

Realengo
Terapia Ocupacional
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro

Camila Fontes de Souza

**Os desafios da Reabilitação Psicossocial
em um CAPS-AD no município do Rio de
Janeiro.**

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO RIO
DE JANEIRO

REALENGO

CAMILA FONTES DE SOUZA

**OS DESAFIOS DA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL EM UM CAPS-AD NO
MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO.**

Rio de Janeiro

2022

CAMILA FONTES DE SOUZA

**OS DESAFIOS DA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL EM UM CAPS-AD NO
MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Terapia Ocupacional.

Orientadora: Neli Maria Castro de Almeida

**Rio de Janeiro
2022**

CAMILA FONTES DE SOUZA

OS DESAFIOS DA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL EM UM CAPS-AD NO
MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO.

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Terapia Ocupacional.

Aprovado em: ___/___/___

Banca examinadora

Prof. Neli Maria Castro de Almeida (Orientadora - IFRJ)

Prof. Mariana Morette Pan (Membro Titular - IFRJ)

Prof. Roberta Pereira Furtado da Rosa (Membro Titular - IFRJ)

Prof. Susana Engelhard Nogueira (Membro Suplente - IFRJ)

AGRADECIMENTOS

Primeiro quero agradecer a Deus por ter me permitido chegar até aqui. O caminho não foi fácil, mas com a ajuda de anjos que Ele colocou comigo, eu consegui.

Dedico este trabalho à minha família, que estiveram ao meu lado em todos os momentos, que viram de perto essa caminhada. Não foi nada fácil, viram todo o meu sofrimento e me acalmaram e mesmo assim não pararam de acreditar em mim.

Tenho que agradecer a minha cunhada e sua família. Sem ela, grande parte disso não estaria acontecendo. Ela muitas vezes me tirou da cama e fez tudo acontecer, falando que estava ali ao meu lado. Sua família mais que especiais sempre estão preocupados comigo.

Quero agradecer a amigos distantes que sempre torceram por mim. Outro anjo que não posso deixar de falar é a Eninha, que chegou e deu um sacode em tudo, mesmo no final fez toda a diferença pra mim.

Por fim, mas não menos importante, quero deixar um agradecimento especial para minha orientadora Neli, que foi muito mais que isso. Foi uma amiga, que me ouvia, quando eu precisava desabafar.

Muito obrigada!

RESUMO

Este trabalho tem por objetivo analisar os desafios da Reabilitação Psicossocial em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas - CAPS AD, em um contexto de violência e precarização da vida em periferias urbanas.

Ao longo deste trabalho, buscou-se responder às seguintes perguntas: a) Como o CAPS AD lida com os desafios da reabilitação psicossocial em contextos de grande violência nas periferias urbanas?; b) Como a Redução de Danos atravessa as práticas de cuidado no CAPS AD?; c) O CAPS AD alcança de forma efetiva os seus territórios de pertencimento?

A metodologia está estruturada a partir de um Relato de Experiência em um contexto de estágio curricular, e na sequência foi realizada uma revisão da literatura dialogando com os seguintes temas: Reabilitação Psicossocial, história do CAPS, reinserção familiar, social e comunitária, redução de danos e atividades de inclusão social pelo trabalho. Identificou-se a importância de problematizar o tema do consumo abusivo de álcool e outras drogas no campo da saúde pública, ressaltando os desafios para a rede pública de saúde mental.

Foi possível verificar que esta instituição pode contribuir positivamente para com a sociedade, e beneficiar os seus usuários, apesar de limitações dadas pelos contextos sociais e econômicos.

Palavra-chave: Caps Ad. Álcool e Drogas; Política Pública; Reabilitação Psicossocial;; Saúde mental, Redução de Danos

ABSTRACT

This study aims to analyze the challenges of Psychosocial Rehabilitation in a Psychosocial Care Center for Alcohol and Other Drugs - CAPS AD, in a context of violence and precariousness of life in urban peripheries.

Throughout this work, we sought to answer the following questions: a) How does CAPS AD deal with the challenges of psychosocial rehabilitation in contexts of great violence in urban peripheries?; b) How does Harm Reduction cross care practices at CAPS AD?; c) Does CAPS AD effectively reach its territories of belonging?

The methodology is structured from an Experience Report in the context of a curricular internship, and then a literature review was carried out, dialoguing with the following themes: Psychosocial Rehabilitation, CAPS history, family reintegration, social and community, harm reduction and social inclusion activities through work. The importance of problematizing the issue of abusive consumption of alcohol and other drugs in the field of public health was identified, highlighting the challenges for the public mental health network.

It was possible to verify that this institution can contribute positively to society, and benefit its users, despite limitations given by social and economic contexts.

Keyword: Caps Ad. Alcohol and Drugs; Public policy; Psychosocial Rehabilitation;; Mental health, Harm Reduction

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ARD	Agente de Redução de Danos
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
IFRJ	Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro
PAIUAD	Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas
PLC	Projeto de Lei Complementar
PTS	Projeto terapêutico singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de Danos
RP	Reabilitação Psicossocial
SUS	Sistema Único de Saúde
TO	Terapia Ocupacional

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	10
1. INTRODUÇÃO	13
1.1 Objetivo	18
1.2 Objetivo Geral	18
1.3 Objetivos Específicos	18
1.4 Metodologia	18
2. O CONCEITO DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL	20
2.1 Uma breve história dos CAPS	21
3. Discussão	23
3.1 CAPS Ad e Reinserção Social, Familiar e Comunitária	23
3.2 CAPS Ad e Redução De Danos	24
3.3 CAPS Ad e Atividades de inclusão social pelo trabalho	26
4. CONCLUSÃO	28
REFERÊNCIAS	31

APRESENTAÇÃO

A inspiração para este trabalho surgiu a partir do meu estágio em um CAPS AD no município do Rio de Janeiro durante a minha formação profissional no Curso de Graduação em Terapia Ocupacional, realizado no Instituto Federal de Educação no Rio de Janeiro. Por meio deste estágio e mediante minha experiência em outros variados dispositivos da rede, tive contato com pacientes que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas e pude vivenciar seu sofrimento físico e psíquico durante as crises de abstinência, ou quando a experiência prejudicial com substâncias tóxicas começava a interferir na vida pessoal e econômica. Neste momento, me interessei por saber mais sobre a atuação dos CAPS AD na redução dos danos na vida destes pacientes.

