais e nas atividades do dia-a-dia. A evasão escolar, como no exemplo dos usuários no CAPS AD Joinville/SC, no ensino fundamental, podem ser provenientes das consequências do abuso de substâncias psicoativas na adolescência, porém, também há probabilidades da escola não ter suprido as expectativas dos alunos, contribuindo assim, para o baixo desempenho escolar e o oportuno uso de álcool e outras drogas nessa faixa etária.

Em uma pesquisa envolvendo dez moradores de rua na cidade de Florianópolis, alguns destes indivíduos relataram que tiveram baixa frequência na escola e um convívio familiar ruim, sendo um fator limitante para manter frequência na instituição, pois muitas vezes acabavam fugindo de casa. Além do mais, a escola não era um ambiente agradável, pelo fato de também não terem vivenciado momentos bons nela (MORERA, 2013). Os autores Alves e Kossobudzky (2002) evidenciaram em sua pesquisa envolvendo 682 coletas de dados de prontuários de adolescentes em cinco escolas, que há muitos adolescentes que interromperam o ensino, sendo assim, também analisaram que muitos deles, não permaneceram por muito tempo empregados, pois no decorrer de suas atividades laborais eram encontrados utilizando drogas, ou, da mesma forma, por faltarem ao trabalho e/ou por seu baixo desempenho pelo consumo exacerbado de drogas.

Em relação a ocupação dos usuários que interromperam o tratamento, observou-se que a maioria estava desempregado. Deste modo, 86 usuários possuem

emprego formal, 65 usuários possuem emprego informal, 110 usuários encontram-se desempregados, 17 usuários aposentados e 16 usuários não informaram sua ocupação.

Figura 15 – Ocupação



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Segundo o autor Morera (2013, p. 185) no qual realizou uma pesquisa com dez usuários moradores de rua, a fim de conhecer suas histórias, concluiu que o “[...] o consumo de drogas não é exclusivo de uma classe social, porém nas histórias de vida analisadas, o denominador comum foi o pertencer a uma classe social desfavorecida e tudo o que isto acarreta”. Ainda de acordo com o autor o consumo de drogas está interligado com a qualidade de vida do indivíduo, sejam elas sociais e/ou econômicas, entretanto, esse fator por si só não é o suficiente, pois há de considerar outras causas que somadas com a baixa qualidade de vida, podem induzi-los para o uso abusivo.

Há de se resgatar as informações presentes na Figura 14, pois partindo do ponto de vista que muitos usuários possuem ensino fundamental incompleto, é cabível observar conforme a Figura 15, a prevalência de usuários desempregados, este fato, conforme Alves e Kossobudzky (2002), contribui para a ausência de trabalho para os usuários, dado que, com as diversas mudanças econômicas, a desqualificação educacional e profissional é um empecilho para estes. Contudo, um dos objetivos principais do CAPS, é inserir novamente o indivíduo na sociedade pelo acesso ao trabalho (BRASIL, 2004).

A fim de relatar a profissão prevalente nos usuários do CAPS AD de Joinville/SC, foram coletadas diversas denominações presentes nos prontuários sorteados para a pesquisa, entretanto, foram feitas adaptações das profissões que se relacionam, para haver uma melhor visualização das mesmas. As profissões com

mais frequência para aqueles que interromperam o tratamento são eles, autônomos, com 82 usuários, sendo que, 10 usuários são frentistas, nove trabalham com serviços gerais e oito são auxiliares de produção, porém, 29 usuários não informaram sua profissão, 13 usuários são aposentados e 11 usuários não possuem profissões. Vale ratificar que, os dados passaram de 294 informações, encontrando-se em 298, pois quatro usuários ao preencherem o prontuário, constataram que possuíam mais de uma profissão, conforme a Tabela 1 a seguir.

Tabela 1 – Profissões

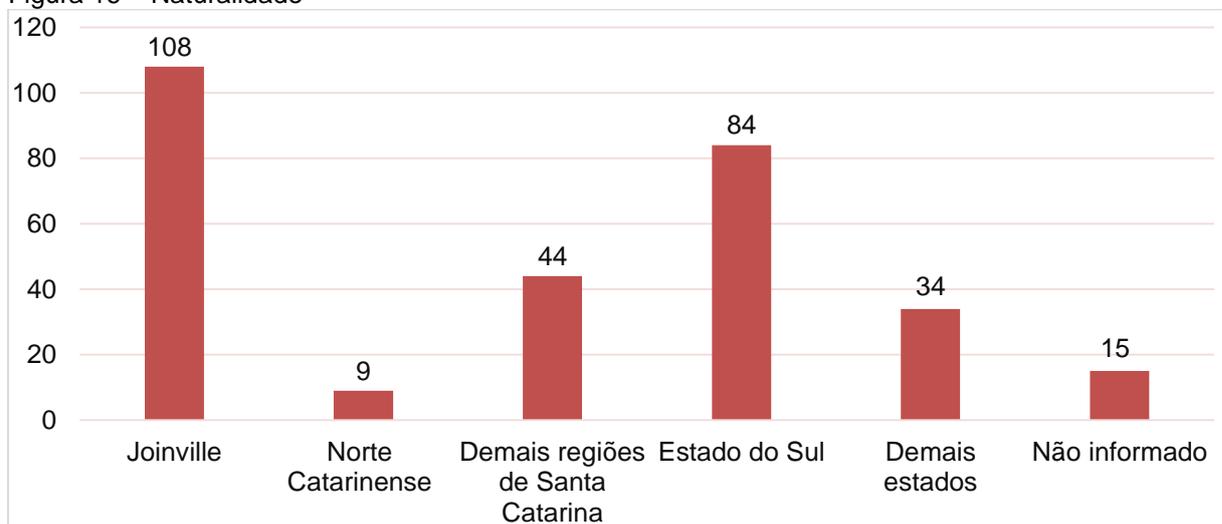
Profissão	N	%	Profissão	N	%
Autônomo	82	27,51	Analista de processos	14	0,33
Não informado	29	9,73	Analista de sistemas	1	0,33
Aposentado	13	4,36	Arquiteto	1	0,33
Sem profissão	11	3,69	Assistente administrativo	1	0,33
Frentista	10	3,35	Auditor	1	0,33
Serviços gerais	9	3,02	Auxiliar agropecuário	1	0,33
Auxiliar de produção	8	2,68	Auxiliar de almoxarife	1	0,33
Do lar	7	2,34	Auxiliar de construção civil	1	0,33
Motorista	7	2,34	Auxiliar de eletricista	1	0,33
Vendedor	7	2,34	Auxiliar de enfermagem	1	0,33
Auxiliar de cozinha	5	1,67	Auxiliar de protético	1	0,33
Operador de produção	5	1,67	Calheiro	1	0,33
Operador de máquina	4	1,34	Carteiro	1	0,33
Balconista	3	1,00	Chefe de oficina mecânica	1	0,33
Cabelereiro	3	1,00	Confeiteiro	1	0,33
Chapeiro	3	1,00	Conferente	1	0,33
Cozinheiro	3	1,00	Controlador de peças	1	0,33
Professor	3	1,00	Coordenador	1	0,33
Soldador	3	1,00	Dentista	1	0,33
Torneiro mecânico	3	1,00	Empacotador	1	0,33
Ajudante de carga e descarga	2	0,67	Esmerilhador	1	0,33
Auxiliar de serviços gerais	2	0,67	Estagiário	1	0,33
Auxiliar mecânico	2	0,67	Estoquista	1	0,33
Barbeiro	2	0,67	Logística	1	0,33
Comerciante	2	0,67	Modelador	1	0,33
Construção civil	2	0,67	Operador automotivo	1	0,33
Costureira	2	0,67	Operador coladeira de borda	1	0,33
Enfermeiro	2	0,67	Operador de injetora	1	0,33
Funileiro	2	0,67	Operador ponte rolante	1	0,33
Manicure	2	0,67	Preparador de prensa	1	0,33
Metalúrgico	2	0,67	Programador	1	0,33
Motoboy	2	0,67	Promotor de vendas	1	0,33
Operador de caixa	2	0,67	Recepcionista	1	0,33
Operador de empilhadeira	2	0,67	Repositor	1	0,33
Padeiro	2	0,67	Secretaria	1	0,33
Servidor público	2	0,67	Serralheiro industrial	1	0,33
Técnico de enfermagem	2	0,67	Tatuador	1	0,33
Transporte	2	0,67	Técnico administrativo	1	0,33
Vigilante	2	0,67	Técnico em eletrônica	1	0,33
Zeladora	2	0,67	Técnico em refrigeração	1	0,33
Total (N): 298			Total (%): 100		

