



Saúde em Debate

ISSN: 0103-1104

ISSN: 2358-2898

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

Silva, Lennon Leonardo Pereira da; Almeida, Anderson Batista de; Amato, Tatiana de Castro
A perspectiva dos profissionais sobre o processo de alta de pacientes do Caps-AD: critérios e dificuldades
Saúde em Debate, vol. 43, núm. 122, 2019, Julho-Setembro, pp. 819-835
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912213>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406369178014>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org

UABEM redalyc.org

Sistema de Informação Científica Redalyc
Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal
Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

A perspectiva dos profissionais sobre o processo de alta de pacientes do Caps-AD: critérios e dificuldades

The professionals' perspective on the patient discharge process of the Caps-AD: criteria and difficulties

Lennon Leonardo Pereira da Silva¹, Anderson Batista de Almeida¹, Tatiana de Castro Amato^{1,2}

DOI: 10.1590/0103-1104201912213

RESUMO O objetivo foi compreender como ocorre o processo de alta de pacientes do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps-AD), na perspectiva dos profissionais. Foram investigados os critérios de alta utilizados pelas instituições (Caps-AD), pelos profissionais e as dificuldades encontradas durante o processo de alta. A metodologia foi qualitativa, por meio de entrevistas em profundidade realizadas com dezesseis profissionais atuantes em cinco Caps-AD de São Paulo. O recrutamento ocorreu por bola de neve, e o material foi transcrito e submetido à análise de conteúdo. Observou-se que não há uma padronização e clareza dos critérios de alta nos Caps-AD. Os profissionais consideraram como critérios de alta: mudança no padrão de uso da substância, reinserção social, melhora no funcionamento psicológico e nas habilidades de enfrentamento do indivíduo e alcance dos objetivos estabelecidos. As maiores dificuldades encontradas foram divergências na equipe, onipotência dos profissionais, dificuldades relativas ao rompimento dos vínculos, dependência institucional, instabilidade dos pacientes e dificuldades na articulação com a rede de saúde. Os resultados expressam a complexidade e a amplitude da questão da alta em Caps-AD, uma vez que o processo é caracterizado pela articulação das dimensões sociais, econômicas, políticas, subjetivas e institucionais.

PALAVRAS-CHAVE Alta do paciente. Transtornos relacionados ao uso de substâncias. Saúde mental.

ABSTRACT *The aim was to understand how the discharge process of patients at the Psychosocial Care Centers for Alcohol and Drugs (Caps-AD) occurs, from the professionals' perspective. The discharge criteria used by the institutions (Caps-AD), by the professionals and the difficulties encountered during the discharge process were investigated. The methodology was qualitative, through in-depth interviews carried out with sixteen professionals working in five Caps-AD at São Paulo. The recruitment was by snowball technique, and the material was transcribed and subjected to content analysis. It was observed that there is no standardization and clarity of the discharge criteria at the Caps-AD. The professionals considered as discharge criteria: change in the pattern of use of the substance, social reintegration, improvement in psychological functioning and coping skills of the individual and achievement of established goals. Most of the difficulties encountered were the differences in the team, professionals' omnipotence, difficulties related to the rupture of the bonds, institutional dependence, patient instability and difficulties in health*

¹Universidade Anhembi Morumbi (UAM) – São Paulo (SP), Brasil.

²Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Núcleo de Pesquisa em Saúde e Uso de Substâncias (Nepsis) – São Paulo (SP), Brasil.



network articulation. The results express the complexity and amplitude of the discharge issue in Caps-AD, since the process is characterized by the articulation of social, economic, political, subjective and institutional dimensions.

KEYWORDS *Patient discharge. Substance-related disorders. Mental health.*

Introdução

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, que teve início em meados dos anos 1970, foi fortemente influenciada pelo movimento sanitário, que reivindicava novos modelos de atenção à saúde e revisão das práticas de cuidado, defendendo, também, o protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços no processo de saúde coletiva¹. Ela surge, sobretudo, como tentativa de superação dos problemas relativos à violência asilar e como crítica ao modelo hospitalocêntrico vigente na época, no qual a alta do paciente era improvável de acontecer. A Lei nº 10.216, de 2001, redirecionou a assistência em saúde mental, estabelecendo que a clientela de longa permanência será alvo de política específica. A lei discorre sobre a regulamentação dos direitos de pessoas portadoras de transtornos mentais e a proibição de internação em estruturas asilares².

Na perspectiva de ampliação da assistência em saúde mental, institui-se, em 2011, a Rede de Atenção Psicossocial (Raps), com o intuito de efetivar a transição do modelo exclusivamente hospitalar para a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de drogas, sendo o Centro de Atenção Psicossocial (Caps) um desses dispositivos de cuidado³.

O Caps é um dos principais equipamentos de saúde mental da nova rede assistencial. Em 2012, foi criado o Caps-AD (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas), com objetivo de oferecer tratamento aos usuários com problemas relacionados ao uso e à dependência de

álcool e outras drogas. As ações de cuidado propostas em sua criação são: atendimentos individuais e em grupo, atendimentos para desintoxicação no contexto ambulatorial, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimentos à família, atividades comunitárias e de reinserção social. As práticas objetivam a desconstrução do estigma frente ao tratamento, o desenvolvimento de práticas de lazer e o fortalecimento de vínculos⁴.

Apesar de ser um modelo moderno e inovador de atenção à saúde mental, uma das críticas mais comumente feitas aos Caps diz respeito a quanto a sua amplitude pode tornar-se encarcerante e, com isso, repetir um dos aspectos do modelo anterior à reforma psiquiátrica, que refere-se à institucionalização do sujeito.

Um dos objetivos do tratamento no Caps é o desenvolvimento da autonomia do sujeito, a reconstrução dos laços familiares e sociais e o acompanhamento no processo de reinserção social dos seus usuários. A função do Caps é favorecer a articulação, a circulação e a inserção de seus usuários em seus territórios de relações, lugares e possibilidades, portanto, ele não deve se tornar o único lugar para um usuário. Sendo um serviço produtor de projetos de vida, deverá escapar do perigo de se tornar a vida de seus usuários. A alienação da técnica e a impossibilidade de alta apresentam-se como alguns dos perigos gerados no interior do próprio dispositivo⁵.

A terminologia ‘alta’, no contexto da saúde, está fortemente relacionada com a intervenção médica. Segundo o ‘Pequeno Dicionário de Termos Médicos’⁶⁽²²⁾, “dar alta a doente significa dar-lhe como capaz de sair da enfermaria,

curado, apto a viver fora do hospital”. O processo de alta do paciente não tem sido objeto de investigação sistêmica na literatura nacional, tendo poucos achados em pesquisa feita na literatura internacional⁷.