Para o desenvolvimento desta pesquisa, embasada na metodologia do meu Relato de Experiência, busquei mostrar ao máximo os pontos que mais me chamaram atenção, os desafios da reabilitação psicossocial, buscando assim na revisão literária embasamento para minhas questões.

Durante o meu estágio no CAPS tive alguns usuários que acompanhei por mais tempo, que produziram algumas indagações e perplexidades para mim, fazendo com que eu os estudasse mais detidamente, pois achei que seria importante na trajetória da minha formação profissional.

Portanto, este Trabalho de Conclusão de Curso buscou sistematizar e aprofundar os temas que surgiram nesta experiência. As questões que emergiram foram: a) Como o CAPS AD lida com os desafios da reabilitação psicossocial em contextos de grande violência nas periferias urbanas? b) Como a Redução de Danos atravessa as práticas de cuidado no CAPS AD? c) O CAPS AD alcança de forma efetiva os seus territórios de pertencimento

Minha experiência em um CAPS AD III no município do Rio de Janeiro teve início em 2019 de forma conturbada, pois inicialmente o tema da saúde mental não me atraía. Nessa época, eu apresentava preferência por Terapia Ocupacional Hospitalar e Infantil. No primeiro dia de estágio, minha orientadora me informou que eu não seria estagiária dela, mas sim do Centro de Atenção Psicossocial. Inicialmente esta informação me deixou confusa, pois eu não sabia ao certo minha função no CAPS. Até que em determinado momento, minha orientadora me indicou que eu acompanhasse a pessoa que estava fazendo os acolhimentos iniciais. Foi nesse momento que comecei meus primeiros atendimentos e me interessei muito pela saúde mental.

Procurei acompanhar todos os atendimentos possíveis, visitas domiciliares, conhecer o território e a família do usuário. Compreender a situação de moradia do mesmo sempre me chamou atenção, pois isto nos informa muito sobre sua dependência em substâncias tóxicas e sobre como ele chegou naquela situação.

Vivenciei muitas realidades distintas das que estava acostumada e surpreendentemente percebi que estas podem ocorrer com pessoas próximas a nós, tais como vizinhos, pessoas em situação de miséria vivendo nas adjacências de locais onde frequentamos, entre outros. Durante o estágio, tive contato com pessoas sofrendo com a fome, miséria, drogas e toda esta realidade ocorria paralelamente a pessoas com melhores condições econômicas gastando dinheiro em shoppings próximos ao local onde outras, no mesmo território, não possuem kits básicos para sobrevivência. Esse contraste era desconcertante para mim.

Nesse estágio, semanalmente a equipe multidisciplinar do CAPS se reunia para debater sobre os pacientes mais críticos e sobre o contexto político/social/econômico direcionado à saúde mental.

Tive diversas experiências no CAPS, acho que podemos dizer que eu era a curiosa do estágio e que queria estar em todos os lugares ao mesmo tempo. Acompanhei diversos grupos e oficinas, como a oficina de geração de renda(que eram feitos alimentos), oficina de artesanato, grupo de mulheres, entre outros.

Essa riqueza de experiências me permitiu desconstruir vários preconceitos que abrigava, perceber que consigo acolher esses pacientes que lidam diariamente com situações adversas, e oferecer minhas capacidades profissionais para tentar prover uma melhor qualidade de vida para esses pacientes.

Ao final do meu estágio, notei que essa era a área da Terapia Ocupacional que eu desejava seguir. E após a graduação e a especialização com residência vou poder auxiliar ainda mais os pacientes.

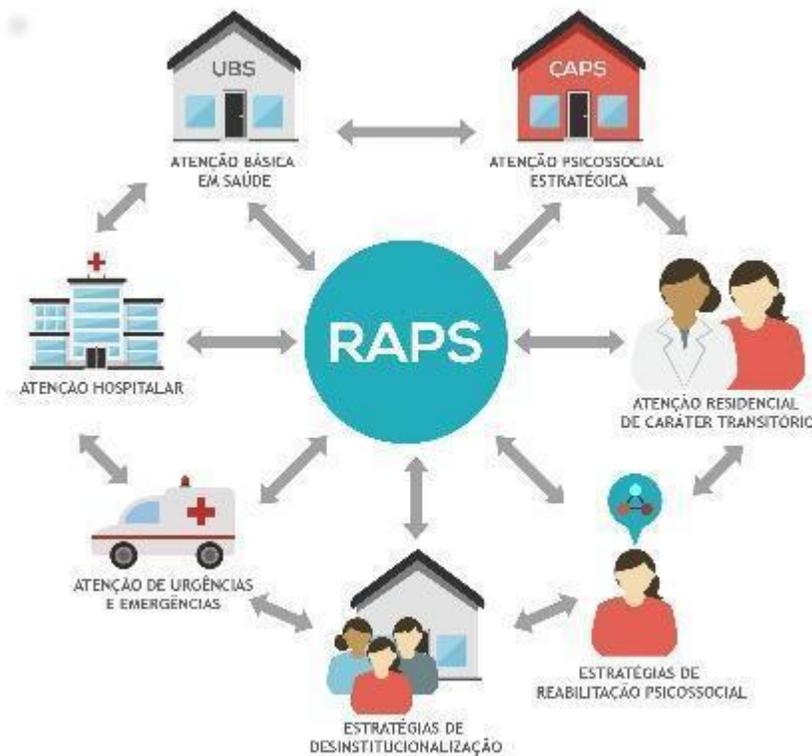
1 .INTRODUÇÃO

O uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas vem sendo foco de grande preocupação mundial, sendo considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma doença crônica e recorrente, com sérias consequências pessoais e sociais(MEDEIROS; ET AL, 2013)