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Para Ferreira *et al.*, (2015) às condições financeiras dos usuários interferem na frequência ativa ao tratamento, pois alguns deles necessitam ir ao trabalho para sustentarem sua família, ou até mesmo por não possuírem dinheiro para estarem se locomovendo até ao local de tratamento. Contudo, os autores citados acima (2015, p. 160), afim de afirmarem suas convicções, realizaram um estudo com nove profissionais de saúde que trabalham no CAPS AD de Curitiba – Paraná, sobre suas percepções referentes aos fatores que interferem na adesão ao tratamento, alguns destes profissionais relataram que “muitos justificam a ausência no CAPS AD pela necessidade de trabalhar e realmente necessitam, pois geralmente são homens, com idade em torno de 35 a 60 anos, pais de família, que precisam manter a renda familiar” e que, “aproximadamente 90% dos pacientes trabalham em construção civil ou informalmente, ganham por dia de trabalho e não tem renda fixa. Se frequentar o CAPS AD todos os dias, não vão trabalhar”. Deste modo, é possível notar que, o perfil dos usuários que apresentam maiores chances de interromperem o tratamento, são autônomos, ou seja, trabalham informalmente.

Nota-se um predomínio dos usuários que são naturais do município de Joinville/SC que frequentam o CAPS AD, conforme a Figura 16, situando-se em 108 usuários. Contudo, os usuários provenientes de outros municípios do Norte Catarinense que frequentaram o serviço, encontram-se em apenas nove, logo, nas demais regiões de Santa Catarina possuem 44, nos estados do Sul contam com 84, nos demais estados há 34 e 15 usuários não informaram no prontuário sua naturalidade.

Figura 16 – Naturalidade



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

O município de Joinville conta com 41 bairros e duas zonas industriais, portanto, desde 2013 os bairros foram divididos em oito sub-regiões (JOINVILLE, 2017). Sendo assim, a Tabela 2, apresenta as sub-regiões e os bairros dos usuários que interromperam o tratamento no CAPS AD de Joinville/SC. Ao coletar os dados, observou-se que a maioria dos usuários se encontram bastante distribuídos, não havendo um grande número somente em um bairro, porém, é possível notar que, há um grande número de usuários em Situações de Rua, estando em 27, contudo, não há como considerar que estes indivíduos pertencente unicamente a um bairro, visto que os mesmos não possuem um local fixo para habitarem. Seguidamente, para haver clareza nas demonstrações das informações apresentadas, será descrito somente os bairros das sub-regiões que apresentaram um maior número pertencentes de usuários que interromperam o tratamento. Por conseguinte, na sub-região Centro-Norte, o bairro com o maior número é o Costa e Silva, contando com 10 (3,40%) indivíduos. Na sub-região Leste, o bairro Jardim Iririú se apresenta como o bairro com mais usuários, sendo em 21 (7,14%). Logo em seguida, a sub-região de Pirabeiraba, há quatro (1,36%). Já para o Sudoeste, o bairro Morro do Meio conta com seis (2,04%). Para a sub-região Sul, o bairro Floresta demonstra possuir 13 (4,42%). No Sudeste, o Ulysses Guimarães apresenta 13 (4,42%). Na sub-região do Nordeste, o bairro Aventureiro é o segundo bairro com mais usuários, sendo em 19 (6,46%) e por fim, a sub-região Oeste, do bairro Vila Nova, também demonstra estar entre o segundo bairro com maior prevalência de usuários, havendo 19 (6,46%). Vale lembrar que, nove usuários não informaram seu bairro no prontuário, portanto, esse grupo não foi considerado.

Tabela 2 – Sub-regiões e Bairros

		(continua)	
Sub-região	Bairro	N	%
Centro-Norte	Costa e Silva	10	3,40
	Anita Garibaldi	7	2,38
	Bucarein	5	1,70
	América	3	1,02
	Santo Antônio	3	1,02
	Bom Retiro	2	0,68
	Centro	2	0,68
	Saguaçu	2	0,68
	Jardim Iririú	21	7,14
Leste	Boa Vista	12	4,08
	Comasa	9	3,06
	Iririú	9	3,06
	Espinheiros	4	1,36

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Tabela 3 – Sub-regiões e Bairros

			(conclusão)
Sub-região	Bairro	N	%
Pirabeiraba	Pirabeiraba	4	1,36
	Morro do Meio	6	2,04
Sudoeste	Nova Brasília	2	0,68
	Floresta	13	4,42
	Itaum	7	2,38
	Itinga	7	2,38
Sul	Petrópolis	6	2,04
	Parque Guarani	4	1,36
	Santa Catarina	4	1,36
	Boehmerwald	3	1,02
	Escolinha	3	1,02
	Profipo	3	1,02
	Ulysses Guimarães	13	4,42
Sudeste	Paranaguamirim	11	3,74
	Guanabara	10	3,40
	Jarivatuba	9	3,06
	João Costa	8	2,72
	Fátima	5	1,70
	Adhemar Garcia	3	1,02
Nordeste	Aventureiro	19	6,46
	Jardim Paraíso	8	2,72
	Jardim Sofia	1	0,34
	Vila Cubatão	1	0,34
Oeste	Vila Nova	19	6,46
Não informado		9	3,06
Situação de Rua		27	9,18
Total		294	100

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

De acordo com Moreira (2012, p. 47) “identificar a procedência dos usuários do serviço é fator de grande relevância, pois essa informação auxilia na elaboração de estratégias políticas para promoção de saúde”. Afim de elucidar a localidade dos usuários que interromperam o tratamento no CAPS AD, foram dispostos na Tabela 3 as subdivisões de cada bairro de acordo com a sua sub-região, sucedendo-se a mesma estrutura utilizada na Tabela 2. Portanto, para estruturar as sub-regiões, não foram classificados os 27 usuários que estavam em Situações de Rua, visto que, não são pertencentes a somente um bairro do município. Da mesma maneira, não foram considerados aqueles que não informaram no prontuário o seu bairro.

A região Centro-Norte se apresenta com 34 (11, 56%) usuários, já a região Leste, cujo qual é a segunda região com mais propensão de interrupção de tratamento, conta com 55 (18,70%). Seguidamente, Pirabeiraba com quatro (1,36%), Sudoeste com oito (2,72%), Sul com 50 (17%), Sudeste com a maior prevalência, contando com 59 (20,06%), Nordeste 29 (9,86%) e Oeste com 19 (6,46%) usuários.

É possível notar que, as regiões Leste, Sul e Sudeste obtêm os maiores índices de usuários que interromperam o tratamento no CAPS AD.