Embora os modelos de tratamento dos transtornos relacionados ao uso de substâncias de outros países não sejam semelhantes aos serviços assistenciais ofertados pelos Caps-AD, constatou-se que alguns programas de tratamento dos Estados Unidos defendem que a retenção de um ano de tratamento é necessária para o alcance de mudanças comportamentais positivas. Este estudo também observou que a alta prematura do paciente está relacionada a um risco maior para infecções sexualmente transmissíveis, aumento da taxa de mortalidade por overdose e aumento do risco de morte relacionada com a droga logo após a alta hospitalar⁸. Fica evidente a necessidade de cuidar desse processo de forma a minimizar os problemas decorrentes da persistência do uso, mas também de contextos de risco onde vivem os usuários. Outro estudo americano sobre a transição do tratamento residencial para ambulatorial apontou algumas prescrições no plano de alta: uso de medicamentos, incorporação da fé e/ou orações, recomendações de abstinência do álcool e outras drogas, participação nos programas de AA (Alcoólicos Anônimos) e NA (Narcóticos Anônimos) e programas de tratamento na comunidade⁹. Uma pesquisa brasileira sobre a evolução do consumo entre 131 usuários de crack admitidos em uma enfermaria de desintoxicação em São Paulo, apesar de não tratar diretamente do processo de alta, concluiu que a recorrência e a persistência do consumo nos anos pós-alta de tratamento refletem novas modalidades de uso¹⁰.

Os atendimentos de usuários de drogas no Caps-AD e em toda rede de saúde e assistência ainda contam com a complexidade dos paradigmas que orientam as políticas e práticas profissionais nessa área. As políticas e os programas relacionados à redução de danos objetivam a diminuição dos danos à saúde, sociais e econômicos, que estão relacionados

ao consumo de álcool e outras drogas, podendo ou não coibir o uso¹¹. Já o paradigma da abstinência, também presa por cuidados de saúde, no entanto, define que a meta de resultado possível para o tratamento é deixar de usar¹². Tais divergências ideológicas e teóricas podem interferir diretamente no processo de alta do paciente, pois os critérios podem ser pensados a partir dos pressupostos que defendem. Na perspectiva da abstinência, cujo trabalho é orientado para remissão dos sintomas, a abstinência deve ser alcançada para que seja dada a conduta de alta. Enquanto na política de redução de danos, mais relacionada com a produção de saúde, autonomia e cuidado de si, a abstinência pode ser uma meta a ser alcançada, desde que seja pactuada com o paciente, e não imposta, porém, não é a condição essencial para a alta¹².

O contexto social e político da cidade de São Paulo é atravessado por diversas questões relativas à criação e à modificação de políticas públicas. Os níveis municipal, estadual e federal nem sempre convergem para as mesmas diretrizes. Em 2014, na região central de São Paulo conhecida como cracolândia, foi implementado o Programa De Braços Abertos (DBA), por meio do Decreto nº 55.067, de 28 de abril de 2014. O Programa tinha como principais diretrizes a atenção à saúde, com políticas de redução de riscos e danos, de prevenção do uso de drogas, de tratamento e da assistência social, além da oferta de alimentação, hospedagem e acesso a atividades ocupacionais e à renda por meio de frentes de trabalho e de qualificação profissional¹³. No mesmo território, havia instalado também o Programa Recomeço, do Governo do Estado, instituído em 9 de maio de 2013, através do Decreto nº 59.164, com o objetivo de promover ações de prevenção, tratamento e reinserção social, acesso à justiça e cidadania e de redução de situações de vulnerabilidade social e de saúde aos usuários de substâncias psicoativas¹⁴. Portanto, em 2015, momento em que a presente pesquisa foi feita, havia diferentes modelos acerca da oferta de cuidado aos usuários de drogas propostos

pela Prefeitura e pelo Governo do Estado. Atualmente, o Programa DBA foi substituído pelo Programa Redenção, que inicialmente teve como foco a internação dos usuários e o fim da Cracolândia, demonstrando como a disputa política por modelos de cuidado aos usuários de crack ainda é presente. Em 2019, o atual prefeito instituiu a Política Municipal sobre Álcool e outras Drogas de São Paulo¹⁵, mesma época da Nova Política Nacional sobre Drogas, que foi instituída por meio do Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019. A política nacional não dá ênfase às estratégias de redução de danos e apoia, inclusive financeiramente, o desenvolvimento e a estruturação de novas comunidades terapêuticas, além de defender que o tratamento tenha como objetivo que os usuários se mantenham abstinentes com relação ao uso de drogas¹⁶.

Diante desse contexto complexo da oferta de serviços e diferentes políticas vigentes, seria fundamental ter clareza sobre critérios de alta do paciente fundamentais de serem respeitados. No entanto, foi constatada importante lacuna na literatura sobre as especificidades da alta e o fim do tratamento da dependência, principalmente no equipamento Caps-AD, demonstrando não haver critérios claros e estabelecidos quanto à indicação de alta dentro desse dispositivo. É de grande relevância a problematização da questão da alta de pacientes, para que profissionais e usuários do serviço vislumbrem o término do tratamento no Caps-AD como algo possível, ampliando o processo de reinserção social dos seus usuários para evitar a produção de outras formas de institucionalização do sujeito, não condizentes com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica.

Dessa forma, este estudo buscou compreender como ocorre o processo de alta de pacientes no Caps-AD, na perspectiva dos profissionais. Foram investigados os critérios de alta utilizados pelas instituições (Caps-AD), pelos profissionais e as dificuldades encontradas durante o processo de alta. Os resultados podem contribuir para ampliar o conhecimento sobre os transtornos relacionados ao uso de

substâncias, possibilitando uma reflexão que poderá orientar a prática dos profissionais atuantes nessa clínica e auxiliar no planejamento, na elaboração e no desfecho de projetos terapêuticos. A reflexão sobre esse assunto se torna relevante, pois trata-se de um tema que gera diversos questionamentos dentro da instituição Caps-AD, tanto dos profissionais quanto dos usuários do serviço.

Metodologia

Delineamento de pesquisa

Estudo de abordagem qualitativa, cuja coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas individuais em profundidade, com profissionais que atuavam em Caps-AD da cidade de São Paulo, no ano de 2015.

Tal método foi escolhido por possibilitar a compreensão de um fenômeno social, pela atribuição de significado por cada um dos agentes envolvidos com relação ao problema investigado¹⁷. Além disso, possibilita a elucidação de novas hipóteses relacionadas ao tema ao final de uma pesquisa¹⁸.

Procedimentos e instrumentos de coleta de dados

A pesquisa foi realizada a partir de uma amostra intencional, composta por profissionais do Caps Álcool e Drogas. Os critérios adotados para a inclusão foram: trabalhar em Caps-AD de qualquer região da cidade, de ambos os sexos e ser membro da equipe técnica. Foram entrevistados profissionais de Caps-AD provenientes de três regiões da cidade, o que possibilitou a heterogeneidade dos participantes.