O uso de drogas é amplamente difundido, e podemos ver isso no estudo da (ONU, 2020) onde consta que opióides são mais utilizados e que aumentou 71% o número de óbitos causados por essa substância. Adolescentes e jovens são mais suscetíveis a essa substância, já que os mesmos são mais vulneráveis e seus cérebros estão em desenvolvimento. Já na pandemia, a ONU ainda não tem como ter total conhecimento dos seus efeitos, porém, é sabido que o aumento do desemprego afeta desproporcionalmente os mais pobres, fazendo com que eles sejam mais vulneráveis ao uso e às atividades ilícitas de comercialização de drogas. RAPS é uma Rede de Atenção Psicossocial caracterizada pela atenção humanizada, onde a mesma possui uma base comunitária e territorial respeitando os direitos humanos e a liberdade das pessoas, sendo assim substituindo o modelo asilar. Vejamos:

A construção de uma rede comunitária de cuidados é fundamental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. A articulação em rede dos variados serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico é crucial para a constituição de um conjunto vivo e concreto de referências capazes de acolher a pessoa em sofrimento mental. Esta rede é maior, no entanto, do que o conjunto dos serviços de saúde mental do município. Uma rede se conforma na medida em que são permanentemente articuladas outras instituições, associações, cooperativas e variados espaços das cidades (Ministério da Saúde, 2005, p. 25).

Observa-se que tem como sua finalidade a criação, ampliação e a articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas no SUS (Fig 1).



Objetivos gerais da RAPS:

- 1) Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população geral;
- 2) Garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências;
- 3) Promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção. (BRASIL; 2011)

Objetivos específicos da RAPS, temos:

- 1) Promover cuidado em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (crianças, adolescentes, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas);
- 2) Promover mecanismo de formação permanente aos profissionais de saúde;
- 3) Monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção;
- 4) Prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas;
- 5) Promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com o transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na

sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária;
 6) Reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas;
 7) Regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da RAPS;
 8) Desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil;
 9) Produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede; (BRASIL; 2011)

Já os CAPS são Centros de Atenção Psicossocial voltados ao atendimento de pacientes com transtornos mentais adquiridos ou não. São subdivididos em:

- a. CAPS I: que é direcionado ao atendimento infantil
- b. CAPS II: para transtornos adquiridos ou não da saúde mental
- c. CAPS AD: para tratamento de usuários de álcool e outras drogas
- d. CAPS III: com leito noturno
- e. CAPS AD III: CAPS AD com leito noturno. (BRASIL, 2011)

Já de acordo com os estudos de (SAMPAIO, 2010) os CAPS não constituem apenas um tratamento específico para doentes mentais, eles tentam prevenir a rotulação, o estigma e a cronificação que esses pacientes sofrem. Suas principais diretrizes, são vejamos:

- 1) Combate ao estigma e ao preconceito;
- 2) Desenvolvimento de atividades no território, favorecendo a inclusão social;
- 3) Garantia de acesso de qualidade dos serviços, oferecendo cuidado integral e assistência multiprofissional sob lógica interdisciplinar;
- 4) Respeito aos direitos humanos, garantindo autonomia e liberdade;
- 5) Estratégia de Redução de Danos;
- 6) Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
- 7) Atenção humanizada e centrada em cada necessidade;
- 8) Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
- 9) Possui como eixo central a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS). (BRASIL; 2011)

Os Centros de Atenção Psicossocial, são espaços físicos de acolhimento aos pacientes usuários de álcool e drogas, nos quais existe uma equipe multiprofissional interdisciplinar voltada à redução de danos e reabilitação destes pacientes. Fazem parte desta equipe: enfermeiros, psiquiatras, psicólogos, terapeuta ocupacional, assistente social, nutricionista, musicoterapeuta, entre outros. Na proposta do CAPS, os

diferentes profissionais discutem entre eles o caso de cada paciente com o objetivo de ter uma análise global do indivíduo e tomar condutas mais adequadas e interligadas. Observa-se que o atendimento ao paciente é individualizado seguindo o Projeto Terapêutico Singular (PTS), o qual é o eixo central da RAPS.

O Ministério da Saúde diz que o CAPS AD possui como objetivos: oferecer atendimento à população (com atividades terapêuticas e preventivas para a comunidade, dando atendimento diário aos usuários, dentro da lógica de redução de danos, respeitando a área de abrangência definida); oferecer condições de repouso e desintoxicação ambulatorial para aqueles que necessitem; gerenciamento dos casos com cuidados personalizados; garantir atendimento intensivo, semi-intensivo e não intensivo; prestar cuidados aos familiares; promover a reinserção social dos usuários, por intermédio de diversas ações (trabalho, lazer, cultura e educação da população), utilizando recursos intersetoriais, como, educação, esporte e cultura, sempre em conjunto para montar estratégias para o enfrentamento dos problemas.

Os CAPS AD trabalham em conjunto com outros dispositivos de saúde mental (ambulatórios, leitos em hospitais gerais, hospitais-dia) e com dispositivos assistenciais da rede de atenção básica de saúde (Programa Saúde da Família [PSF] e Programa de Agentes Comunitários de Saúde [Pacs])

Além disso, no Centro de Atenção Psicossocial existem oficinas de grupo, de geração de renda, de familiares, entre outras.

Aqui o (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021) traz em tabela, a quantidade de CAPS no Brasil:



Como se pode ver, atualmente o Brasil possui 2.742 (dois mil, setecentos e quarenta e dois) CAPS habilitados e que estão distribuídos em 1.845 (um mil, oitocentos e quarenta e cinco) municípios, em todos os Estados e no Distrito Federal.

O (MINISTÉRIO PÚBLICO, 2021) também traz como informação que apenas dois Estados (Mato Grosso e Rondônia) ainda não possuem serviços 24h (CAPS III ou CAPS AD III) habilitados e três (Acre, Roraima e Tocantins) não possuem CAPS infanto-juvenis habilitados. Em 2017 foi implantado o CAPS AD IV, para atendimento de usuários graves e intenso sofrimento do uso nocivo de substâncias psicoativas, principalmente o crack. Até então Mato Grosso do Sul, Minas Gerais e Rio Grande do Sul possuem CAPS AD IV habilitados, as unidades contam com plantão médico e equipe multiprofissional 24h.