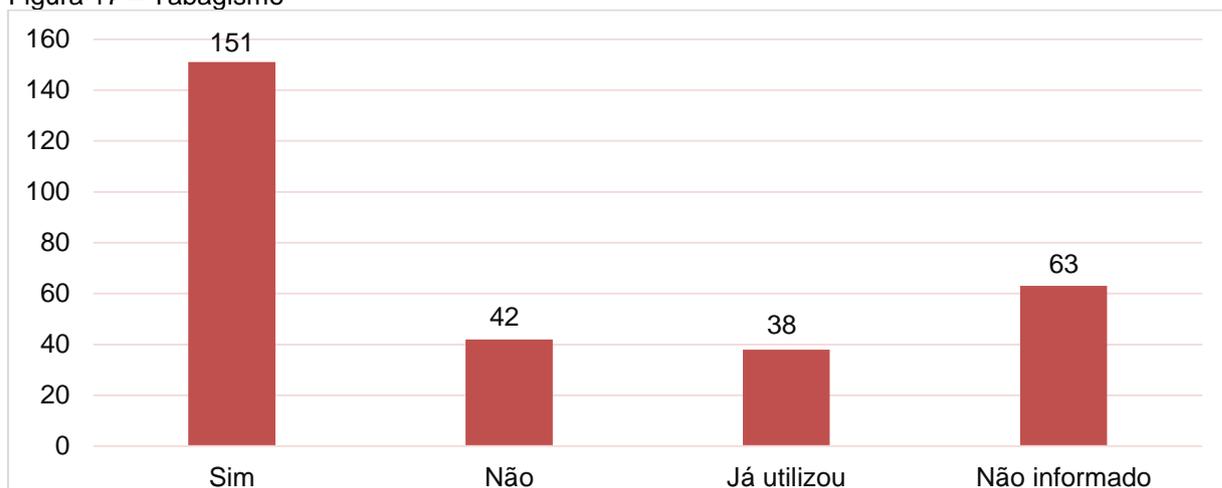
Tabela 4– Regiões

Regiões	N	%
Centro-Norte	34	11,56
Leste	55	18,70
Pirabeiraba	4	1,36
Sudoeste	8	2,72
Sul	50	17,00
Sudeste	59	20,06
Nordeste	29	9,86
Oeste	19	6,46
Não informado	9	3,06
Situação de rua	27	9,18
Total	294	100

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

O uso do tabaco pelos dependentes químicos no CAPS AD é de alta incidência, pois segundo a Figura 17, entre os 294 prontuários analisados, a maioria dos usuários relataram que o utilizam, sendo em 151. Para os que não são dependentes da nicotina, encontram-se em 42 prontuários, consecutivamente, os indivíduos que já fizeram uso, estão em 38, e aqueles que não informaram no prontuário, em 63 usuários.

Figura 17 – Tabagismo



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

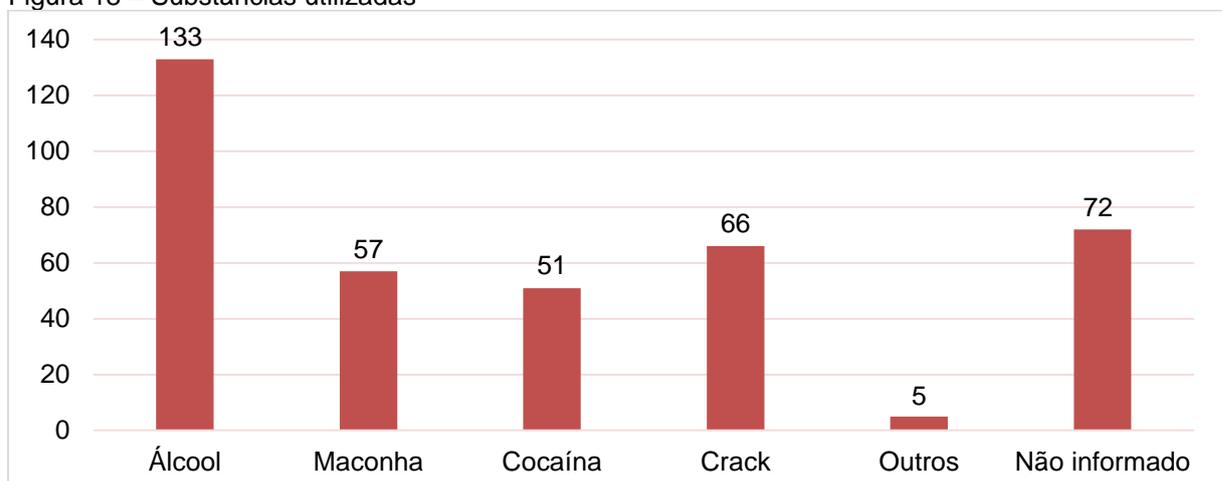
Diariamente o tabagismo no Brasil é responsável por 428 mortes, sendo a causa de 12,6% de óbitos ao todo no país, infelizmente 156.216 vidas poderiam ser salvas se o consumo do tabaco fosse abolido (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2018).

O tabaco é acessível para a população adulta, de consumo legal socialmente e de baixo custo, um fato que atrai muitas pessoas, além de que, geralmente as publicidades de tabaco enaltecem o seu produto, como algo prazeroso, seduzente e libertador (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2019). Conseqüentemente, há várias causas que levam um indivíduo a experimentar as drogas, como a busca constante de ser aceito socialmente, amenizar suas preocupações e o fácil acesso. Por isso, os adolescentes estão mais suscetíveis a consumirem drogas, por suas mudanças psicológicas, físicas e fisiológicas (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2019).

É fundamental salientar que, o CAPS AD de Joinville/SC, não atende o público que deseja somente o tratamento para o tabaco, dessa forma, os mesmos são orientados a buscarem por tratamento nos programas de tabagismo ofertados pela Unidade Básica de Saúde – UBS (JOINVILLE, 2019).

Com o objetivo de demonstrar as substâncias mais utilizadas pelos usuários que interromperam o tratamento no CAPS AD, foram coletadas as informações presentes nos prontuários e expostas na Figura 18. Dessa forma, foi possível notar que, 133 usuários referem-se ao uso do álcool, quase a metade do universo pesquisado, em seguida, 57 indivíduos utilizavam maconha, já para a cocaína 51, para o crack 66, outros 5 e 72 usuários não informaram nos seus prontuários. Convém ressaltar que, foi ultrapassado a amostra de 294 dados da pesquisa para 384, ou seja, obteve-se informações a mais que o esperado, pelo fato de que, 61 usuários afirmaram que faziam uso de mais de uma substância, conforme se observa na Figura 18.