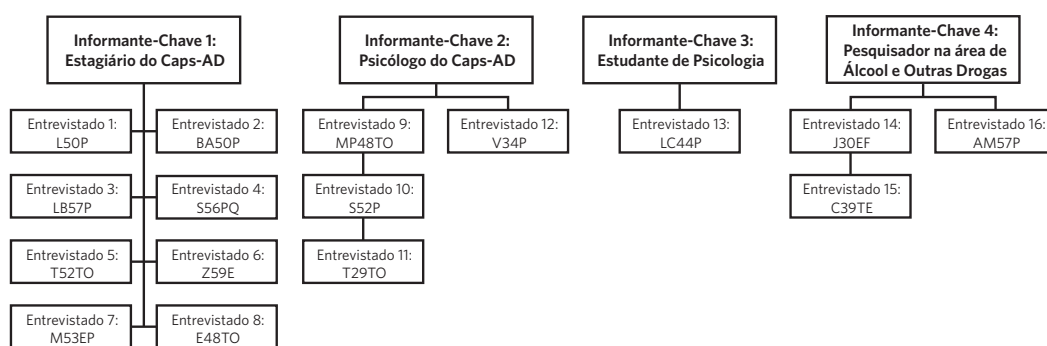
Os entrevistados foram recrutados por meio da técnica 'bola de neve', para que, através de uma rede de contatos de alguns participantes, fosse possível o alcance de outros, utilizando indicações em cadeia para realização da coleta

de dados¹⁹. Portanto, os primeiros entrevistados foram responsáveis por indicar outros participantes, que, por sua vez, indicaram outros. Foram feitas oito entrevistas em uma única unidade de Caps-AD, devido ao fácil acesso que os entrevistadores tiveram aos profissionais dessa unidade. Entre 19 das indicações feitas, três profissionais se recusaram a participar da

pesquisa, por motivos pessoais.

Foram formadas quatro cadeias de participantes, a partir das indicações de quatro informantes-chave iniciais, como mostra a *figura 1*. Os informantes-chave possuíam conhecimento sistematizado e/ou experienciado sobre a população de estudo, sendo que cada uma delas possuía uma origem particular.

Figura 1. Esquema das formações das cadeias para recrutamento dos participantes do estudo



Fonte: Elaboração própria.

A coleta de dados foi feita por meio de entrevistas semiestruturadas em profundidade²⁰. As entrevistas foram feitas por dois pesquisadores (alunos do último período da graduação em Psicologia). Os temas que contextualizaram o roteiro de entrevista foram os seguintes: conceito de alta de paciente para o profissional; critérios de alta; dificuldades encontradas no processo; contraindicações para a alta e critérios para um tratamento bem-sucedido.

As entrevistas ocorreram em ambientes que garantissem a privacidade do entrevistado e a gravação do áudio. Algumas foram realizadas em horário de trabalho, e os profissionais solicitaram que o tempo fosse encurtado.

Procedimentos éticos

A pesquisa foi iniciada somente após aprovação do Comitê de Ética da Universidade Anhembí Morumbi (parecer 1.133.706).

Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A identificação dos participantes, assim como os dados pessoais, conteúdos coletados e os serviços aos quais os voluntários estão vinculados foram mantidos em total sigilo. Todos os voluntários foram comunicados sobre o caráter voluntário e o direito a desistência de sua participação.

Análise de dados

Após a realização da coleta de dados, foram criados códigos alfanuméricos para a identificação dos participantes, utilizando seu nome, idade e profissão. Todas as entrevistas foram submetidas à Análise de Conteúdo, que contempla uma série de técnicas para a análise das comunicações, através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo²¹.

Todos os dados foram organizados de acordo

com as etapas de pré-análise e codificação propostas por Bardin²¹. Foi utilizado o *software* NVivo para organização dos temas de análise.

Resultados

Caracterização dos participantes

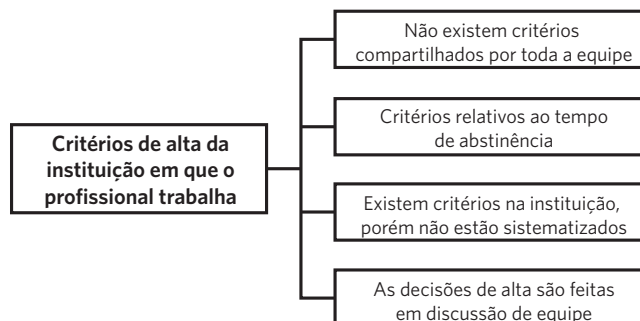
Foram entrevistados 16 profissionais, de cinco Caps-AD diferentes, com a seguinte formação: Psicólogos (n=7), Terapeutas Ocupacionais (n=4), Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem (n=3), Médico Psiquiatra (n=1) e Educador Físico (n=1), que trabalham em diferentes unidades de Caps-AD, de três regiões da cidade de São Paulo (Sul, Sudeste e Leste). As idades dos entrevistados

foram: até 30 anos (n=2), de 31 a 40 anos (n=2), de 41 a 50 anos (n=2) e de 51 a 60 anos (n=10), sendo 3 do sexo masculino e 13 do sexo feminino. A maioria dos profissionais trabalhava em Caps-AD há mais de dez anos (n=9), alguns trabalham entre seis e dez anos (n=2) e os demais trabalham entre um ano e meio e cinco anos (n=5).

Categorização do conteúdo

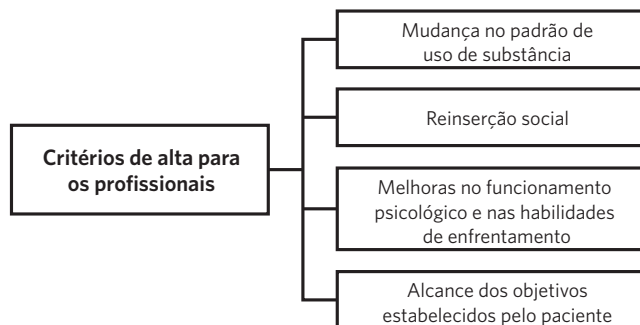
Foram definidos três grandes temas de análise: critérios de alta na instituição em que o profissional trabalha, critérios de alta para os profissionais e dificuldades no processo de alta. A partir da definição desses temas, o conteúdo das entrevistas foi analisado e classificado em categorias e subcategorias, como representam as *figuras 2, 3 e 4*.