Tabela com o N° de Caps AD no Brasil

ANO	CAPS AD	CAPS AD III	CAPS AD VI
2010	190	1	–
2011	201	6	–
2012	231	29	–
2013	256	47	–
2014	274	68	–
2015	289	85	–

2016	304	104	–
2017	316	110	–
2018	316	111	–
2019	319	121	3
2020	331	128	3
2021	337	127	3

TOTAL: 467 CAPS AD

A partir dos elementos caracterizados acima, buscando avançar nos estudos sobre a Reabilitação Psicossocial no âmbito de um CAPS Ad, este TCC definiu os seguintes objetivos e desenho metodológico:

1.1 Objetivo

1.2 Objetivo Geral

Analisar os desafios da reabilitação psicossocial em um CAPS AD, em um contexto de violência e precarização da vida em periferias urbanas.

1.3 Objetivos Específicos

Sistematizar o conceito de reabilitação psicossocial no contexto da reforma psiquiátrica;
 Discutir os dispositivos da reinserção familiar, da redução de danos e da inclusão social pelo trabalho;

Discutir as ações de Reabilitação Psicossocial do CAPS AD dentro da RAPS.

1.4 Metodologia

Este trabalho utilizou como metodologia: a revisão bibliográfica associada ao meu relato

de experiência que exemplifica tanto o papel do CAPS AD no cuidado do paciente com transtorno mental relacionado ao uso de álcool e outras drogas quanto a trajetória que uma Terapeuta Ocupacional pode ter em um CAPS AD.

Para (ANDRADE, 2010, p. 25) uma pesquisa de laboratório ou de campo implica, necessariamente, a pesquisa bibliográfica preliminar. A revisão bibliográfica acerca do CAPS AD permitiu realizar uma análise retrospectiva do seu surgimento e de como seu papel foi se estabelecendo na atenção à saúde. Foram revisadas portarias, blogs e artigos científicos acerca dos temas “CAPS AD e família”, “CAPS AD e geração de trabalho e renda”, “CAPS AD e redução de danos”.

. Por outro lado, o meu relato de experiência foi obtido a partir da minha experiência em um CAPS AD do município do Rio de Janeiro durante a graduação em Terapia Ocupacional.

Inclui a pesquisa BVS e a metodologia do Relato de Experiência. Para seguir no desenvolvimento do TCC, foi necessário aprofundar os estudos para melhor apreender a história do CAPS AD na Rede de Atenção Psicossocial, os conceitos de Reabilitação Psicossocial, de Redução de Danos e o Cuidado no Território.

2. O conceito de Reabilitação Psicossocial

A Reabilitação Psicossocial no Brasil, de acordo com Ana Maria Fernandes Pitta(1996) a história é recente, sendo tematizada no país há no máximo umas quatro décadas, no entanto muito já se fez em seu nome. De acordo com (PITTA, 1996- pg 19)

(...) A Reabilitação Psicossocial representa um conjunto de meios (programas e serviços) que se desenvolvem para facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes de Saúde Mental. Numa definição clássica da International Association of Psychosocial Rehabilitation Services. 1985, seria “ o processo de facilitar ao indivíduo com limitações a restauração, no melhor nível possível de autonomia de suas funções na comunidade...

Trazendo mais a discussão acerca da RP, temos também a definição de (SARACENO, 2001) que são estratégias para aumentar as trocas de recursos e afetos, ampliando os espaços de negociação entre usuários, famílias, profissionais, comunidade e serviços que se ocupam do mesmo. Sob essa ótica se estabelece o aspecto fundamental para abordagem e sustentar o modelo da RP.

(KINOSHITA, 2016) pressupõe que no âmbito social, as trocas usualmente ocorrem a partir de um valor previamente designado a cada sujeito e este valor confere o seu poder contratual. O mesmo autor fala que este valor pressuposto é concebido de maneira negativa às pessoas em sofrimento psíquico, inviabilizando o poder contratual dos mesmos.

Desta forma indica que um dos compromissos da RP é possibilitar a reconstrução de tais valores e com isso ampliando o poder contratual dos sujeitos. Como amparo para esta reflexão, o autor Saraceno(1998) tem como premissa a produção de valor com a possibilidade de produção de sentido de vida, de existência e de ser.

Para a terapia ocupacional, é muito importante a realização de atividades que tenham sentido para o sujeito ou ainda, construir com estes novos sentidos que amparem sua existência no mundo, ou seja:

A realização de atividades procede da experiência vivida, fornece experiências e vivências, ampliando esses campos, e permite aos sujeitos agirem sobre seu próprio meio. Mediante as atividades podemos mergulhar

na significação dos gestos e das ações e estabelecer relação com aspectos materiais. Esse fazer está ligado também aos valores espirituais de sujeitos e grupos e pode representar o processo cultural de um grupo social, apresentando-se como um fator ativo de organização social (CASTRO; LIMA; BRUNELLO, 2001, p. 50)

2.1 Uma breve história dos CAPS

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) surgiram, no Brasil, na década de 1980, e foram regulamentados em 1992 através da Portaria MS 224/92. (BRASIL, 1992) Para (SOUZA, 2014) visava garantir um cuidado de base territorial e serem serviços substitutivos aos hospitalares, oferecendo cuidado intensivo ao portador de sofrimento psíquico. Conforme vemos aqui:

Esse serviço foi inaugurado (...) com a proposta de atendimento a pacientes com transtornos mentais, em especial, psicóticos e neuróticos graves. Para PITTA (1994): constitui-se num espaço paradigmático de reabilitação psicossocial onde a ética presente está a serviço da ampliação de direitos e liberdades dos que ali transitam. (OLIVEIRA, 2002, pag. 105 – 106)

Mais precisamente no ano de 1987, surgiu em São Paulo o primeiro Centro de Atenção Psicossocial do Brasil. E em Santos no ano de 1989, foram criados os Núcleos de Apoio Psicossocial (NAPS) com assistência 24 horas por dia, os quais futuramente seriam categorizados como CAPS III. Posteriormente, os CAPS foram implantados em diversos municípios do país e estabeleceram-se como dispositivos estratégicos: para sobrepujar o modelo asilar no âmbito da reforma psiquiátrica e para o surgimento de um novo lugar social para as pessoas que vivenciaram sofrimento desencadeado por transtornos mentais, incluindo aquelas com necessidades relacionadas ao uso de outras drogas e de álcool.