Figura 18 – Substâncias utilizadas

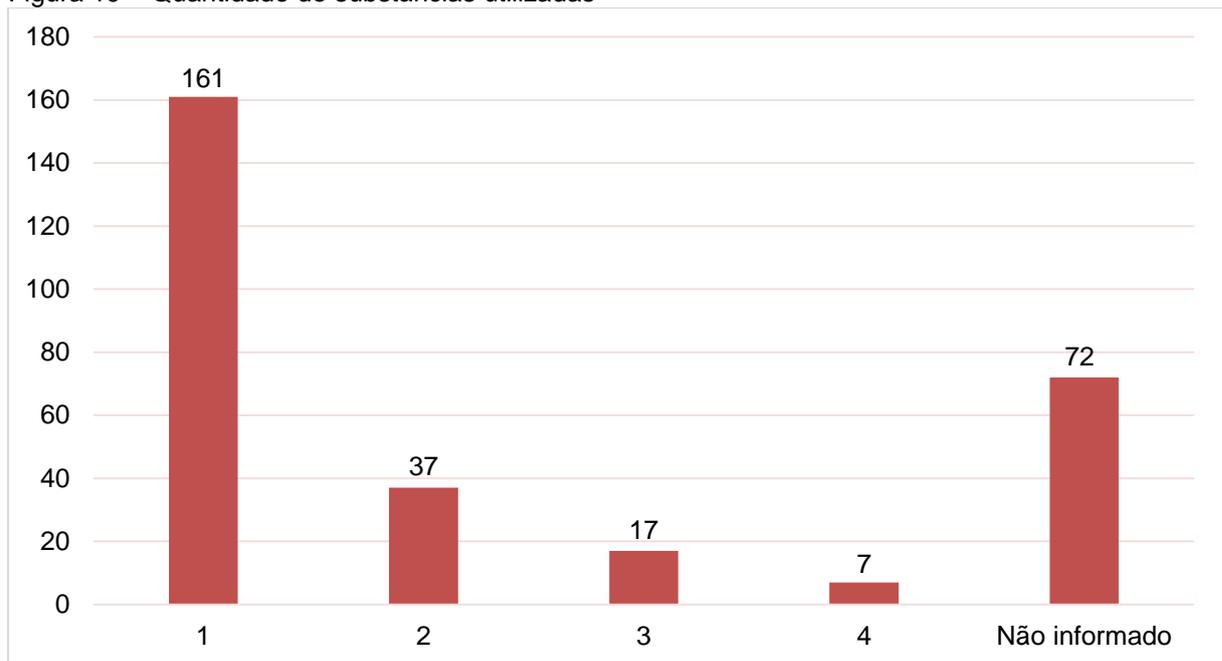


Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Englobando todos os prontuários analisados, verificou-se a existência de alguns sintomas/comorbidades dos quais os usuários sentiam no momento que estavam saindo do quadro de dependências das drogas. Dentre os sintomas/patologias apresentadas, incluíam-se, fissura, agitação motora, agitação involuntária, depressão, sudorese, crise convulsiva, alucinação visual, entre outros aspectos. Dessa forma, não houve possibilidade de realizar uma padronização, pelo fato de existir uma variabilidade de sintomas nos usuários.

Para uma análise mais característica, fez-se necessário conhecer a quantidade de substâncias que os usuários utilizavam simultaneamente, de acordo com a Figura 19. Assim sendo, 161 consomem apenas uma substância, enquanto 37 consomem duas substâncias, dos quais 17 fazem uso de três substâncias, 7 utilizam quatro e, 72 usuários não informaram no prontuário.

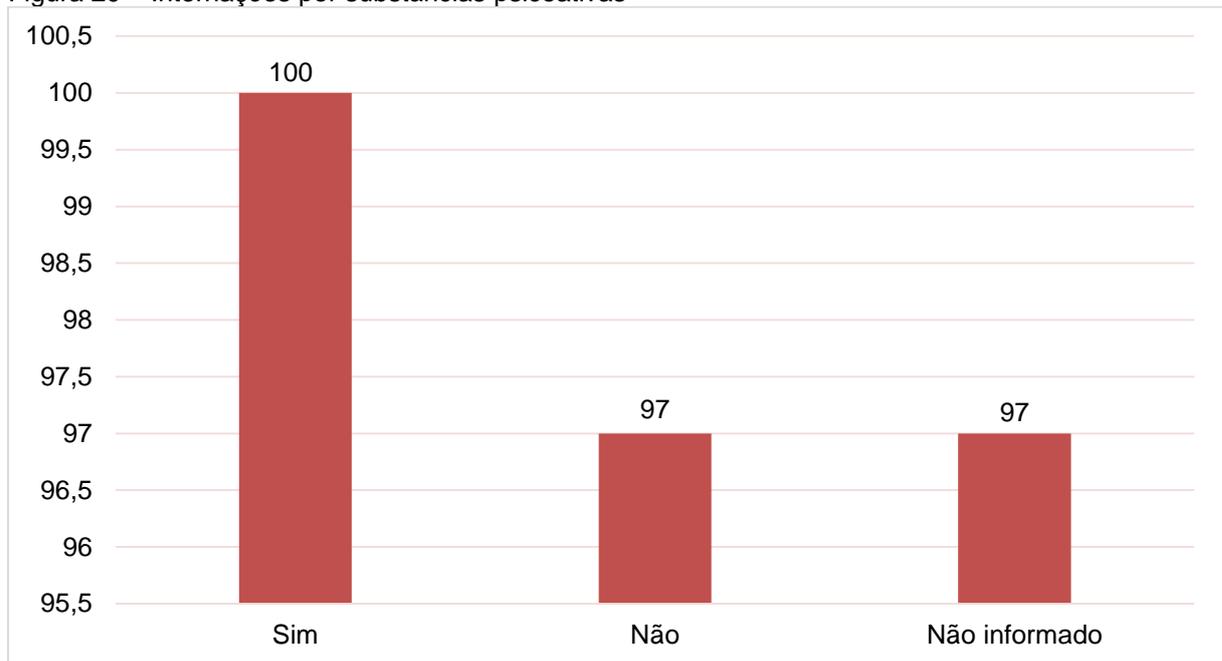
Figura 19 – Quantidade de substâncias utilizadas



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

A Figura 20, representa as ocorrências das internações antes dos usuários frequentar o CAPS AD de Joinville/SC e posteriormente interromperem o tratamento. Contudo, é viável notar que, 100 usuários passaram por internações, 97 não passaram por internações e 97 não informaram no prontuário esse dado.

Figura 20 – Internações por substâncias psicoativas



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

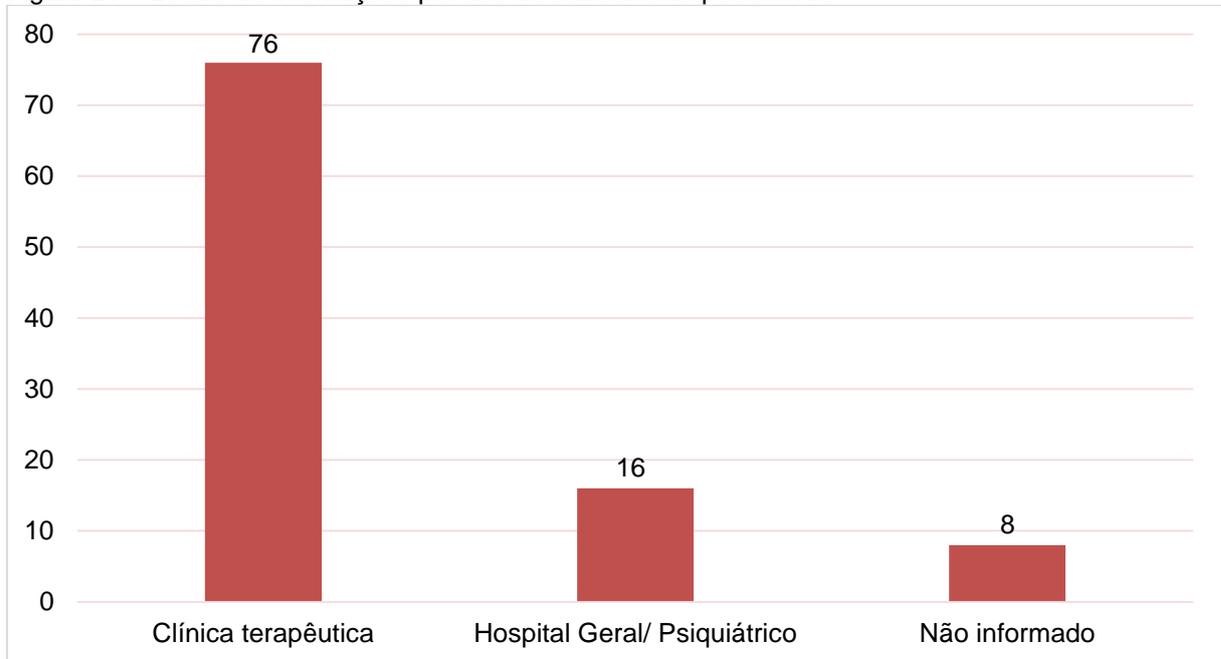
Nesse contexto, é importante salientar que no ano de 2019 houve alteração da Lei 11.343/06 pela Lei 13.8040/19 que trata do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas. A nova Lei, autoriza a internação involuntária para os dependentes químicos, com a solicitação dos familiares ou do responsável legal, e na ausência dos mesmos, o profissional de saúde pode intervir. Vale ressaltar, que anteriormente, não era possível a internação involuntária sem o consentimento do dependente. Contudo, a Lei assegura que a internação involuntária seja apropriada somente quando os serviços extra-hospitalares não se demonstrarem eficientes.