Figura 2. Categorias do tema 'Critérios de alta da instituição em que o profissional trabalha'



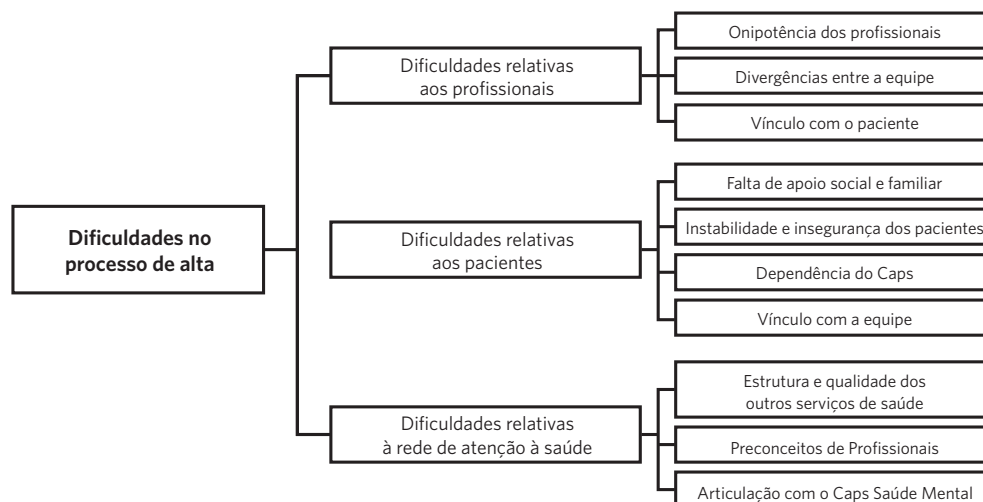
Fonte: Elaboração própria.

Figura 3. Categorias do tema 'Critérios de alta para os profissionais'



Fonte: Elaboração própria.

Figura 4. Categorias do tema 'Dificuldades no processo de alta'



Fonte: Elaboração própria.

Crítérios de alta da instituição em que o profissional trabalha

Pôde-se observar uma relativa variação de critérios utilizados no momento da alta, porém, de acordo com os entrevistados, nenhuma instituição possui critérios consolidados ou algum tipo de protocolo a ser utilizado no processo.

De acordo com os relatos, “*não existem critérios de alta compartilhados por toda a equipe*” nas instituições em que os profissionais trabalham. A inexistência de critérios compartilhados por toda a equipe está relacionada às divergências em virtude de aspectos morais dos profissionais, divergências que surgem a partir do referencial teórico dos técnicos, bem como discordâncias entre as estratégias terapêuticas de redução de danos e abstinência total.

Acho que todas as equipes que eu já trabalhei, também em outros Caps, a gente tinha algumas divergências, justamente porque algumas pessoas se apegam muito no critério médico, algumas pessoas querem encaixar dentro de um perfil, outras pessoas acham que é muito mais flexível essa forma de enxergar. [...] Também, alguns

acabam se pegando mais pelo tempo, outros... Outros, mesmo havendo um pequeno uso ainda, preferem manter... é difícil, é muito relativo. (T29TO).

Os “*critérios relativos ao tempo de abstinência*”, preestabelecidos pela equipe profissional de um determinado Caps, pontuam sobre a necessidade de o paciente ficar no mínimo seis meses abstinente, para somente após esse período ser cogitada a sua alta.

A equipe entende que, para o paciente, seis meses é um tempo suficiente de abstinência. Claro que tem casos e casos. Teve pacientes com seis meses já, que a equipe prorrogou um pouco mais. (C29TE).

Já nos relatos de outros profissionais, encontrou-se a afirmação de que “*existem critérios na instituição, porém, eles não estão sistematizados*”:

Olha, vou te dizer que a gente possui alguns critérios, mas não são tão claros, né? Ela vai muito de cada profissional. (V34P).

Vale ressaltar que alguns entrevistados afirmaram que, apesar de não haver critérios de alta sistematizados e consensuais entre os profissionais, “*as decisões de alta são feitas em discussão de equipe*”, a partir de uma avaliação proposta para cada caso.

Não existem critérios fechados, estabelecidos. Normalmente, quando se vai dar alta, é uma discussão em equipe, ou pelo menos em uma miniequipe com as pessoas que são referências mais próximas do paciente. (S56PQ).

Crítérios de alta de paciente para os profissionais

Buscou-se neste estudo apresentar a diversidade de critérios descritos como indicativos da alta, sem a pretensão de agrupá-los em forma de manual ou classificá-los por grau de importância ou ordem hierárquica, em virtude do caráter dinâmico do fenômeno e da multiplicidade de fatores relatados.

Muitos dos critérios de alta relatados preconizam a ocorrência de “*mudanças no padrão de uso da substância*”, porém, são encontrados pontos de vistas divergentes entre os profissionais entrevistados: abstinência total independentemente da substância utilizada; abstinência total apenas para dependentes do álcool; abstinência total desde que essa seja uma meta do paciente ou a constatação de uma redução de danos relativos ao uso.

[...] porque o sujeito tem que conseguir ficar abstinente. Pra mim, isso é uma meta: que o sujeito fique abstinente, tanto do álcool como das drogas, aqui do lado de fora do hospital. (S56PQ).

O critério é o cara conseguir reduzir o uso da droga, conseguir reduzir o uso de uma droga muito mais prejudicial, mais forte, por uma outra mais leve. (LC44P).

A categoria ‘reinserção social’ foi relatada por todos os profissionais como um critério,

portanto, parece ser um cuidado mais consensual e importante ao se considerar o processo de alta. Os entrevistados descreveram, dentro do aspecto da reinserção social, uma diversidade de condições que podem orientar o alcance desse objetivo, tais como: ter uma rede de apoio, ampliação das relações, construção de um projeto de vida, retorno às atividades cotidianas, retorno ao trabalho e aos estudos, ter moradia e melhora nas relações familiares.

E aí, ele vai... e onde vão acontecendo os encaminhamentos, ele vai pra um curso, volta pra escola, começa a trabalhar, e aí ele vai reduzindo cada vez mais o espaço dele aqui no tratamento e cada vez mais aumentando o seu espaço na sociedade, na comunidade, retomando suas atividades. E aí até o ponto de ter alta. (V34P).

Os entrevistados também consideraram como critério de alta o desenvolvimento de habilidades e atitudes que possibilitam um melhor ajustamento social e emocional do indivíduo. Dada a diversidade de orientações teóricas dos profissionais, as respostas foram categorizadas como “*melhoras no funcionamento psicológico e nas habilidades de enfrentamento*”. Foram relatadas: autoaceitação, autocuidado, melhora da autoestima, diminuição do sofrimento, mudanças de conceitos, percepção dos ganhos e das mudanças, reconhecimento de sentimentos, diminuição de comportamentos de dependência, capacidade de realização, autonomia e estrutura para enfrentamento:

Quando ele, assim, tá equilibrado. Isso não significa que os problemas acabaram, não, mas que ele se sente capaz de lidar com esses problemas sem fazer o uso daquela substância. (LB57P).