A Portaria Ministerial nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, caracterizou as CAPS como unidades de:

(...) 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, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania social dos usuários e de suas famílias (Brasil, 2004).

De acordo com (BRASIL, 2011) os CAPS consistem em serviços de saúde de

porta aberta, ou seja, todos podem frequentar sem precisar de encaminhamento. Adicionalmente, possuem uma equipe multiprofissional que atua de forma interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental. Isto inclui pacientes dependentes de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial.

Ao se apresentarem como locais de referência de cuidado, promoção da vida, garantir o exercício da cidadania e a inclusão social de usuários e de familiares, os CAPS consistem em uma importante ferramenta de articulação da RAPS. Isto ocorre tanto de forma direta visando à promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, quanto em associação com as equipes de Saúde da Família e agentes comunitários de saúde, articulando e ativando os recursos existentes em outras redes nos territórios abrangidos.

A atenção ao paciente realizada no CAPS segue a proposta do Projeto Terapêutico Singular (PTS), o qual inclui em sua elaboração a participação do paciente, equipe multidisciplinar e família. Consecutivamente, este PTS fica a cargo do CAPS e/ou Atenção Básica de Saúde, o que permite um processo de coparticipação na gestão e acompanhamento longitudinal do caso (BRASIL, 2011). Determinadas atividades dos CAPS são realizadas individualmente, enquanto outras são em grupos, outras destinadas às famílias, outras são comunitárias e podem ocorrer no local do CAPS e/ou nos territórios e contextos reais de vida dos pacientes.

De acordo com (PEIXOTO et al, 2010) para o sucesso terapêutico, também é necessária a adesão do paciente ao tratamento. Esta é dependente da compreensão do paciente do objetivo /estratégia do tratamento e de uma rede de apoio que possa colaborar com os profissionais de saúde .

3. DISCUSSÃO

3.1 CAPS Ad e Reinserção Social, Familiar e Comunitária

O CAPS AD é um instrumento da RAPS voltado ao atendimento do paciente usuário de álcool e drogas que promove um atendimento multiprofissional e interdisciplinar com o objetivo de criar um Plano Terapêutico Singular (PTS) individualizado para a reabilitação de cada paciente. O objetivo final do CAPS AD é reduzir gradativamente a dependência química dos seus pacientes e oferecer ferramentas para que os mesmos possam ser reinseridos na sociedade, família e vida comunitária. Dentre estas ferramentas, podemos citar: oficinas de geração de renda, política de redução de danos, atividades diversas dentro da comunidade (esportes, plantação, etc), oficinas terapêuticas e os atendimentos individualizados.

No CAPS AD onde fiz estágio, a oficina de geração de renda funcionava semanalmente, tinha duração de uma a três horas e envolvia a produção de diversos alimentos, tais como: tapioca, geladinho, brigadeiro, entre outros. O momento da compra dos ingredientes, do qual participavam os profissionais do CAPS e os pacientes, era descontraído e leve a ponto de que os usuários sentiam-se mais à vontade para relatar suas histórias, percepções, medos com todos os presentes. Com isto, era possível realizar a clínica peripatética, ou seja, a clínica em movimento.

Os usuários sentiam-se motivados a produzir um alimento de qualidade, dedicando-se a cada passo da produção (desde anotar os pedidos até a preparação do alimento), pois, dessa forma, poderiam vender o produto não somente aos outros pacientes e profissionais do CAPS mas também nas adjacências. Isto promove um maior aporte financeiro aos pacientes, certa independência econômica para pequenas despesas e uma maior atenção com a higiene e o autocuidado para manipular os alimentos. (SANTOS et al, 2018) diz que estes aspectos, juntamente com o acordo feito de não usar álcool/drogas durante as oficinas, repercutiam em uma melhora no estado clínico e na inserção comunitária do paciente. Em um dos casos que acompanhei, o usuário sentia satisfação com a oficina de geração de renda, com os produtos que era

capaz de produzir e a renda que conseguia ao vendê-los, contudo, essa interação positiva que o mesmo tinha com a oficina, não foi suficiente para evitar um desfecho trágico na vida deste paciente.

Para (SANCHES, 2018) a reinserção social do usuário ocorre por meio de atividades nas quais este entra em contato com a comunidade, como oficinas de esporte, venda de alimentos produzidos, feiras, oficinas profissionalizantes, entre outros. Já a reinserção no ambiente familiar, ocorre por meio de atividades em conjunto com a família do paciente, realizadas tanto no ambiente do CAPS quanto no território do paciente, como por exemplo as dinâmicas de grupo.

Com isso entramos na perspectiva de (MÂNGIA e NICÁCIO, 2001), onde falam que esse é um ponto de orientação da prática da terapia ocupacional na atual configuração da assistência em saúde mental, residindo nos espaços reais da vida do sujeito e no envolvimento do mesmo em atividades de suas necessidades cotidianas.

Já (COSTA, ALMEIDA e ASSIS, 2015), consideram a Reabilitação Psicossocial o resultado da interação entre sujeito e contexto, ou seja:

(...)as intervenções da Terapia Ocupacional devem considerar a relação do usuário com o seu território, nas suas dimensões materiais e societárias, buscando criar possibilidades e recursos que efetivem sua entrada no circuito de trocas sociais (COSTA; ALMEIDA; ASSIS, 2015, p. 193).