O WORLD HEALTH ORGANIZATION (2008), em um documento sobre *“Principles of Drug Dependence Treatment”*, cita que nenhum procedimento médico, assim como o tratamento de dependência de drogas, não deve ser compelido. Entretanto, em situações de crises, no qual o indivíduo apresenta grandes riscos para si próprio e para os outros, o tratamento involuntário deve ser imposto. Todavia, é necessário que o dependente químico se sinta interessado a buscar por tratamento “quando ocorrem situações nas quais a substância está influenciando negativamente a saúde física e/ou rotina, funções acadêmicas e/ou profissionais, bem como as relações pessoais” (MATOS, 2016, p. 8).

Os locais de internações por uso de substâncias psicoativas são representados pela Figura 21, cujo qual, 76 usuários relataram no prontuário que permaneceram em

Clínica terapêutica, 16 em Hospital Geral/Psiquiátrico e oito não informaram. Contudo, foram dispostos no gráfico apenas os 100 usuários que informaram que já se internaram, conforme a Figura 20 acima.

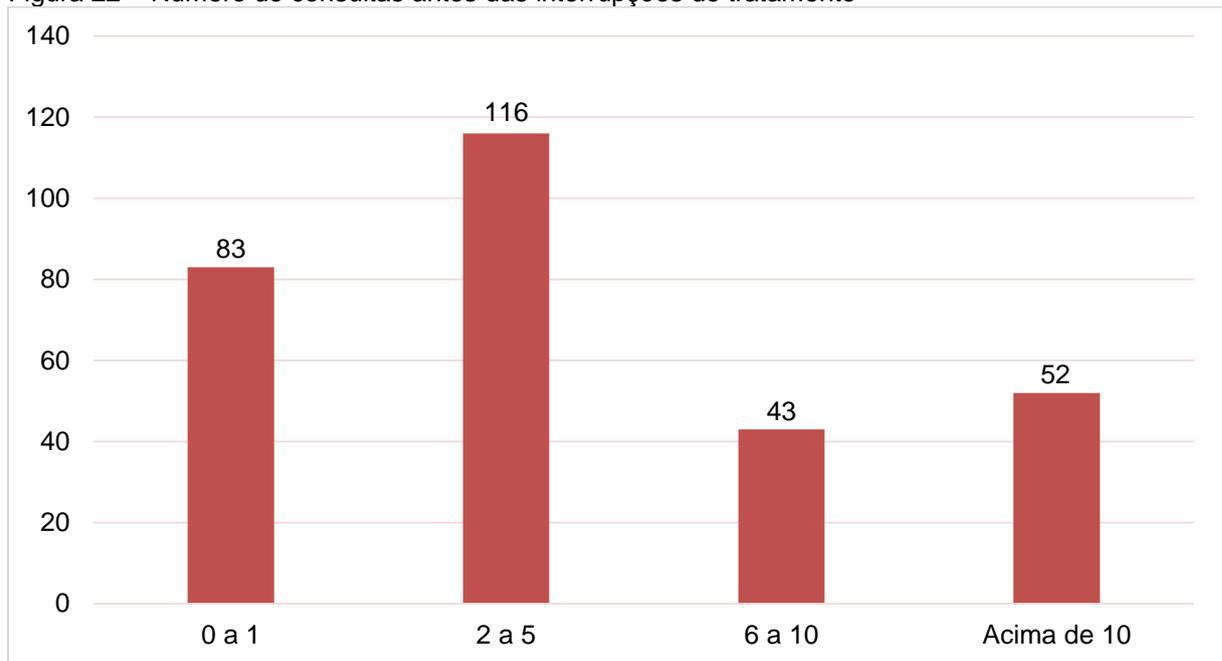
Figura 21 – Locais de internações por uso de substâncias psicoativas



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Os dados referentes ao número de consultas antes das interrupções de tratamento no CAPS AD de Joinville/SC, proporcionou conhecer a partir de qual momento que os usuários interrompem o serviço. Vale ressaltar que, foram analisados 294 prontuários, e ao final de cada documento, havia a evolução da equipe multidisciplinar, que relatava todas as atividades feitas pelos usuários durante o dia de atendimento, ou seja, as estratégias de cuidados, como orientações sobre Redução de Danos, atendimento individual, consultas médicas, intervenções breves e atendimentos em grupos, sendo assim, foram considerados todas as atividades feitas pelos usuários, contudo, cabe destacar que, participaram da pesquisa somente os usuários que interromperam o tratamento entre 2016 - 2018. A partir disso, conforme a Figura 22, observa-se que, 83 usuários realizaram de zero a uma consulta antes de interromperem o tratamento, por conseguinte, 116 usuários realizaram de duas a cinco consultas, sendo a principal prevalência de interrupções de tratamentos, seguidamente, 43 usuários realizaram de seis a 10 consultas e 52 usuários realizaram acima de 10 consultas.

Figura 22 – Número de consultas antes das interrupções de tratamento



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

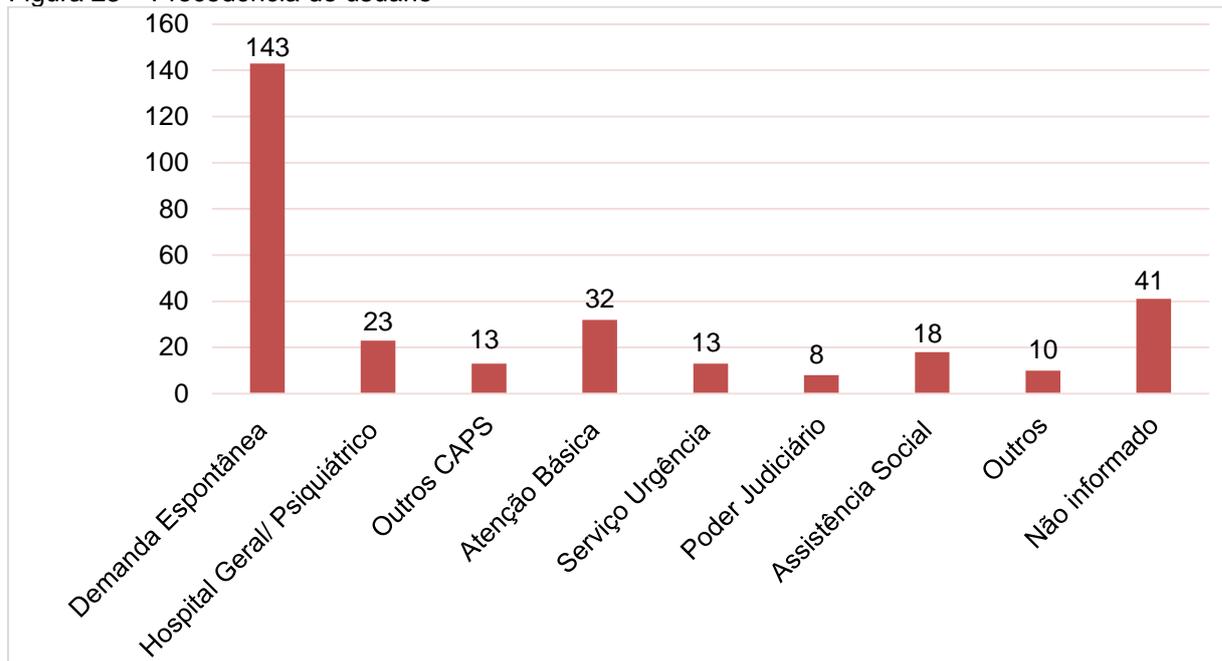
Freitas (2018, p. 104) ressalta que:

Ouvir a não adesão é aderir a um projeto terapêutico singular à maneira do sujeito, o sujeito inconsciente. Mas é uma forma tão singular de “aderir”, que só é possível perceber quando se tem uma escuta peculiar de quem fala e uma posição para compreender além do Eu. A não adesão é um modo muito interessante de lidar com a doença, do qual o protagonista entra e sai de cena a todo o momento.