Acho que é quando esse sofrimento diminui, quando essa relação que o sujeito estabelece com a vida fica um pouco menos sofrida, quando ele consegue entender o mundo interno dele e o externo de uma maneira um pouco mais saudável. (T52TO).

Alguns entrevistados defenderam que deve haver participação do paciente no processo de decisão da alta, sendo que esta deve ser tomada em comum acordo entre equipe e paciente. Nessa perspectiva, a alta é uma construção feita a partir do “*alcance dos objetivos estabelecidos pelo paciente*”, e os critérios de alta são construídos pelo próprio paciente e não pelos profissionais do Caps.

O critério de alta quem vai acabar dando é o próprio usuário na hora que ele achar que está suficientemente bem para caminhar sozinho. (LC44P).

Segundo os profissionais, há um grande número de casos no Caps-AD caracterizados pela presença de comorbidades psiquiátricas, que, muitas vezes, exigem parcerias com outros equipamentos de saúde, de forma a possibilitar diferentes formas de manejo e tratamento, concomitantemente ao tratamento da dependência química. Assim, para proposição de alta para pacientes com essa condição, é necessário que a comorbidade esteja estabilizada:

[...] ele precisa estar mais tranquilo e estabilizado. Se ele tiver alguma comorbidade, estar estável, e acho que ele precisa ter estabelecido novos vínculos. (S56PQ).

Dificuldades no processo de alta

As dificuldades que surgem no momento de propor a alta envolvem características relacionadas aos profissionais, aspectos da dinâmica dos pacientes e dificuldades na articulação entre o Caps e a rede de apoio no momento do encaminhamento do paciente.

Alguns entrevistados destacaram questões ligadas à “*onipotência dos profissionais*”, justificando que alguns profissionais consideram que o cuidado que é ofertado por eles é que mantém o paciente estável. Outras dificuldades referem-se aos problemas que surgem a partir

das “*divergências entre a equipe*”, podendo resultar na retenção dos pacientes.

Às vezes, da nossa onipotência de achar que ele não vai ser feliz fora daqui ou ele não vai ser tão bem tratado fora daqui ou de que eu vou garantir que ele não use. (MP48TO).

Já teve ‘n’ [várias] discussões, ‘n’ conversas sobre isso. Tem posições bem diferentes, mesmo na equipe. (M53EP).

O “*vínculo*” foi apontado como um fator importante para o sucesso do tratamento, mas que pode se tornar, também, um dificultador para a proposição da alta, quando o profissional ou o paciente, em virtude do vínculo positivo estabelecido, expressa resistência à finalização do tratamento.

Enquanto equipe, a gente acaba muito falando sobre o vínculo com o paciente, e isso acaba sendo o fator pra você não dar alta pro paciente, eu acho. Então, assim, o paciente tá vinculado, o paciente tá bem, dificilmente ele vai se vincular a outro lugar. (LB57P).

A “*falta de apoio social e familiar*”, que, muitas vezes, permeia as condições de um dependente de substâncias psicoativas, também foi apontada como um dificultador para a alta:

you propor alguma coisa pra alguém numa situação de vulnerabilidade e alguém que tem minimamente um local pra se estabelecer. Eu acho que isso também é um peso, nesse quesito, nessa avaliação. (AM57P).

Os entrevistados também relataram a “*instabilidade e insegurança dos pacientes*” como uma questão que dificulta o processo de alta e que, muitas vezes, provoca recaídas no comportamento de uso.

[...] outra dificuldade acho que tem a ver com o próprio perfil dos pacientes... uma característica dessa clínica, que é a instabilidade. Que às vezes

a gente tá começando a falar de alta e o paciente recai. (BA52P).

Muitas vezes, a dependência é deslocada da substância para a instituição ou para as relações que são estabelecidas durante o tratamento, configurando um outro tipo de dependência, descrita pelos profissionais como “*dependência do Caps*”:

Nessa clínica, eu acho que tem, assim, muitas vezes a questão dos terapeutas acabarem entrando no lugar das substâncias, então acaba tendo uma relação de dependência com a gente também. (LE50P).

As dificuldades de articulação na rede de apoio psicossocial estiveram atreladas à “*estrutura e qualidade dos outros serviços de saúde*”, com a falta de profissionais de especialidades em saúde mental, falta de continuidade do tratamento, má qualidade dos atendimentos, devido à alta demanda das Unidades Básicas de Saúde (UBS), e até mesmo à falta de investimento público.

Eu acho que a principal questão é da rede não conseguir dar a continuidade, muitas vezes, necessária no acompanhamento de saúde mental, pensando mais no ponto de vista da psicoterapia e acompanhamento ambulatorial, né, do ponto de vista medicamentoso. (E48TO).

Os “*preconceitos de profissionais*” da saúde aparecem como um complicador nos momentos de encaminhamento, segundo alguns entrevistados, pois muitos profissionais, principalmente da atenção básica, agem de forma preconceituosa com pacientes usuários de álcool e outras drogas, dificultando, assim, o processo de vinculação do paciente com esses outros serviços.

Muitas vezes, diante da existência de comorbidades, torna-se necessário o encaminhamento de um paciente para o “*Caps Saúde Mental*”. Alguns profissionais descreveram dificuldades na “*articulação com o Caps Saúde*

Mental” e que a justificativa para não receberem esse paciente é de que, se o indivíduo fez ou ainda faz uso de substâncias, ele deve ser tratado no Caps Álcool e Drogas.

Um paciente, por exemplo, que tem comorbidade, que tem um quadro psicótico e uso de substância... Muitos param de usar a substância, mas são pacientes que precisam de um acompanhamento pra vida, né? E aí, na rede, esse é um nó. Equipamento de Saúde mental pra paciente psicótico é um abacaxi. Então, a gente mantém o paciente aqui. Às vezes, faz alguma parceria com o Caps Saúde Mental, quando é possível. Muitos Caps de Saúde Mental têm uma resistência grande de absorver o paciente que tem o histórico de uso de substância. (BA52P).

Discussão

Os resultados deste estudo apontam a inexistência de um protocolo descritivo com critérios de alta nas instituições em que os profissionais trabalham, em virtude de divergências entre os próprios membros da equipe e outras dificuldades encontradas ao longo do processo. Apesar dessas divergências, que impossibilitam uma padronização, observou-se que, individualmente, os profissionais utilizam-se de diversos critérios para pensar o processo de alta.

A falta de consenso quanto aos critérios de alta possivelmente ocorre por fatores múltiplos: formação do profissional, aspectos pessoais e da subjetividade deste e também pelas influências dos paradigmas ideológicos/teóricos da ‘redução de danos’ e ‘abstinência’. Tais pressupostos ideológicos têm fomentado um largo debate acerca dos benefícios e danos das diferentes concepções de políticas públicas com relação ao modelo de atenção à saúde dos usuários¹².