3.2 CAPS Ad e Redução De Danos

A política de Redução de Danos (RD) consiste em reduzir progressivamente a dependência química de álcool e drogas, considerando manter a máxima segurança e a mínima agressão possível à saúde do paciente.

(GOMES, 2018) traz para a gente que a primeira vez em que se tem registro da prática de RD foi em 1926 na Inglaterra quando médicos receberam a orientação de prescrever morfina e heroína para pacientes que não possuíam condições de interromper o uso das drogas. Apenas em 1980, a RD foi implantada como estratégia no sistema de atenção à saúde nos países europeus, visando o refreamento da epidemia de AIDS e contaminação por hepatites que ocorriam frequentemente com usuários de drogas injetáveis devido ao compartilhamento de seringas. As primeiras práticas de RD no Brasil ocorreram em 1980 nas cidades de Salvador, Santos e Rio de Janeiro. Contudo, a RD apenas foi abordada como estratégia do SUS após o surgimento da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (PAIUAD) do Ministério da Saúde em 2003.

De acordo com (GOMES, 2018) nesta política, destaca-se o entrelaçamento dos serviços do SUS com as iniciativas de RD, principalmente com a RAPS nos CAPS e nos serviços de atendimento básico à saúde, como a estratégia de saúde da família

As estratégias utilizadas na política de RD incluem:

- Troca de seringas e material esterilizado: o oferecimento desses dispositivos traz resultados positivos quanto à RD e não provoca acréscimo na incidência de novos usuários. Além disso, usualmente ocorre em associação à troca de informações, testagem para HIV, aconselhamento, etc.

- Informações e aconselhamento: podem ser passadas ao paciente individualmente, em grupos, ou por meio de panfletos e outros materiais impressos.

- Kit de RD: pode estar composto de materiais diferentes de acordo com o público-alvo. Dentre seus componentes, existem: tratamento de feridas, preservativos, lubrificantes, cachimbos, agulhas, seringas, entre outros. Os kits são distribuídos de diversas formas, como: nas cenas de uso, espaços de cuidado ou grupos de ajuda mútua.

- Terapias de substituição: ocorre pela substituição da droga por outras medicações prescritas de forma controlada para o tratamento da dependência química. Um exemplo é o uso de metadona para o tratamento da drogadição por heroína. A

oferta desses medicamentos associada ao acesso à informação quanto ao seu uso tem sido uma maneira de prevenir o risco de overdose pela droga.

Os CAPS AD trabalham com a política de RD e utilizam diversas das estratégias citadas. (ALARCON, 2012) diz que não aceitam a implantação de leis proibicionistas, que a sua inserção é a principal motivação sanitária. É sabido que entre risco e dano, a diferença é que, risco se relaciona com as chances de que um evento possa ocorrer, já o dano é a ocorrência do próprio evento e seus desdobramentos. Logo o que um controle de riscos quer são, ações aptas para diminuir ao máximo de acontecer um dano. Porém quando o controle é inflexível, querendo extinguir completamente os danos, vira uma obsessão pelo controle absoluto. Observamos aí o que chamamos de 'moral neopreventivista' - Dessa moral entende-se que identificando a causa do risco, supõe ser possível extinguir os danos, ou seja, causa dos riscos = existência das drogas, extinguir os danos = eliminar as drogas. Em uma de minhas experiências durante o estágio, por exemplo, acompanhei a distribuição de preservativos feminino-masculinos e lubrificante em uma cena de uso. Nesse momento, observamos que o público feminino sentia-se menos inibido e obtinha uma grande quantidade de preservativo conosco, enquanto o público masculino era mais tímido e não tinha a mesma iniciativa. Outro exemplo de RD é o demonstrado em um dos casos que acompanhei no qual o paciente deixa de utilizar grande parte das drogas ilícitas e diminui o uso para um cigarro de maconha à noite para dormir.

3.3 CAPS AD e atividades de inclusão social pelo trabalho

Na política de RD existe um importante personagem que é o Agente de Redução de Danos (ARD). Este é um trabalhador voluntário, ou não, enquanto outros são ex-usuários e lideranças locais. O local de atuação do ARD pode variar desde os CAPS, passando pelo serviço de atenção básica em saúde até a atenção residencial de caráter transitório. Sua função consiste em mapear o território, determinar as cenas de

uso e a população-alvo, além de identificar as substâncias que são mais comumente utilizadas.

Grande parte das estratégias das políticas de RD efetuadas pelos ARDs visa usuários que sofrem com a estigmatização sócio-espacial e em situação de vulnerabilidade social. Dentre estes usuários estão: habitantes de regiões com uma precária infraestrutura, homoafetivos, trabalhadoras (es) do sexo e moradores de rua. Juntamente com seus cônjuges, e parceiros sexuais estes constituem a população mais usualmente assistida pelos ARDs.

De acordo com (GOMES, 2018) os usuários que estão em uma cena de uso de substâncias ilícitas têm dificuldade de confiar nos ARDs e em outros profissionais de saúde, pois se sentem intimidados pela polícia e pelo próprio contexto violento do tráfico de drogas. Nessas situações de abordagem na cena de uso, os ARDs têm como objetivo primordial a criação de um vínculo com o usuário, uma vez que a confiança é fundamental para compreensão da condição de saúde, entendimento do tratamento e adesão ao mesmo pelo paciente.

O trabalho dos ARDs bem como de todos os profissionais do CAPS AD analisa a singularidade da relação que o usuário tem com sua droga de escolha. A partir desta análise, é possível buscar estratégias terapêuticas com o usuário com a intenção de proporcionar saúde, respeito e dignidade à vida do paciente. Desta forma, o tratamento multiprofissional e interdisciplinar oferece, inclusive, autonomia, liberdade e corresponsabilização do sujeito pelo próprio tratamento.

Exemplos da minha experiência acerca da atuação dos ARDs e outros profissionais de saúde do CAPS nos territórios dos usuários foram: visitas domiciliares, visitas a pacientes em presídios, visitas a manicômios judiciários, busca ativa dos usuários através de telefonemas, visita às cenas de uso (cracolândia) para melhor compreensão do contexto do uso das drogas, entre outros.

4. CONCLUSÃO

Com o intuito de agregar positivamente, mediante o breve relato da minha experiência e conversando com pessoas da comunidade, pude perceber que o tema desta pesquisa é pouco divulgado em nossa sociedade.

O Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas é uma instituição que pode contribuir, e muito, para quem dela necessita e seus familiares. Como se observa aqui, vemos que o CAPS AD possui vários recursos como: a redução de danos, oficina de geração de renda, atividades de inclusão pelo trabalho, a reinserção social, familiar e pelo trabalho.

A população precisa conhecer a essa instituição para que seus benefícios sejam difundidos na sociedade e assim podendo ajudar uma maior parcela de usuário e famílias que precisam deste serviço.

Abaixo, trago algumas perguntas que considero relevantes, que são difíceis de se responder, mas que justificam ser abordadas para que todos os interessados pelo assunto, tenham apontamentos feitos a cada uma delas, o marco inicial para uma discussão mais ampla a respeito do tema:

- Como o CAPS AD lida com os desafios da reabilitação psicossocial em contextos de grande violência nas periferias urbanas?

O CAPS AD tem como desafio auxiliar o maior número de indivíduos possível dessa situação, podendo utilizar de acolhimento e convivência para (re) introduzi-los em um ambiente mais tranquilo onde haja a possibilidade de encontrar momentos de paz, com menos angústias e que seja possível o desenvolvimento e/ou aprimoramento de capacidade individuais, visando angariar recursos para a sua manutenção sem depender fortemente do Estado.

Trazendo à luz para os desafios sobre esse contexto, pode se dizer que a violência nas periferias urbanas é uma questão de saúde pública.

O que não faltará no dia a dia serão desafios e de todas as ordens. De forma geral, pode-se citar as condições por vezes precárias dos locais de atendimento para abrigar o corpo técnico e a ausência do Estado no tocante à manutenção do oferecimento estrutural.

Conforme as condições descritas resta para o CAPS AD se socorrer na própria sociedade local, convocando-a a participar diretamente dos trabalhos e técnicas aplicadas naqueles que precisam encontrar seu caminho de retorno ao convívio social. A questão da violência não pode ser vista somente como dano físico ou psicológico na sociedade, mas também a falta do Estado no tocante a suprir as necessidades básicas de quem vive nas periferias urbanas.

- O CAPS AD alcança de forma efetiva os seus territórios de pertencimento?

A portaria SAS/189, de 20 de março de 2002 (Brasil, 2004), decreta a portaria GM/336, criando, no âmbito do SUS, os serviços de atenção psicossocial para o desenvolvimento de atividades em saúde mental para pacientes com transtornos decorrentes do uso prejudicial e/ou dependência de álcool e outras drogas

Os CAPS AD devem ser adequados às realidades locais, aos contextos socioculturais e ao número previsto de profissionais das equipes e de usuários, familiares e pessoas das redes sociais. Cabendo também contemplar, a presença de residentes, de estagiários e de docentes considerando a importância dos CAPS, como cenário de práticas para os processos.

No meu relato aqui exposto, pode-se observar, várias atividades realizadas no território, junto com usuários (busca ativa, visitas domiciliares, venda de produtos confeccionados na oficina de geração de renda, entrega de medicação na residência, entre outras atividades)

- Como a Redução de Danos atravessa as práticas de cuidado no CAPS AD?

Podemos compreender que a redução de danos atravessa as práticas de cuidado no caps ad, pois de acordo com (ALARCON, 2012) não se aceita a implantação de leis proibicionistas, ao contrário disso, fornece estratégias que estimulem o autocuidado e a reflexão de uso de drogas, além de prevenir a transmissão

de doenças. Os usuários são acolhidos mesmo em situação de recaída, quando é possível ouvir e entender a dor deles, e as pequenas vitórias são comemoradas juntos por técnicos e pacientes.

Desta forma, este trabalho teve como finalidade analisar o CAPS AD como ferramenta de cuidado da RAPS, apresentar o conceito de reabilitação psicossocial, descrever seu histórico de criação e discutir suas estratégias de atuação. A riqueza de experiências me permitiu desconstruir vários preconceitos que abrigava, perceber que consigo acolher esses pacientes que lidam diariamente com situações adversas, e oferecer minhas capacidades profissionais para tentar prover uma melhor qualidade de vida para esses pacientes. O meu relato de experiência exemplificado aqui foi importante para ilustrar a reabilitação e reinserção social/familiar e comunitária dos pacientes. Visando também mostrar a redução de danos, a oficina de geração de renda, visitas domiciliares.

Concluimos que os CAPS vieram para substituir os modelos asilares, e foram implementados em vários municípios do país e se consolidaram como dispositivos estratégicos para a criação de um novo lugar social, para as pessoas com sofrimento, decorrentes de transtornos mentais, incluindo aquelas com necessidades relacionadas ao uso de álcool e outras drogas. (Ministério da Saúde, 2015)

Como Terapeuta Ocupacional, temos que realizar atividades com o usuário que seja pertinente para o mesmo, trazendo novos sentidos para sua vida.

A revisão bibliográfica permitiu uma compreensão mais aprofundada acerca dos temas aqui abordados.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA DA ONU DIZ QUE NÚMERO DE USUÁRIOS DE DROGAS CRESCERAM 30% EM 10 ANOS. **ONU news**, 25 de jun. de 2020. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2020/06/1718112>. Acesso em: 11 de fev. de 2022

ALARCON, S., BELMONTE, P.R., JORGE, M.A.S. **O Campo de Atenção ao Dependente Químico**. In: ALARCON, S., and JORGE, MAS., comps. Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, pp. 63-81.

ALARCON, S. **A Síndrome de Elêusis: considerações sobre as políticas públicas no campo de atenção ao usuário de álcool e outras drogas**. In: ALARCON, S., and JORGE, MAS., comps. Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, pp. 45-62.

ANDRADE, M. M. **Introdução à metodologia do trabalho científico: elaboração de trabalhos na graduação**. São Paulo, SP: Atlas, 2010.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Decreto n. 3.088, de 27 de dez. 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)**. Brasília, DF, dez 2011.

Brasil. **Portaria nº 224, de 29 de janeiro de 1992** da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (MS). *Diário Oficial da União* 1992; 30 jan.

Brasil. 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* 2013; jan 2022.

BRASIL. **Portaria n.º 336/GM de 19 de fevereiro de 2002**. Ministério da Saúde. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>. Acesso em: 20 de jan. 2022.

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

Caldeira ZF, Lima ES, Dias PTP. Da teoria à prática. In: Caldeira ZF, org. **Uma proposta de trabalho preventivo: da teoria à prática**. Rio de Janeiro: Kat's Gráfica e Ed. NEPAD-UERJ/CN-DST/AIDS/MS/UNDCP; 1998. p. 20-7.

CASTRO, E. D; LIMA, E. M. F. A; BRUNELLO, M. I. B. **Atividades humanas e terapia ocupacional**. In: DE CARLO, M. M. R. P.; BARTALOTTI, C. C. (Org.). *Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas*. São Paulo: Plexus, 2001. p. 41-59

Congresso Internacional Rede Unida **-Estratégias de redução de danos no uso prejudicial de álcool e outras drogas: revisão de literature (GOMES)**

COSTA, L. A; ALMEIDA, S. C; ASSIS, M. G. **Reflexões epistêmicas sobre a terapia ocupacional no campo da saúde mental**. Caderno de Terapia Ocupacional da UFSCar, São Carlos, v. 23, n. 1, p. 189-195, 2015.

GOMES TB; VECCHIA MD. **Estratégias de redução de danos no uso prejudicial de álcool e outras drogas: revisão de literatura**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2327-2338, Jul. 2018.

JORGE, M. A. S.; CARVALHO, M. C. A.; SILVA, P. R. F. (Org.). *Políticas e cuidado em Saúde Mental: contribuições para a prática profissional*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014.

KINOSHITA, R. T. **Contratualidade e reabilitação Psicossocial**. In: PITTA, A. M. F. *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2016. p. 69-74

Lei nº 10.817, de 08 de junho de 2001 (BR). **Dispõe sobre a obrigatoriedade de implantação de programa de atendimento a crianças e adolescentes dependentes de álcool e outras drogas**. *Diário Oficial do Estado de São Paulo* [internet], São Paulo, SP, 09 junho 2001. Disponível em: <http://www.legislacao.sp.gov.br/dg280202.nsf/ae9f9e0701e533aa032572e6006cf5fd/a28d5e3751356b3b03256d20006fe305?OpenDocument>. [acesso: 21 de jan 2022]

MÂNGIA, E. F; NICÁCIO, F. **Terapia Ocupacional em Saúde Mental: tendências principais e desafios contemporâneos**. In: DE CARLOS, M. M. R. P.; BARTALOTTI, C. C. (Org.). *Terapia Ocupacional no Brasil: Fundamentos e perspectivas*. São Paulo: Plexus, 2001. p. 63-79.

MEDEIROS, KT; MACIEL, SC; SOUSA, PF; SOUSA, FMT; DIAS, CCV; **Representações sociais do uso e abuso de drogas entre familiares e usuários**./jun.2013

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa**

em saúde./Maria Cecília de Souza Minayo. -12.ed.-São Paulo:Hucitec,2010.

MINISTÉRIO PÚBLICO. **Dados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Sistema Único de Saúde (SUS)**. set 2021

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde.**Centros de atenção psicossocial e unidades de acolhimento como lugares na atenção psicossocial nos territórios**. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2015. Acesso em: 13 fev.2022

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência Social à Saúde. **ABC do SUS –doutrinas e princípios**.V.I/Ministério da Saúde. Brasília, DF: Autor. 1990b.BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial.Brasília: MS; 2004 a. Acesso em: 16 jan. 2022.

MORATO, G; LUSSI, I; **Contribuições da perspectiva de Reabilitação Psicossocial para a terapia ocupacional no campo da saúde mental**. São Carlos-SP: Universidade Federal de São Carlos,2018

Newcomb MD, Bentler PM. **Substance use and abuse among children and teenagers**. Am Psychol 1989;44:242-8.

PITTA, Ana Maria. Os CAPS: espaços de reabilitação?. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 43, n. 12, p. 647- 654. Rio de Janeiro, 1996.

_____. 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)**. Disponível em; Acesso em 28 de out de 2020. Brasília, 2011. Acesso em: 18 jan. 2022.

*PSYCHOSOCIAL REHABILITATION AND SOCIAL REINTEGRATION OF DRUG
-REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL E REINserÇÃO SOCIAL DE USUÁRIOS DE
DROGAS: REVISÃO DA LITERATURA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL Y
REINserCIÓN SOCIAL DE USUARIOS DE DROGAS: REVISIÓN DE LA
LITERATURA*

SAMPAIO, J. J. C.; GUIMARÃES, J. M. X.; ABREU, L. M. **Supervisão clínico institucional e a organização da atenção psicossocial no Ceará**. São Paulo: Hucitec, 2010.

SANCHES, L; VECCHIA, M; **Reabilitação psicossocial e reinserção social de usuários de drogas: revisão da literatura**. São João del-Rei; Universidade Federal de São João del-Rei,2018

SANTOS, L; ARAÚJO, R; ALMEIDA, M. **Oficina de Geração de Renda como instrumento potencializador do vínculo e protagonismo dos usuários do CAPS ad: Relato de Experiência.** Associação Brasileira Rede Unida, 13º

SARACENO, B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível.** Rio de Janeiro: Te Corá/ Instituto Franco Basaglia, 2001.

SCHECHTMAN, A.; ALVES, D. S. **A Organização da Política de Saúde Mental.** In:

Souza AR, Guljor APF, Silva JLL. **Refletindo sobre os centros de atenção psicossocial.** *Av Enferm* 2014; 32(2):292-298.