É importante salientar que o CAPS AD de Joinville/SC considera como interrupção de tratamento os usuários que não comparecem ao tratamento em um período de 90 dias, de forma injustificada. Logo, a instituição tem como uma de suas estratégias de cuidado a busca ativa de usuários que foram acolhidos e interromperam o tratamento. Desta forma, os mesmos são comunicados via telefone ou através da visita domiciliar para retornar ao serviço (JOINVILLE, 2019).

É perceptível notar na Figura 23 que entre os 294 prontuários analisados perante as interrupções de tratamentos de 2016 - 2018, as prevalências de procedências foram de Demanda Espontânea, contando 160, logo os usuários precedidos de Hospital Geral/Psiquiátrico somente 23, outros CAPS 13, Atenção Básica 32, Serviço Urgência 13, Poder Judiciário, oito, Assistência Social, 18, outros 10 e 41 usuários não informaram a sua procedência. Vale ratificar que, sete usuários declararam nos seus prontuários que procederam de mais de um serviço, por essa razão, passaram de 294 dados para 301.

Figura 23 – Procedência do usuário



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

É fundamental destacar que a sensibilização para o tratamento deste público é um grande desafio para toda a rede de políticas públicas e, uma vez sensibilizados, é necessário o comprometimento das equipes de saúde e familiares para a continuidade do mesmo.

“O fato de a pessoa depender de uma substância psicoativa não poder ser transformado em uma definição acerca dela, mas é um aspecto importante de um todo multifacetado, constituído de outras características” (TESSARO; RATTO apud FRAZÃO; FUKUMITSU, 2017, p. 157). Nesse encaminhamento, um estudo com nove profissionais de saúde no CAPS AD de Curitiba – Paraná, verificou que é fundamental os profissionais ao acolherem um novo usuário no serviço procurarem estabelecer algum vínculo com o mesmo, sem que haja distinção e agressividade, pois sem o vínculo inicial, não há motivação para dar continuidade ao tratamento (FERREIRA, *et al.*, 2015).

5 CONCLUSÃO

Os CAPS são instituições que fornecem serviços de saúde pública para a população, formado por equipe multiprofissional capacitada para atender pessoas com sofrimento ou que apresentam transtorno mental, e aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em sua abrangência territorial (BRASIL, 2019).

Contudo, o CAPS AD de Joinville/SC acolhe especialmente os indivíduos que estão vivenciando o abuso do consumo de álcool e outras drogas, além de fornecer atendimento integral (JOINVILLE, 2019). É necessário salientar que, a unidade não é um serviço de internação, e sim um serviço que permite que os usuários coloquem em prática as estratégias desenvolvidas ao longo dos atendimentos na vida cotidiana, para que os mesmos façam escolhas relacionados ao uso de substâncias, a fim de valorizar a singularidade de cada sujeito (JOINVILLE, 2019).

O presente estudo atingiu aos objetivos a que se propôs, pois conheceu o perfil socioeconômico dos usuários que interromperam o tratamento no CAPS AD de Joinville/SC nos anos de 2016 – 2018. Através da coleta de dados, foi possível traçar o perfil geral dos usuários que interromperam o tratamento. Tal perfil se caracterizou como: adulto, idade entre 30 a 49 anos, masculino, cor/raça branca, solteiro, somente com um filho, reside com a família, apresenta patologia na família, como abuso de substância, com fundamental incompleto, desempregado, autônomo, natural de Joinville, em situação de rua, localizado na região sudeste, tabagista, fazendo consumo abusivo de álcool, utilizando somente uma substância, já foi internado em clínica terapêutica, realizou de duas a cinco consultas antes de interromper o tratamento, e é procedente de demanda espontânea.

No decorrer da coleta de dados observou-se alguns limites para que o estudo alcançasse um resultado ainda melhor. Sendo assim, a pesquisa apresentou alguns limites em decorrência das informações não ser digitalizada, com ausência de preenchimento de diversos campos e, sobretudo, pela forma de armazenamento dos prontuários. As informações dos prontuários são armazenadas e separadas em caixas com a descrição de letras do alfabeto, simbolizando a primeira letra do nome do usuário e um número logo atrás, no qual, os números maiores representam os anos atuais e os números menores os anos anteriores, contudo, encontrou-se alguns prontuários desorganizados, cujo quais, eram de anos anteriores e estavam

armazenados em caixas de números com anos atuais, valendo também para a desordem letras dos alfabetos. Outro fator limitante foi a forma como eram descritas as informações nos prontuários de papéis, não fornecendo clareza para a leitura.

Por fim, essa pesquisa possibilitou construir algumas sugestões para que o perfil dos usuários possa se manter atualizado e, também com relação ao atendimento a esta demanda específica: sensibilizar os profissionais envolvidos no atendimento quanto a importância do preenchimento do prontuário de forma clara e completa pois o mesmo é fundamental na continuidade do tratamento do usuário além de gerar indicadores que são essenciais para avaliar o serviço e buscar novas formas de intervenção; o investimento na digitalização dos prontuários antigos e a manutenção dos atuais para facilitar o acesso às informações e se evite que dados sejam perdidos; cuidado com a atualização cadastral principalmente no que diz respeito à localização dos usuários (endereço e telefone) para possibilitar a busca ativa dos mesmos e, acima de tudo, reforçar a importância do trabalho de rede efetivando, assim, a referência e a contra-referência na busca incessante de manter o usuário no serviço e, assim, alcançar sucesso no tratamento.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Rosilene Alves de *et al.* Perfil dos usuários de substâncias psicoativas de João Pessoa. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 526-538, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n102/0103-1104-sdeb-38-102-0526.pdf>. Acesso em: 25 set. 2018.
- ALVES, Rudinalva; KOSSOBUDZKY, Luís André. Caracterização dos adolescentes internados por álcool e outras drogas na cidade de Curitiba. **Interação em Psicologia**, Paraná, v. 6, n. 1, p. 1-15, 2002. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/viewFile/3195/2558>. Acesso em: 03 set. 2019.
- BAPTISTA, Tatiana Wargas de Farias. História das Políticas de Saúde no Brasil: A trajetória do direito à saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lúcia de (Orgs). **Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. Disponível em: http://www.retsus.fiocruz.br/upload/publicacoes/pdtsp_3.pdf. Acesso em: 20 out. 2019.
- BELMONTE, Pilar Rodriguez. A reforma psiquiátrica e os novos desafios da formação de recursos humanos. In: AGUIAR, Adriana Cavalcanti de *et al.* **Formação de pessoal de nível médio para a saúde: desafios e perspectivas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- BERNI, Duílio de Ávila. **Técnicas de pesquisa em economia**. São Paulo: Saraiva, 2002.
- BITTAR, Olimpio J. Nogueira V. *et al.* **Absenteísmo em atendimento ambulatorial de especialidades no estado de São Paulo**. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2016. Disponível em: http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/destaques/gais-informa/outras-publicacoes-e-analises/absenteismo_ambulatorial.pdf. Acesso em: 20 out. 2019.
- BOING, Antonio Fernando; BÜCHELE, Fatima Assis. **Álcool e outras drogas: da coerção à coesão**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; Ministério da Saúde, 2016.
- BORGES, Jordana Tavares. **Atuação do Assistente Social na equipe multiprofissional no Caps-Geral do município De Eusébio**. 2013. 83 f. Monografia - Curso de Serviço Social, Centro de Ensino Superior do Ceará – Faculdade Cearense, Fortaleza, 2013. Disponível em: <http://ww2.faculdadescearenses.edu.br/biblioteca/TCC/CSS/ATUACAO%20DO%20ASSISTENTE%20SOCIAL%20NA%20EQUIPE%20MULTIPROFISSIONAL.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2019.
- BOTTI, Nadja Cristiane Lappann; COSTA, Bruna Teixeira; HENRIQUES, Ana Paula Freitas. Composição e dinâmica das famílias de usuários de crack. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 3, n. 7, p. 93-110, 2011. Disponível

em:

<https://pdfs.semanticscholar.org/83d4/8f6e146b9a41b38be394bc222cbdc3fd2723.pdf>. Acesso em: 15 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006**. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília, DF, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html. Acesso em: 6 maio 2019.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.644, de 28 de outubro de 2009**. Estabelece novo reagrupamento de classes para os hospitais psiquiátricos, reajusta os respectivos incrementos e cria incentivo para internação de curta duração nos hospitais psiquiátricos e dá outras providências. Brasília, DF: 2009. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-2644-28-OUTUBRO-2009.pdf>. Acesso em: 6 maio 2019.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Rede de Atenção Psicossocial. Sistema de Legislação da Saúde. Brasília, DF, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 07 set. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº. 106, de 11 de fevereiro de 2000. **Diário Oficial da União**, Brasília, 24 de fev. de 2000. Seção 1, p. 23. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-106-11-FEVEREIRO-2000.pdf>. Acesso em: 03 maio 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Pontos de Atenção da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS**. 2017. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/artigos/852-profissional-e-gestor/41054-pontos-de-atencao-da-raps>. Acesso em: 10 set. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 251/GM, de 31 de janeiro de 2002**. Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 de jan. de 2002. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-251-31-JANEIRO-2002.pdf>. Acesso em: 04 maio 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Volta Para Casa – PVC**. 2017b. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/artigos/852-profissional-e-gestor/41059-programa-de-volta-para-casa-pvc>. Acesso em: 28 abr. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços

de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1213.pdf>. Acesso em: 11 set. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf. Acesso em: 20 abr. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Saúde Mental e Economia Solidária: inclusão social pelo trabalho**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/departamento/nucleo/CComs/doc/Sm%20e%20economia%20solid%20ria.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf. Acesso em: 07 set. 2018.

CARNIEL, Aline Cristina Dadalte. **O acompanhamento terapêutico na assistência e reabilitação psicossocial do portador de transtorno mental**. 2008. 103 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-06082008-143012/publico/AlineCristinaDadalteCarniel.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2018.

CARVALHO, Flávia Regina Mendes *et al.* **Causas de recaída e de busca por tratamento referidas por dependentes químicos em uma unidade de reabilitação**. Colômbia médica, vol. 42. Universidad del Valle, Facultad de Salud. Disponível em: <http://www.bioline.org.br/request?rc11040>. Acesso em: 14 set. 2018.

CESAR, Beatriz Aceti Lenz. Alcoolismo feminino: um estudo de suas peculiaridades Resultados preliminares. **J Bras Psiquiatr**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 3, p. 209-211, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v55n3/v55n3a06.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2019.

DIAS, Míriam Thais Guterres. **A reforma psiquiátrica brasileira e os direitos dos portadores de transtorno mental: uma análise a partir do serviço residencial terapêutico morada São Pedro**. 2007. 292 f. Tese (Doutorado) - Curso de Faculdade de Serviço Social, Programa de Pós-graduação, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007. Cap. 3. Disponível em: <http://tede2.pucrs.br/tede2/bitstream/tede/592/1/389624.pdf>. Acesso em: 20 out. 2019.

FERNANDES, Sara Silva *et al.* Evasão do tratamento da dependência de drogas: prevalência e fatores associados identificados a partir de um trabalho de Busca Ativa. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, n. 25, v.2 p. 131-137, 2017. Disponível

em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v25n2/1414-462X-cadsc-1414-462X201700020268.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2019.

FERREIRA, Aline Cristina Zerwes *et al.* Fatores que interferem na adesão ao tratamento de dependência química: percepção de profissionais de saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**, Curitiba - PR, v. 19, n. 2, p. 157-164, 2015. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20150032>. Acesso em: 15 set. 2019.

FONSECA, João José Saraiva da. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002.

FRANÇA, Rosiane Oliveira de. **Abandono ao tratamento da dependência química**: um estudo de caso no centro de atenção psicossocial - álcool e outras drogas no município de Campina Grande. 2014. 104 f. TCC (Graduação) - Curso de Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Campina Grande - PB, 2014. Disponível em: <http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/123456789/5276/1/PDF%20-%20Rosiane%20Oliveira%20de%20Fran%C3%A7a.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2019.

FRAZÃO, Lilian Meyer; FUKUMITSU, Karina Okajima. **Quadros clínicos disfuncionais e Gestalt-terapia**. 5. ed. São: Summus, 2017.

FREITAS, Camila Colás Sabino de. **Afinal, por que o paciente não adere ao tratamento?** Considerações psicanalíticas da não adesão em doenças crônicas. 2018. 113 f. Tese (Doutorado) - Curso de Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018. Disponível em: https://teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-26102018-192903/publico/freitas_me.pdf. Acesso em: 30 out. 2019.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: UFRGS, 2009.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2008.

GOULART, Maria Stella Brandão. **A construção da mudança nas instituições sociais**: a reforma psiquiátrica. Pesquisas e Práticas psicossociais. v.1, n.1, São João Del-Rei, jun. 2006.

GUSMÃO, Josiane Lima de; MION, Décio Jr. Adesão ao tratamento – conceitos. **Rev Bras Hipertens**, São Paulo, v. 13, p. 23-25, 2006. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/13-1/06-adesao-ao-tratamento.pdf>. Acesso em: 25 out. 2018.

HORTA, Ana Lucia de Moraes *et al.* Vivência e estratégias de enfrentamento de familiares de dependentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v. 67, n. 6, p. 1024-1030, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0044>. Acesso em: 15 set. 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **O cigarro mata**. 2018. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/campanhas/dia-mundial-sem-tabaco/2017/o-cigarro-mata>. Acesso em: 18 set. 2019.

_____. **Tratamento do tabagismo**. 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo/tratamento>. Acesso em: 18 set. 2019.

JOINVILLE. Prefeitura Municipal. **Evasão dos Usuários do CAPS AD**. mimeo. Joinville, 2019.

_____. Secretaria de Planejamento Urbano e Desenvolvimento. Prefeitura Municipal. **Joinville: Cidade em Dados 2017**. Joinville: Prefeitura Municipal, 2017. Disponível em: <https://www.joinville.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/01/Joinville-Cidade-em-Dados-2017.pdf>. Acesso em: 09 set. 2019.

JORGE, Alan Cristian Rodrigues; CARVALHO, Maria Cristina. **Analisando o perfil dos usuários de um CAPS AD**. 2010. 23 f. Curso de Programa de Pós-graduação em Educação, Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Velho, 2010. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/32973/000779410.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 06 ago. 2019.

LUZ, Heloisa Helena Venturi; CAETANO, Cristiana Ropelatto. **Perfil dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Rio do Sul/SC**. 2015. Disponível em: <http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/02/Cristiana-Ropelatto-Caetano.pdf>. Acesso em: 06 ago. 2019.

MACHADO, Daniela Martins. **A desconstrução do manicômio interno como determinante para a inclusão social da pessoa em sofrimento mental**. 2006. 173 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília. Disponível em: http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/4867/1/Dissert_final.pdf. Acesso em: 20 abr. 2019.

MARÇAL, Eliane. **Dependência química**. São Paulo: Baraúna, 2017.

MATOS, Sabrina. **Participação da família no processo de tratamento do dependente químico**. Santa Catarina, p. 1-26, 2016. Disponível em: <http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2017/02/Artigo-Sabrina.pdf>. Acesso em: 25 set. 2019.

MIRANDA-SÁ JUNIOR, Luiz Salvador de. Breve histórico da psiquiatria no Brasil: do período colonial à atualidade: prevalência e fatores associados identificados a partir de um trabalho de Busca Ativa. **Rev. Psiquiatr**, Rio Grande do Sul, p.156-158, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v29n2/v29n2a05.pdf>. Acesso em: 1 mar. 2019.