Como não há clareza sobre os critérios de alta, as orientações ideológicas e teóricas passam a ser substantiais para sua difinição. Tais diferenças remetem a pontos fundamentais a serem esclarecidos institucionalmente,

no entanto, possivelmente, seria mais benéfico para o paciente se os critérios pudessem ser pautados em pontos concordantes pela equipe, havendo registro deles. Talvez assim os critérios pudessem ser mais claros e comparilhados no âmbito institucional. Já no âmbito acadêmico, as pesquisas, como a realizada por Onocko-Campos, Furtado, Trapé e colaboradores²², podem ser aprofundadas para elaborações de critérios de avaliação do Caps. Nessa pesquisa, os autores construíram indicadores para avaliação de diversos aspectos do serviço, sendo que muitos estão relacionados aos fatores que facilitam a alta do paciente, como a formação de rede e o alinhamento da equipe.

Todos os entrevistados consideraram que a mudança no padrão de uso de drogas não deve ser o único fator, mas que outras condições se fazem necessárias, sendo a reinserção social um critério defendido por todos os entrevistados. A importância desse tema refere-se à consideração de que a dependência produz diversas consequências no contexto social e das relações: isolamento, rompimentos, desfiliação face a pessoas, lugares, circunstâncias, instituições, atividades e comprometimento das relações do indivíduo²³. A reinserção social se refere à possibilidade de convívio do sujeito com seus familiares, pares, amigos e demais membros da sociedade, tendo como base os preceitos construídos pela Reforma Psiquiátrica²⁴. Também se constitui como um dos objetivos do Caps-AD a reinserção social dos usuários, através da utilização de recursos intersetoriais. Na prática, a articulação do Caps com outros setores encontra inúmeros desafios. Para que ela ocorra, é necessário transpor as diferentes lógicas territoriais de atendimento, a escassez de instituições públicas que possam dar suporte à vulnerabilidade dos usuários, as divergências paradoxais aos mecanismos asilares presentes na iniciativa privada (hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas). Desta forma, a rede de atenção deve ser integral e intersetorial, com vários níveis, modalidades de atenção e dispositivos (tanto públicos quanto privados e não

governamentais sem fins lucrativos, atores comunitários, usuários etc.), para continuidade do cuidado no âmbito comunitário, que contemple as necessidades das pessoas e suas particularidades socioculturais²⁵.

A presente pesquisa também demonstrou uma diversidade de critérios, aqui agrupados e nomeados como ‘melhoras no funcionamento psicológico e nas habilidades de enfrentamento’, que são indicativos para alta. Essa pluralidade de conceitos presentes nos discursos dos profissionais demonstra que os objetivos do tratamento no Caps são caracterizados por diversas perspectivas teóricas. Assim, o processo de alta contempla uma avaliação de cada caso, através da consideração do conceito de subjetividade aplicado ao campo da saúde mental, em que são questionados os equipamentos sociais, as práticas e os discursos orientados para uma modelagem e serialização da subjetividade²⁶.

Os conceitos descritos pelos pesquisados se relacionam com os fatores protetivos individuais descritos pela literatura, como: autoimagem positiva, capacidade de criar e desenvolver estratégias ativas na forma de lidar com problemas, autoeficácia, autoconfiança, habilidades sociais e interpessoais e controle emocional²⁷. Destaca-se a importância das habilidades emocionais como estratégia de enfrentamento, pois estudos apontam que o estado emocional negativo pode ser o mais forte preditor de recaída. Portanto, a consideração desses critérios se refere ao desenvolvimento de um repertório de meios e estratégias que o indivíduo pode utilizar para evitar recaída em certos comportamentos que fazem parte do quadro da dependência²⁸. Cabe ressaltar que a recaída é um fenômeno comum entre os usuários de substâncias psicoativas e faz parte do próprio processo de tratamento, apesar de ser de difícil manejo. Estratégias voltadas para o desenvolvimento de habilidades sociais e emocionais contribuem para o desenvolvimento da capacidade do indivíduo de manejar essa situação, pois os sentimentos negativos, problemas nos relacionamentos interpessoais e a baixa tolerância à frustração são potenciais desencadeantes da recaída²⁹.

Um dos objetivos do trabalho no Caps é a produção do protagonismo do sujeito e sua participação na construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), que deve considerar as necessidades de saúde de cada usuário, não excluindo suas opiniões, seus sonhos, seu projeto de vida, buscando uma ampliação do atendimento e da apropriação do processo saúde-doença²⁴. Portanto, segundo os entrevistados, a construção do processo de alta também deve considerar o alcance dos objetivos estabelecidos pelo próprio paciente. Essa perspectiva fundamenta e orienta a desconstrução das práticas de institucionalização, garantido o lugar social do sujeito e transformando-o em um protagonista, desejante, construtor de projetos, de cidadania e de subjetividade³⁰.

Os resultados deste estudo apontaram algumas dificuldades no processo de alta, sendo algumas relativas aos próprios profissionais, outras relacionadas ao paciente e também dificuldades relativas à rede de atenção à saúde. Segundo os profissionais entrevistados, um dos aspectos dos quais resulta a retenção dos pacientes no Caps-AD é a fantasia de onipotência de alguns profissionais, com a consequente crença de que outros profissionais ou outros equipamentos de saúde não são capazes de prestar os devidos atendimentos. Nota-se com os resultados que não apenas o paciente necessita de auxílio para ser preparado para a alta, mas parece ser fundamental para a própria equipe buscar apoio mútuo para trabalhar as dificuldades e angústias que surgem no processo.

Apesar de o vínculo ser uma condição essencial para o processo terapêutico e para o tratamento no Caps, em algumas situações, ele pode produzir dificuldades no desenvolvimento do processo de alta do paciente. Segundo os profissionais, a equipe não promove a alta por supor que o paciente não se vinculará a outro lugar ou porque, em muitas situações, ao receber o comunicado da alta, o paciente lida com um sentimento de abandono e

insegurança, constituindo, dessa forma, uma dependência do equipamento e/ou dos profissionais. Na perspectiva psicanalítica, essa dinâmica de dependência dos profissionais ou da instituição pode ser compreendida como um deslocamento do investimento da energia psíquica da droga para o cuidador. Nessas situações, surge um fenômeno clínico descrito como 'relacionamento adictivo', que refere-se a uma espécie de dependência patológica com relação ao outro³¹. Dessa forma, dependência do outro se presentifica em forma de amor, pois, para muitas pessoas, amar e ser amado é o que mais importa na vida. Portanto, tais indivíduos são constantemente acometidos pelo medo de perder o amor, desenvolvendo, assim, uma dependência dos demais, que podem privá-los desse amor³².