MOREIRA, Alvaro. **Perfil dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas de Joinville**. 2012. 60 f. TCC (Graduação) - Curso de Gestão Hospitalar, Campus Joinville, Instituto Federal de Santa Catarina, Joinville, 2012. Disponível em: <http://joinville.ifsc.edu.br/~bibliotecajoi/arquivos/tcc/gh2012/94400.pdf>. Acesso em: 20 set. 2018.

MOREIRA, Juliano. Assistência aos epiléticos: colônia para eles. **História, Ciências e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, supl. 2, dez. 2010, p. 572-581. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v17s2/18.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2019.

_____. Notícia sobre a evolução da assistência a alienados no Brasil (1905). **Revista Latinoamericana de Psicopatologia**. Psicopat. Fund. São Paulo, v. 14, n. 4, p. 728-768, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v14n4/v14n4a12.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2019.

MORERA, Jaime Alonso Caravaca. **Crack**: Histórias de vida de moradores de rua. 2013. 225 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Educação e Trabalho em Saúde e Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis - SC, 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/122582/324049.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 16 set. 2019.

ODA, Ana Maria Galdini Raimundo; DALGALARRONDO, Paulo. O início da assistência aos alienados no Brasil ou importância e necessidade de estudar a história da psiquiatria. **Rev. Latinoam**, v. 1, p.128-141, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v7n1/1415-4714-rlpf-7-1-0128.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial da Saúde**. Saúde mental: nova concepção, nova esperança, 1.^a edição, Lisboa, abril de 2002. Disponível em: https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf. Acesso em: 24 fev. 2019.

OTAVIANO, Kelma Luzia Nunes. **Orí Inú**: conhecimentos e práticas ancestrais afro-brasileiras na saúde mental. 2013. 95 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Serviço Social, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/7552/1/2013-DIS-KLNOTAVIANO.pdf>. Acesso em: 09 maio 2019.

PEREIRA, Alexandre de Araújo; VIANNA, Paula Cambraia de Mendonça. **Saúde Mental**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1730.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2019.

PRADO, Marco Aurélio Máximo; QUEIROZ, Isabela Saraiva de. A emergência da politização da intimidade na experiência de mulheres usuárias de drogas. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 17, n. 2, p. 305-312, ago. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2012000200015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 ago. 2019.

RIBEIRO, Itajaciara Ferreira *et al.* **Perfil dos usuários com dependência química atendidos em instituições especializadas na Paraíba**. 2012. 14 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, João Pessoa, PB, 2012. Disponível em: http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2010/11/PERFIL-DOS-USU%2%94%9C%2581RIOS-COM-DEPEND%2%94%9C%258ANCIA-QU%2%94%9C%258DMICA_com-

corre%20%94%9C%20%BA%20%94%9C%20%81es-dos-autores_18.12.12-PRONTO.pdf. Acesso em: 20 jun. 2019.

SANTOS, Nelson Afonso Garcia. **Do hospício à comunidade: Políticas Públicas de Saúde Mental.** 144 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Pós-Graduação em Sociologia Política, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis - SC, 1992. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/111916>. Acesso em: 05 abr. 2019.

SEI, Maíra Bonafé; COLAVIN, João Rafael Pimentel. Desistência e abandono da psicoterapia em um serviço-escola de Psicologia. **Revista Brasileira de Psicoterapia**, Londrina, v. 18, n. 2, p.37-49, 2016. Disponível em: http://rbp.celg.org.br/detalhe_artigo.asp?id=200. Acesso em: 04 abr. 2019.

SILVA, Ingrith Nayara Monteiro da; GOMES, Jaqueline Lima. **O índice de pacientes que interromperam o acompanhamento no CAPS-AD Municipal, de Porto Velho-RO.** 2016. 44 p. TCC (Graduação em enfermagem) – Centro Universitário São Lucas, Porto Velho, 2016. Disponível em: <http://repositorio.saolucas.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/1924/Ingrith%20Nayara%20Monteiro%20da%20Silva%20C%20Jaqueline%20Lima%20Gomes%20-%20O%20%20%20ADndice%20de%20pacientes%20que%20interromperam%20o%20acompanhamento%20no%20CAPS-AD%20municipal%20de%20Porto%20Velho%20-%20RO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 06 abr. 2019.

SILVA, Jéssika Balduino da. **Caracterização quanto ao acesso das pessoas em tratamento por problemas relacionados ao uso do álcool ou outras drogas: adesão e evasão.** 2014. 53 f. TCC (Graduação) - Curso de Terapia Ocupacional, Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília, Brasília, 2014. Disponível em: http://bdm.unb.br/bitstream/10483/11025/1/2014_JessikaBalduinoDaSilva.pdf. Acesso em: 25 abr. 2019.

SILVA, Wellington Antônio da; BUENO, Marineusa Aparecida. **Cartilha de orientação em saúde mental: Um Caminho para a Inclusão Social.** Brasília, DF: ASCOM/GAB/SES-DF, 2009. Disponível em: <https://www.portaldaenfermagem.com.br/downloads/cartilha-orientacao-saude-mental-secrta-saude-df.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2019.

SOUZA, Jamila Ana de. **Prática profissional do Assistente Social dentro da equipe multiprofissional de saúde mental no município de Florianópolis.** 2009. 84 f. TCC (Graduação) - Curso de Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/120150>. Acesso em: 28 mar. 2019.

TAVARES, Rosana Carneiro; SOUSA, Sonia Margarida Gomes. Os Centros de Atenção Psicossocial e as possibilidades de inovação das práticas em Saúde Mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 82, p. 252-263, 2009. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341771008.pdf>. Acesso em: 10 set. 2018.

VELHO, Sérgio Ricardo Belon da Rocha. **Perfil epidemiológico dos usuários de substâncias psicoativas atendidos no CAPS AD, Londrina, PR.** 2010. 74 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestre em Saúde Coletiva, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Londrina, Londrina - PR, 2010. Disponível em: <http://www.uel.br/pos/saudecoletiva/Mestrado/diss/112.pdf>. Acesso em: 16 set. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Principles of Drug Dependence Treatment.** 2008. Disponível em: <https://www.unodc.org/documents/drug-treatment/UNODC-WHO-Principles-of-Drug-Dependence-Treatment-March08.pdf>. Acesso em: 06 set. 2019.

ZAMBENEDETTI, Gustavo; SILVA, Rosane Azevedo Neves da. A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 14, n. 1, p. 131-150, 2008. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista>. Acesso em: 05 abr. 2019.

ANEXO A – Autorização de pesquisa

Secretaria da Saúde



Ofício nº 017/2019/SMS/GAB/GTES

Joinville, 29 de março de 2019.

Assunto: **Autorização de Pesquisa**

Prezada,

Em resposta à solicitação de autorização para realização de um projeto de pesquisa intitulado: "O perfil socioeconômico e cultural dos usuários que interromperam o tratamento no CAPSad de Joinville/SC nos anos de 2015 - 2018", pela acadêmica **Maria Eduarda de Souza**, por orientação da Profª **Andrea Heidemann**, IFSC, informamos:

A Secretaria Municipal da Saúde de Joinville autoriza a realização da análise de dados por meio documental no Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas.

Solicitamos que os responsáveis apresentem em mãos esta autorização e o projeto de pesquisa, para o andamento das atividades no local especificado.

Quando concluída a pesquisa, os resultados deverão ser encaminhados ao GTES, por e-mail (ses.ngp.gtes@joinville.sc.gov.br) e para a coordenação do serviço. Sugerimos que, além dos resultados obtidos, os responsáveis apresentem sugestões de melhorias à partir dos dados coletados e da bibliografia fundamentada.

Atenciosamente,
Prefeitura Municipal de Joinville
Secretaria da Saúde
Bruna D. D. L. Landmann
Coordenação GTES

Bruna D. D. L. Landmann
 Coordenação Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – GTES