A rede em saúde mental e o nível de vulnerabilidade desses pacientes também merecem ser considerados para compreender as dificuldades encontradas no processo de alta. O Caps é considerado um serviço estratégico, articulador e organizador de uma rede de atenção sobreposto a várias instâncias de um território, incluindo a atenção básica³³. Desta forma, para a proposição da alta de pacientes, torna-se necessária a articulação com outros equipamentos de saúde, sobretudo com a atenção primária. As queixas relacionadas aos maus atendimentos, a limitações do tempo de serviços prestados aos pacientes e falta de profissionais de saúde mental são os principais empecilhos relatados pelos entrevistados. Suas críticas se estendem ao estigma que alguns profissionais da atenção básica apresentam. Quando os usuários são estigmatizados pelos profissionais, tal aspecto pode se tornar um impedimento à formação de vínculos, uma vez que eles são responsabilizados por sua condição, vistos como perigosos, violentos, sendo desvalorizados sobre a possibilidade de conseguirem ter sucesso no tratamento³⁴. Quando o usuário internaliza tais julgamentos, a crença na autoeficácia desse indivíduo fica rebaixada, aumenta-se o seu isolamento social e reduz-se a busca de ajuda³⁵.

O encaminhamento do paciente para os serviços de tratamento para transtornos mentais severos e persistentes também gera problemas no momento de se pensar a alta, pois, segundo os entrevistados, se há um histórico de uso de substâncias (mesmo que tenha cessado), o Caps Adulto entende que o Caps-AD é o equipamento de saúde onde esse usuário deve ser prioritariamente acompanhado. Em virtude disso, para os profissionais entrevistados, a estabilidade da comorbidade é um critério importante para o processo de alta, em virtude da complexidade dos casos e da necessidade de articulação com a rede de saúde mental. As pesquisas vêm demonstrando que a co-ocorrência do uso de substâncias e desordem mental faz com que existam baixas taxas no que se refere ao término do tratamento, se comparados com indivíduos que têm somente o problema do uso de substâncias, o que indica que a presença de comorbidades interfere diretamente no processo de alta³⁶.

A partir do presente estudo, foi possível discutir diversos aspectos dos fenômenos que entremeciam as propostas de alta no Caps-AD, mesmo havendo escassez de estudos brasileiros anteriores referentes ao tema em específico. O método do estudo e a coleta de dados através de entrevistas em profundidade permitiram uma aproximação significativa do tema investigado, que resultou em um entendimento amplo e consistente da problemática a partir da experiência profissional dos participantes, que, em sua grande maioria, atuam no tratamento dos transtornos por uso de substâncias desde a implantação dos serviços do Caps-AD.

No entanto, durante o desenvolvimento da pesquisa, surgiram elementos que se apresentaram como limitações da ampliação dos resultados: limitações de tempo de entrevista por alguns participantes; a predominância de profissionais da psicologia; pouca diversidade na cadeia de indicações. Outros estudos merecem ser feitos com pacientes, gestores e com equipes completas

desses profissionais, a fim de suprimir as dificuldades e limitações que emergiram neste estudo e para atingir novas perspectivas de resolução da questão.

Conclusões

Este estudo constatou que não há uma padronização e clareza dos critérios de alta nas instituições em que os entrevistados trabalham. Há divergências importantes entre os profissionais, no entanto, foi constatado que a indicação de alta deve considerar a mudança no padrão de uso das substâncias, a reinserção social dos usuários, uma melhora no funcionamento psicológico do indivíduo, através do desenvolvimento de recursos internos para enfrentamento de dificuldades, e a consideração do alcance dos objetivos estabelecidos pelo próprio paciente.

As dificuldades encontradas durante o processo de alta podem estar associadas ao manejo dos profissionais, seja em virtude da divergência com os demais membros da equipe ou em virtude do vínculo estabelecido com o paciente. Outras dificuldades encontradas referem-se à situação social e familiar do paciente, à própria dinâmica de dependência da instituição e da relação com os profissionais e à insegurança, que dificulta o desenvolvimento da autonomia. A falta de suporte e articulação com os demais equipamentos da rede de saúde também foi apontada como um fator dificultador do processo de alta.

Considerando as evidências levantadas, sugere-se que a alta não deve ser entendida como uma desvinculação absoluta e vitalícia do paciente com relação ao equipamento de saúde, mas a partir das possibilidades de circulação e ocupação de outros espaços sociais. Essa concepção de alta é congruente com o movimento vigente, baseado nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, mas encontra dificuldades em sua aplicação ao se

deparar com a realidade do sistema de saúde atual. Talvez o processo de alta possa ser pensado a partir dessa concepção quando os profissionais estiverem articulando a Raps com maior eficácia e de acordo com o que é preconizado pelas políticas públicas, com a garantia do atendimento às demandas dos sujeitos e da integralidade nas práticas de saúde. Sugere-se, também, que as equipes dos Caps possam ser ativas para esclarecer procedimentos adotados como processo de alta, buscando convergências teóricas e apoios institucionais para além do seu equipamento, que beneficiem o perfil de paciente atendido no território.

Colaboradores

Silva LLP (0000-0002-7880-811X)* contribuiu para a escrita do projeto de pesquisa, pesquisa de campo, análise de dados e escrita da primeira versão deste manuscrito, além da finalização do artigo. Almeida AB (0000-0002-6300-8670)* contribuiu o projeto de pesquisa, pesquisa de campo, análise de dados e escrita da primeira versão do artigo. Amato TC (0000-0002-1860-1010)* participou da orientação do projeto desde a sua concepção, incluindo as fases de coleta de dados, análise, escrita e discussão dos resultados. Todos os autores revisaram e aprovaram a versão final do trabalho. ■

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.028, de 1 de Julho de 2005. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. Diário Oficial da União [internet]. 1 Jul 2005 [acesso em 2019 fev 1]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html.
2. Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de Abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União [internet]. 9 Abr 2001 [acesso em 2019 fev 7]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União [internet]. 6 Abr 2011 [acesso em 2019 fev 2]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

4. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial [internet]. Brasília, DF: MS; 2004 [acesso em 2019 fev 4]. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf.
5. Ribeiro AM. Uma reflexão psicanalítica acerca dos CAPS: alguns aspectos éticos, técnicos e políticos. *Psicol. USP* [internet]. 2005 [acesso em 2019 fev 2]; 16:33-56. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642005000300003&lng=en&nrm=iso&tln=pt.
6. Poliusuk J, Goldenfeld S. *Pequeno Dicionário de Termos Médicos*. 4. ed. São Paulo: Atheneu; 1998.
7. Iankilevich E, Lima AFBS, Szobot CM. Alta em psicoterapia de orientação psicodinâmica. In: Cordoli AV. *Psicoterapia: abordagens atuais*. Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 138-150.
8. Mitchell SG, Morioka R, Reisinger HS, et al. Redefining Retention: Recovery from the Patient's Perspective. *J. of Psycho. Drugs* [internet]. 2011 [acesso em 2019 mar 10]; 43(2):99-107. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3160714/>.
9. Carter RE, Haynes LF, Back SE, et al. Improving the Transition from Residential to Outpatient Addiction Treatment: Gender Differences in Response to Supportive Telephone Calls. *The Americ. J. of Drug and Alcohol Abuse* [internet]. 2008 [acesso em 2019 mar 10]; 34(1):47-59. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18161643>.
10. Dias AC, Araujo MR, Laranjeira R. Evolução do consumo de crack em coorte com histórico de tratamento. *Rev. Saúde Pública* [internet]. 2011 [acesso em 2019 mar 12]; 45(5):938-948. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rsp/v45n5/2567.pdf.
11. Alves VS. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2009 [acesso em 2019 mar 12]; 25(11): 2309-2319. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n11/02.pdf>.
12. Passos EH, Souza TP. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. *Psicol. Soc.* [internet]. 2011 [acesso em 2019 mar 20]; 23(1):154-162. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v23n1/a17v23n1.pdf>.
13. Teixeira MB, Lacerda A, Ribeiro JM. Potencialidades e desafios de uma política pública intersectorial em drogas: o Programa “De Braços Abertos” de São Paulo, Brasil. *Physis* [internet]. 2018 [acesso em 2019 ago 5]; 28(3):e280306. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312018000300601&lng=en&nrm=iso.
14. São Paulo. Decreto nº 59.164, de 09 de maio de 2013. Institui o Programa Estadual de Enfrentamento ao Crack, denominado Programa Recomeço, e dá providências correlatas [internet]. 9 maio 2013 [acesso em 2019 ago 5]. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/2013/decreto-59164-09.05.2013.html>.
15. São Paulo (Cidade). Lei nº 17.089, de 20 de maio de 2019. Institui a Política Municipal sobre Álcool e outras Drogas, no Município de São Paulo [internet]. 20 Maio 2019 [acesso em 2019 ago 5]. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a1/sp/s/sao-paulo/lei-ordinaria/2019/1708/17089/lei-ordinaria-n-17089-2019-institui-a-politica-municipal-sobre-alcool-e-outras-drogas-no-municipio-de-sao-paulo>.
16. Brasil. Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019. Aprova a Política Nacional sobre Drogas [internet]. 11 Abr 2019 [acesso em 2019 ago 5]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm.
17. Creswell JW. *Projeto de pesquisa – Métodos quantitativos, qualitativos e mistos*. Porto Alegre: Artmed; 2010.
18. Vergara SC. *Projetos e relatórios de pesquisa em ad-*

- ministração. São Paulo: Atlas; 1998.
19. Dewes JO. Amostragem em bola de neve: e Respondent-Driven Sampling: uma descrição dos métodos [monografia] [internet]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2013. 52 p. [acesso em 2019 maio 5]. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/93246/000915046.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
 20. Manzini EJ. A entrevista na pesquisa social. São Paulo: Didática; 1990/1991.
 21. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 1977.
 22. Onocko-Campos R, Furtado JP, Trapé TL, et al. Indicadores para avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial tipo III: resultados de um desenho participativo. *Saúde debate* [internet]. 2017 [acesso em 2019 fev 5]; 41(esp): 71-83. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41nspe/0103-1104-sdeb-41-nspe-0071.pdf>.
 23. Ganev E, Lima WL. Reinserção social: processo que implica continuidade de cooperação. *Rev. Serviço Soc. Saúde* [internet]. 2011 [acesso em 2019 mar 6]; 10(11):113-129. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/1380>.
 24. Paranhos-Passos F, Aires S. Reinserção social de portadores de sofrimento psíquico: o olhar de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. *Physis* [internet]. 2013 [acesso em 2019 maio 5]; 23(1):13-31. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v23n1/02.pdf>.
 25. Costa PHA, Ronzani TM, Colugnati FAB. “No papel é bonito, mas na prática...” Análise sobre a rede de atenção aos usuários de drogas nas políticas e instrumentos normativos da área. *Saúde soc.* [internet]. 2017 [acesso em 2019 set 2]; 26(3):738-750. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v26n3/0104-1290-sausoc-26-03-00738.pdf>.
 26. Torre EHG, Amarante P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2001 [acesso em 2019 maio 27]; 6(1): 73-85. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n1/7026.pdf>.
 27. Schenker M, Minayo MCS. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2005 [acesso em 2019 maio 7]; 10(3):707-717. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a27v10n3.pdf>.
 28. Marlatt A, Gordon J. Prevenção da Recaída: estratégia e manutenção no tratamento de comportamentos aditivos. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
 29. Albuquerque R, Rossana CR, Nappo SA. Reasons to crack consumption relapse. Users’ perspective. *J. bras. psiquiatr.* [internet]. 2018 [acesso em 2019 ago 3]; 67(3):194-200. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852018000300194.
 30. Pinto DM, Jorge MSB, Pinto AGA, et al. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. *Texto contexto – enferm.* [internet]. 2011 [acesso em 2019 abr 6]; 20(3):493-502. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n3/10.pdf>.
 31. Gurfinkel D. Adicções: paixão e vício. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2014.
 32. Freud S. Sobre los tipos libidinales. In: Byck, R. *Obras Completas de Sigmund Freud*. Madrid: Biblioteca Nueva; 1981.
 33. Chiavagatti FG, Kantorski LP, Willrich JQ, et al. Articulação entre Centros de Atenção Psicossocial e Serviços de Atenção Básica de Saúde. *Acta paul. enferm.* [internet]. 2012 [acesso em 4 abr 2019]; 25(1):11-17. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000100003.
 34. Ronzani TM, Noto AR, Silveira PS. Reduzindo o estigma entre usuários de drogas: guia para profissionais e gestores. Juiz de Fora: UFJF; 2015.

35. Ferreira JT, Engstrom EM. Estigma, medo e perigo: representações sociais de usuários e/ou traficantes de drogas acometidos por tuberculose e profissionais de saúde na atenção básica. *Saúde soc.* [internet]. 2017 [acesso em 2019 abr 4]; 26(4):1015-1025. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902017000401015&lng=pt&nr=iso.
36. Pinho HP, Oliveira MA, Almeida MMA. Reabilitação psicossocial na atenção aos transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas: uma estratégia possível?. *Rev. Psiquiatr. Clín.* [internet]. 2008 [acesso em 2019 abr 7]; 1(35):82-88. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v35s1/a17v35s1.pdf>.

Recebido em 25/02/2019

Aprovado em 11/08/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve