



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Valéria Raquel Alcantara Barbosa

**Itinerários terapêuticos de pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas
no município de Teresina, Piauí**

Rio de Janeiro

2021

Valéria Raquel Alcantara Barbosa

**Itinerários terapêuticos de pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas
no município de Teresina, Piauí**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Cuidado em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Elyne Montenegro Engstrom.

Rio de Janeiro

2021

Título do trabalho em inglês: Therapeutic itineraries of people who use alcohol and other drugs in the city of Teresina, Piauí.

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

B238i Barbosa, Valéria Raquel Alcantara.
 Itinerários terapêuticos de pessoas que fazem uso de álcool e
 outras drogas no município de Teresina, Piauí / Valéria Raquel
 Alcantara Barbosa. — 2021.
 215 f. : il. color.

 Orientadora: Elyne Montenegro Engstrom.
 Tese (doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de
 Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2021.

 1. Itinerário Terapêutico. 2. Usuários de Drogas. 3. Atenção à Saúde.
 4. Serviços de Saúde Mental. 5. Barreiras ao Acesso aos Cuidados de
 Saúde. I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.2098122

Valéria Raquel Alcantara Barbosa

**Itinerários terapêuticos de pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas
no município de Teresina, Piauí**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Cuidado em Saúde.

Aprovada em: 03 de agosto de 2021.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Marco Aurelio Soares Jorge
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Profa. Dra. Marise de Leão Ramôa
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Prof. Dr. Paulo Roberto Fagundes da Silva
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Profa. Dra. Mirna Barros Teixeira
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Profa. Dra. Elyne Montenegro Engstrom (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Rio de Janeiro

2021

Aos meus pacientes que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, com irrestrito respeito e gratidão por todos os aprendizados proporcionados, que me instigam à ressignificação do cuidado no SUS, com sentido vivaz, antimanicomial em ato.

AGRADECIMENTOS

Meu maior e sempiterno agradecimento reside em Deus, Baluarte que me vivifica. Senhor, Lâmpada para os meus pés é Tua palavra e Luz para o meu caminho! A Vós, toda honra e glória, por me permitir esta conquista, por Cristo, com Cristo e em Cristo.

À minha família, designadamente, aos meus pais, por minha gênese, educação e estruturação como pessoa; sobretudo à minha mãe, Maria de Fátima Alcantara Barbosa, pelo amor inabalável, pela força exemplar, dedicação e alicerce. À minha irmã, Raquel de Nazaré Alcantara Barbosa, pela fé, benquerença, amizade e apoio. Aos meus avós paternos, Teresinha Dantas Pessoa Barbosa (*in memoriam*) e Décio Saraiva Barbosa (*in memoriam*), meus amores eternos, com quem apreendi os sentimentos e os valores mais preciosos da existência, que carrego no íntimo do meu ser.

Ao prezado mestre Prof. Dr. José Ivo dos Santos Pedrosa, pelos largos e felizes conhecimentos, pela inspiração e importância no meu itinerário na pesquisa.

Ao querido amigo Fábio Solon Tajra, pelo encorajamento, generosidade e apoio, tão fundamentais no processo seletivo do Doutorado.

Aos amigos Cristóvão Madeira de Albuquerque e Rita Batista de Sousa Bandeira, pelo cuidado afetuoso e sabedoria inestimáveis.

À Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), em consórcio com a Fiocruz Piauí, por presente tão sublime, de me tornar Doutora em Saúde Pública pela Instituição que SEMPRE SONHEI! Muito para além da conquista da excelência da titulação profissional, vivi no período de 2017 a 2021 uma jornada única, plenamente transformadora, de magnitude incalculável na minha vida, que extrapola as dimensões da qualificação como pesquisadora e docente, reverberando em florescimentos de significâncias preciosas na minha existência como ser humano.

À minha orientadora, Prof.^a Dra. Elyne Montenegro Engstrom, minha mais profunda gratidão e absoluta admiração, pelos imensuráveis aprendizados, assim como pelo acolhimento, amorosidade, leveza e suporte ao longo da trajetória no Doutorado.

À banca examinadora, Prof. Dr. Marco Aurelio Soares Jorge, Profa. Dra. Marise de Leão Ramôa, Prof. Dr. Paulo Roberto Fagundes da Silva, Profa. Dra. Mirna Barros Teixeira, pelas sugestões e contribuições valiosas, que concorreram para o aperfeiçoamento deste trabalho.

Aos queridos professores do Doutorado, quanta honra e satisfação pela oportunidade, convivência agradabilíssima e pelos fecundos ensinamentos, que levarei por toda a minha vida.

Aos colegas de turma, pelas vivências e pelos crescimentos partilhados ao longo desses

quatro anos intensos e revolucionários.

À Secretaria de Estado da Saúde do Piauí, meu vínculo como psicóloga no SUS, com atuação na Unidade Integrada do Mocambinho (Hospital do Mocambinho), pela concordância com o desenvolvimento deste estudo e pelo apoio ao longo do Doutorado. Assim, ao Hospital, notadamente agradeço a Perla do Amaral Oliveira (Diretora Geral), a Danielle Cristina de Sousa Lopes (Diretora Administrativa Financeira), a Fabíola Alves dos Santos (Coordenadora do Recurso Humanos) e a Talita Regina Barbosa Feitosa.

À Fundação Municipal de Saúde de Teresina, pela anuência como coparticipante deste estudo, que permitiu minha imersão em pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial local. Nesse sentido, agradeço amplamente ao Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas, em especial a Elizandra Ferreira Pires (Coordenadora) e a Maria Vilma da Cunha (Chefe do Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico). Ademais, sou imensamente grata à Unidade Básica de Saúde Dr. Antônio Benício Freire, principalmente a Rosanna Maria do Monte Feitosa Diniz (Coordenadora), a Edna Albuquerque Brito (Enfermeira) e a Eudamar Ferreira Gama (Agente Comunitária de Saúde).

Deveras, agradeço muitíssimo a todos participantes deste estudo, que gentilmente colaboraram mediante a concessão das entrevistas, compartilhando suas vivências, seus afetos, suas impressões e seus itinerários terapêuticos.

Enfim, de modo muito especial, agradeço a todos os meus pacientes que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, assistidos na Unidade Integrada do Mocambinho. Vocês são minha fonte de entusiasmo criativo, para refinamento teórico, técnico e da práxis profissional no SUS!

*A roda-viva da vida me desinstalou dos caminhos formais da pesquisa,
gritando-me que o conhecimento só tem “sustança” quando a serviço da vida,
molhado com suas lágrimas e suas paixões.*

UCHOA, 2015, p.40.

RESUMO

Esta tese analisa os itinerários terapêuticos agenciados por pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas no município de Teresina, Piauí. Trata-se de estudo de abordagem qualitativa, do tipo descritivo e exploratório, realizado mediante entrevistas semiestruturadas com 13 participantes adultos, entre setembro e dezembro de 2019, em pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) local. A análise de dados firmou-se nos aportes da análise de conteúdo temática. Evidenciou-se que o uso prejudicial de álcool e outras drogas remete a perdas familiares, de moradia, trabalho, dignidade; às aceções de destruição e fracasso. A recaída é tida como falha e pecado, ecoando por culpa, impotência, auto-estigma. O sofrimento trespassa a corda bamba da vida e as tentativas malogradas de busca por cuidado; reverbera na perda do sentido da vida e no comportamento suicida; ou, na exibição de fé e resiliência (com feitiço de resistência, re-existência), vivificando a esperança-equilibrada. Na tessitura dos itinerários, amiúde os indivíduos enfrentam barreiras de acesso estruturais, geográficas, culturais e atitudinais (por parte dos profissionais); empreendem movimentos caóticos e aleatórios, na busca por cuidado, convergentes com a lógica da heteronomia. Particularmente à RAPS de Teresina, evidenciou-se que os serviços de base comunitária coexistem com o hospital psiquiátrico e as comunidades terapêuticas, preponderando a cultura orientada pelos vieses do paradigma biomédico e do modelo asilar/manicomial, em detrimento da valorização da redução de danos. Descortinou-se uma rede rígida, hermética, fragmentada, heterogênea, de poucas articulações; em que as altas taxas de recidiva se sobrepõem às lacunas na assistência, às fragilidades na coordenação do cuidado, à escassa tomada de responsabilidade e interlocução pelos pontos de atenção, e à inexistência de um efetivo acompanhamento longitudinal. A produção do cuidado acontece de forma aleatória e caótica, em que a família participa timidamente do projeto terapêutico singular. No olho do furacão antimanicomial, o cuidado na RAPS a pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas urge uma visão caleidoscópica, holística; égida na integralidade, humanização e amorosidade; postura ética-estética-crítica-política-emancipatória, que honre a pessoa como cidadão, protagonista, detentor de voz e vez, de fato. É imperativo expandir a itinerância, em vista do fortalecimento da luta antimanicomial em ato e da produção de uma ética do agir e do cuidado a favor da potência política do movimento, da florescência e do fortalecimento da defesa da vida.

Palavras-chave: Itinerário terapêutico. Usuários de drogas. Cuidados de saúde. Serviços de saúde mental. Barreiras ao acesso aos cuidados de saúde.

ABSTRACT

This thesis analyzes the therapeutic itineraries agencyed by people who make harmful use of alcohol and other drugs in the municipality of Teresina, Piauí. This is a qualitative study, descriptive and exploratory, conducted through semi-structured interviews with 13 adult participants, between September and December 2019, in care points of the local Psychosocial Care Network (RAPS). Data analysis was based on thematic content analysis. It was evident that the harmful use of alcohol and other drugs refers to family losses, housing, work, dignity; to the meanings of destruction and failure. The relapse is seen as a failure and a sin, echoed by guilt, impotence, self-stigma. Suffering goes through the tightrope of life and the unsuccessful attempts to seek care; it reverberates in the loss of the meaning of life and suicidal behavior; or, in the exhibition of faith and resilience (in the form of resistance, re-existence), vivifying hope-equilibrant. In the weaving of itineraries, individuals often face structural, geographical, cultural and attitudinal barriers of access (by professionals); undertake chaotic and random movements in the search for care, convergent with the logic of heteronomy. Particularly to the RAPS of Teresina, it became evident that the community-based services coexist with the psychiatric hospital and therapeutic communities, with a culture guided by the biases of the biomedical paradigm and the asylum/manicomial model, to the detriment of the valorization of harm reduction. A rigid, hermetic, fragmented, heterogeneous network was unveiled, with scarce articulation; in which the high relapse rates overlap the gaps in assistance, the fragilities in the coordination of care, the scarce assumption of responsibility and interlocution by the points of care, and the lack of effective longitudinal follow-up. The production of care happens in a random and chaotic way, in which the family participates timidly in the singular therapeutic project. In the eye of the anti-manicomial hurricane, the care in the RAPS to people in harmful use of alcohol and other drugs urges a kaleidoscopic vision, holistic; aide in integrality, humanization and lovingness; ethical-aesthetic-critical-political-emancipatory posture, which honors the person as a citizen, protagonist, holder of voice and turn, in fact. It is imperative to expand the itinerancy, in view of the strengthening of the anti-asylum struggle in act and of the production of an ethics of action and care in favor of the political potency of the movement, of the flourishing and strengthening of the defense of life.

Keywords: Therapeutic itinerary. Drug users. Health care. Services of health services. Barriers to access to health care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 -	Pontos de Atenção da Rede de Atenção Psicossocial.....	25
Quadro 2 -	Sistematização dos instrumentos políticos-legais que tratam sobre álcool e outras drogas na legislação brasileira, no período de 2000 a 2020.....	35
Quadro 3 -	Características sociodemográficas das pessoas em uso prejudicial de álcool e drogas.....	73
Quadro 4 -	Características das pessoas no tocante à situação de saúde, ao uso prejudicial de álcool e drogas e ao início da busca por cuidado.....	74
Figura 1 -	Nuvem de palavras a partir dos relatos dos entrevistados sobre conteúdos alusivos à subcategoria Perdas e Fracasso na Vida.....	78
Figura 2 -	Nuvem de palavras a partir dos relatos dos entrevistados sobre conteúdos alusivos à subcategoria Culpa.....	81
Figura 3 -	Nuvem de palavras a partir dos relatos dos entrevistados sobre conteúdos alusivos à subcategoria Dualismo Vida e Morte - das Cinzas à Fênix.....	83
Figura 4 -	Nuvem de palavras a partir dos relatos dos entrevistados sobre conteúdos alusivos à subcategoria Recaída.....	90
Figura 5 -	Nuvem de palavras a partir dos relatos dos entrevistados sobre conteúdos alusivos à subcategoria Heteronomia.....	98
Figura 6 -	Nuvem de palavras a partir dos relatos dos entrevistados sobre conteúdos alusivos à subcategoria Apoio Familiar.....	102
Figura 7 -	Nuvem de palavras a partir dos relatos dos entrevistados sobre conteúdos alusivos à subcategoria Estigma.....	105
Figura 8 -	Nuvem de palavras a partir dos relatos dos entrevistados sobre conteúdos alusivos à subcategoria <i>Coping</i> Religioso-Espiritual.....	110
Figura 9 -	Nuvem de palavras a partir dos relatos dos entrevistados sobre conteúdos alusivos à subcategoria Barreira de Acesso, Distância e Recaída.....	114
Figura 10 -	Nuvem de palavras a partir dos relatos dos entrevistados sobre conteúdos alusivos à subcategoria Modelo Asilar/Manicomial.....	118
Figura 11 -	Nuvem de palavras a partir dos relatos dos entrevistados sobre conteúdos alusivos à subcategoria Integralidade do Cuidado.....	123
Figura 12 -	Representação visual do itinerário terapêutico empreendido por Pégaso, na busca por cuidado no município de Teresina/PI.....	135

Figura 13 -	Representação visual do itinerário terapêutico empreendido por Manticore, na busca por cuidado no município de Teresina/PI.....	136
Figura 14 -	Representação visual do itinerário terapêutico empreendido por Karkinos, na busca por cuidado no município de Teresina/PI.....	138
Figura 15 -	Representação visual do itinerário terapêutico empreendido por Anfisbena, na busca por cuidado no município de Teresina/PI.....	139
Figura 16 -	Representação visual do itinerário terapêutico empreendido por Fênix, na busca por cuidado no município de Teresina/PI.....	141
Figura 17 -	Representação visual do itinerário terapêutico empreendido por Ninfa, na busca por cuidado no município de Teresina/PI.....	142
Figura 18 -	Representação visual do itinerário terapêutico empreendido por Minotauro, na busca por cuidado no município de Teresina/PI.....	144
Figura 19 -	Representação visual do itinerário terapêutico empreendido por Unicórnio, na busca por cuidado no município de Teresina/PI.....	145
Figura 20 -	Representação visual do itinerário terapêutico empreendido por Harpia, na busca por cuidado no município de Teresina/PI.....	146
Figura 21 -	Representação visual do itinerário terapêutico empreendido por Crisómalo, na busca por cuidado no município de Teresina/PI.....	147
Figura 22 -	Representação visual do itinerário terapêutico empreendido por Quimera, na busca por cuidado no município de Teresina/PI.....	148
Figura 23 -	Representação visual do itinerário terapêutico empreendido por Sereia, na busca por cuidado no município de Teresina/PI.....	150
Figura 24 -	Representação visual do itinerário terapêutico empreendido por Hipocampo, na busca por cuidado no município de Teresina/PI.....	152

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária em Saúde
AB	Atenção Básica
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CAPSi	Centros de Atenção Psicossocial infantojuvenil
CENDROGAS	Coordenadoria de Enfrentamento as Drogas
Centro POP	Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CnR	Consultório na Rua
CONAD	Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CRE	Coping Religioso/Espiritual
CT	Comunidades Terapêuticas
DALYs	Disability-adjusted life years
DeCS	Descritores em ciências da saúde
EqSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
FMS	Fundação Municipal de Saúde de Teresina
FUNCAB	Fundo de Prevenção, Recuperação e de Combate ao Abuso de Drogas
FUNAD	Fundo Nacional Antidrogas
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
MJ	Ministério da Justiça
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde

PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAIUAD	Política de Atenção Integral aos Usuários de Drogas
PI	Piauí
PEAD	Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS
PNH	Política Nacional de Humanização
PNAD	Política Nacional Antidrogas
Pnad	Política Nacional sobre Drogas
Pnep-SUS	Política Nacional de Educação Popular em Saúde
PVC	Programa de Volta para Casa
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SAMU 192	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SESAPI	Secretaria de Estado da Saúde do Piauí
SHRad	Serviço Hospitalar de Referência em Álcool e outras Drogas
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UA	Unidades de Acolhimento
UAi	Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil
UBS	Unidade Básica de Saúde
UN	United Nations
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime
UPA	Unidade de Pronto Atendimento 24h
USF	Unidade de Saúde da Família
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	NOTAS INTRODUTÓRIAS.....	15
2	OBJETIVOS.....	33
2.1	OBJETIVO GERAL.....	33
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	33
3	MARCO TEÓRICO CONCEITUAL.....	34
3.1	MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE DE PESSOAS QUE FAZEM USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.....	34
3.2	REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	44
3.3	O CUIDADO A PESSOAS QUE USAM ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS....	47
3.4	ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS.....	53
3.5	BARREIRAS DE ACESSO AO CUIDADO NA RAPS.....	56
4	METODOLOGIA.....	59
4.1	CENÁRIO DO ESTUDO.....	59
4.1.1	A RAPS do município de Teresina.....	61
4.2	DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	63
4.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA DE ESTUDO.....	65
4.4	PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	65
4.5	PROCEDIMENTO PARA ANÁLISE DE DADOS.....	66
4.6	ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO.....	69
5	SOBRE OS RESULTADOS E A DISCUSSÃO.....	72
6	SENTIDOS E VIVÊNCIAS ASSOCIADAS AO USO PREJUDICIAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.....	76
6.1	PERDAS E FRACASSO NA VIDA.....	77
6.2	CULPA.....	80
6.3	DUALISMO VIDA E MORTE - DAS CINZAS À FÊNIX.....	83
6.4	RECAÍDA.....	90
7	USO PREJUDICIAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS, IDIOSINCRASIAS DA BUSCA E DA PRODUÇÃO DO CUIDADO.....	96
7.1	HETERONOMIA.....	98
7.2	APOIO FAMILIAR.....	101
7.3	ESTIGMA.....	104

7.4	COPING RELIGIOSO/ESPIRITUAL.....	109
7.5	BARREIRA DE ACESSO, DISTÂNCIA E RECAÍDA.....	114
7.6	MODELO ASILAR/MANICOMIAL.....	117
7.7	INTEGRALIDADE DO CUIDADO.....	122
8	ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DE PESSOAS EM USO PREJUDICIAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.....	134
8.1	ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE PÉGASO.....	134
8.2	ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE MANTICORE.....	136
8.3	ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE KARKINOS.....	137
8.4	ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE ANFISBENA.....	138
8.5	ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE FÊNIX.....	140
8.6	ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE NINFA.....	142
8.7	ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE MINOTAURO.....	143
8.8	ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE UNICÓRNIO.....	145
8.9	ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE HARPIA.....	145
8.10	ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE CRISÓMALO.....	146
8.11	ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE QUIMERA.....	148
8.12	ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE SEREIA.....	148
8.13	ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE HIPOCAMPO.....	151
8.14	ENTRE ITINERÁRIOS, BARREIRAS E ITINERÂNCIAS NA RAPS.....	153
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	157
	REFERÊNCIAS.....	162
	APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA....	195
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	196
	APÊNDICE C - TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS.....	198
	APÊNDICE D - DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES.....	199
	APÊNDICE E - CARTA DE ENCAMINHAMENTO DO PROJETO.....	200
	ANEXO A - PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP/ENSP.....	201
	ANEXO B - DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE.....	215

1 NOTAS INTRODUTÓRIAS

A tessitura anunciada nesta Tese focaliza os itinerários terapêuticos agenciados por pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, em busca por cuidado no município de Teresina/PI. Para tanto, esta seção entrelaça considerações introdutórias a respeito da temática em estudo, e apresenta os pressupostos e os objetivos de sustentação da pesquisa.

De acordo com o dicionário Houaiss (2009), “itinerário” vem do latim *itinerarius*, que significa “relato de uma viagem”, em que *iter* indica “jornada”, e deriva de *ire*, “ir”. Assim, pode ser um adjetivo, em referência às estradas, aos caminhos; ou sinalizar a distância de um lugar a outro. Também, carrega o sentido de substantivo masculino; pode designar a descrição de uma viagem (expedição militar, missão de exploração, peregrinação etc.); ou um caminho a seguir, ou a ser seguido, no sentido de para ir de um lugar a outro. Já o termo “terapêutico” vem do grego *therapeutikós*, *ê, ón*, que se refere ao cuidado e ao tratamento de doenças.

Para Moreira, Bosi e Soares (2016), itinerário terapêutico enuncia formas de recuperar os caminhos percorridos no enfrentamento de alguma condição de saúde particular, que permitem o entendimento sobre como transcorreram os processos de adoecimento e de busca por cuidado. Simultaneamente, sugere aceção concernente ao modo como a experiência de adoecer foi interpretada pela própria pessoa e por sua família.

Bellato, Araújo e Castro (2008) definem itinerário terapêutico como trajetórias de busca, produção e gerenciamento de cuidado; uma tecnologia avaliativa em saúde, que permite compreender como a peregrinação do usuário e de sua família por distintas instituições, serviços e níveis de atenção, repercute na vida dos indivíduos. Sincronicamente, propicia entender como certa forma de organizar e regular o cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS) suscita implicações nas trajetórias das pessoas, obrigando-as a deslocamentos territoriais que podem ser significativos, dependendo da configuração e da capacidade local e regional do sistema de saúde. Inclusive, enseja a análise do modo como cada serviço e profissional auxilia (ou não) na busca por cuidado e produz (ou não) vínculo com o indivíduo e sua família. Outra potência é de auxiliar na análise das redes de sustentação e apoio, construídas pelo usuário e sua família nas experiências de adoecimento e de busca por cuidado, revelando que novas redes se engendram, conforme as pessoas se deslocam, ao demandarem por serviços de saúde em outros locais, tal e qual a forma como as redes são tecidas, a fim de resolver os problemas de saúde.

Segundo Alves e Souza (1999), os caminhos percorridos em busca por cuidado não necessariamente coincidem com esquemas ou fluxos pré-determinados, mas exprimem escolhas que anunciam construções subjetivas individuais e coletivas sobre o processo de

adoecimento e os modos de tratamento, sob influências de fatores e contextos diversos.

Adicionalmente a essa lógica de agenciamento dos itinerários de busca e produção do cuidado, Deleuze e Parnet (1998) explicam que o agenciamento constitui uma simbiose, um esforço entre corpos (físicos, biológicos, psíquicos, sociais, verbais), que acontece entre diversos outros agenciamentos. Conforme Deleuze e Guattari (2011), o agenciamento agrupa a noção de fora e dentro, focaliza os elementos geográficos de um acontecimento e os movimentos de (re)territorialização e desterritorialização; sendo, antes de tudo, territorial. Nesse sentido, Oliveira (2015) aponta o território como um meio de passagem e de organização geográfica, onde o agenciamento ocorre primeiro na construção de pontes relacionais entre modos de existência, através de práticas de aproximação e de produção de redes de cuidado.

Aliás, Moreira, Bosi e Soares (2016) alertam que as pessoas procuram cuidado porque sofrem, e não porque têm uma doença. Assim muitas pessoas que sofrem e procuram atendimento podem se enquadrar em alguns diagnósticos psiquiátricos – embora a classificação nosológica dificilmente consiga dar conta ou explicar o sofrimento. Dessa maneira, ao tomar como foco a voz do usuário, convém fazer a apreciação da forma como ele fala de si e de sua condição de doente; tanto quanto do modo como nos aborda com suas histórias de sofrimento e narra sua vida, seu adoecimento, seus enfrentamentos e o seu desejo de recuperação. Em outros termos, importa a retomada do que normalmente é menos valorizado: o como; as formas usadas para descrever e avaliar o próprio adoecimento, que se constrói na linguagem dos profissionais de saúde e pelos usuários, no cotidiano das relações tecidas nos serviços de saúde.

À vista disso, notadamente aos itinerários terapêuticos empreendidos por pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas, é substancial a contemplação sobre o caleidoscópio de significâncias e de perspectivas associadas ao assunto; às substâncias psicoativas, per se; à experiência subjetiva de uso; e, por conseguinte, ao processo de busca e produção do cuidado.

As substâncias psicoativas são substâncias químicas que, quando utilizadas, têm a propriedade de mudar os processos de consciência, humor e pensamento (OMS, 2006). Historicamente, Amaral e Torossian (2018) abalizam que a definição geralmente aceita sobre drogas era a grega de *Pharmakón*, antes da “escalada proibicionista” do século XX. Esse termo designa uma substância que é, simultaneamente, remédio e veneno, e a dose é o que diferencia uma coisa da outra. Daí, qualquer droga pode compor um veneno e um remédio, em potencial. Escohotado (1997) explica que, em face da amplitude de sensações da existência humana, seja de nível molecular, corporal, ou nas dimensões da subjetividade, o uso de certas substâncias em doses adequadas pode representar a melhor maneira, ou a única, de provocar certas reações de cunho medicinal. Logo, ainda que a droga seja um veneno, pode ser terapêutica.

Conforme Marangoni e Oliveira (2013), o uso de substâncias psicoativas constitui uma prática humana milenar, realizada nas diversas sociedades, com fins religiosos, culturais e medicinais. Em meados do século XX, o consumo se transformou em preocupação mundial, em virtude dos danos sociais, devido à alta frequência de consumo e ao seu comércio ilegal. Por consequência, Abreu *et al.* (2006) assinalam que o uso prejudicial de álcool e outras drogas é considerado uma doença crônica e recorrente, que acarreta sérias consequências pessoais e sociais para o futuro da sociedade. A esse respeito, Gonçalves *et al.* (2017) exortam que, não se trata apenas de um problema próprio da atenção à saúde, mas de um desafio de caráter global.

Em que pese a captação do uso de álcool e outras drogas sob o prisma de doença, Bastos e Schenker (2016), sustentam que não existe um consenso sobre o consumo, de fato, representar um problema de saúde pública. Nessa óptica, no mundo contemporâneo, convivem de forma desarmônica, e francamente contraditória, pelo menos quatro perspectivas sobre o tema, as quais: a) a perspectiva da saúde, individual e coletiva; b) a norma jurídica, proibicionista, que define condutas correlatas como infrações ou crimes, e, em acordo com essa visão, as pune; c) o conceito de que o uso imoderado seria consequência de uma falha moral e/ou ato pecaminoso, o que se associa a intervenções morais, de cunho laico ou religioso; e, d) a visão que qualifica como uma “praga” social, carregando uma explicitação algo velada na maioria dos países ocidentais, que foi muito frequente na década de 1980, é até hoje deveras influente e concatena o uso de drogas à fragilização da segurança nacional.

Acerca dessa tônica polêmica e controversa, Amaral e Torossian (2018) explicam que, conseqüentemente às acepções morais, religiosas, médico-científicas e jurídicas, edificadas sobretudo ao longo dos séculos XIX e XX, pessoas que fazem uso de drogas foram desumanizadas. Como efeito, a repressão a algumas substâncias psicoativas levou à marginalização de um conjunto expressivo de práticas culturais, políticas e econômicas em diversas sociedades. No entanto, nas últimas décadas, se acirraram debates no espaço público sobre as drogas, que criticam e denunciam as implicações colaterais da Guerra às Drogas.

A propósito, Teixeira *et al.* (2017) advertem que é inequívoco no Brasil a persistência de tensões paradigmáticas díspares na formulação de políticas públicas sobre drogas. Dessarte, na Justiça/Segurança Pública se encontram em disputa os paradigmas do proibicionismo e o do antiproibicionismo. Por sua vez, no campo da saúde e da assistência social, concorrem os paradigmas asilar, psicossocial e de redução de danos, que sustentam as práticas em saúde mental/ álcool e outras drogas. No que tange a esse assunto, o Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2003) definiu a redução de danos (RD) como um conjunto de políticas e programas com o desígnio de atenuar as consequências

negativas do uso prejudicial de álcool e outras drogas, por intermédio da mitigação dos perigos potenciais e dos riscos à saúde dos usuários, dos familiares e das comunidades.

Marlatt (1999) descreveu os cinco princípios básicos das estratégias de RD associados ao uso de drogas, respectivamente: (1) a RD compõe uma alternativa de saúde pública frente aos modelos moral/criminal e de doença, relativamente ao uso e à dependência de drogas; (2) a RD reconhece a abstinência como um resultado ideal, porém, aceita alternativas que reduzam danos; (3) a RD surgiu especialmente como uma abordagem de “baixo para cima”; (4) a RD promove o acesso da pessoa a serviços de baixa exigência, enquanto alternativa para abordagens tradicionais de alta exigência; (5) a RD se apoia nos princípios do pragmatismo empático versus idealismo moralista. Hunt (2003) explica que a RD se propõe ao rompimento com os modelos anteriores de estigmatização das drogas, com o intuito de suscitar o surgimento de outras possibilidades terapêuticas. Para tanto, avalia que as substâncias psicoativas fazem parte da vida e da cultura humana há milênios, sendo usadas com fins terapêuticos e lúdicos. Em razão disso, a proposição de um mundo livre das drogas constitui uma meta irrealista.

Especificamente à classificação dos padrões de uso de álcool e drogas, a Organização Mundial de Saúde (OMS) delimita as seguintes terminologias: uso experimental, uso ocasional, uso habitual, uso recreativo, uso controlado, uso social, intoxicação, uso perigoso, abuso de substância e, uso prejudicial. O *uso experimental*, é quando a pessoa prova a droga uma vez, ou a utiliza algumas vezes e, após, perde o interesse em repetir a experiência; *uso ocasional*, é o consumo de uma ou várias drogas apenas quando estiverem disponíveis ou se o ambiente é favorável, sem que isso repercuta em rupturas na dimensão afetiva, social ou profissional do indivíduo; *uso habitual*, se reporta ao uso frequente, sem que haja uma ruptura afetiva, social ou profissional, nem a perda de controle quanto ao uso; *uso recreativo*, é o consumo em circunstâncias sociais, sem que isso implique dependência ou outros problemas psicossociais decorrentes; *uso controlado*, diz respeito à manutenção do uso regular, não compulsivo, que não interfere no funcionamento habitual da pessoa; o *uso social* se refere ao uso em companhia de outras pessoas e de maneira socialmente aceitável (WHO, 1994).

Em continuidade, *intoxicação* representa uma condição que se segue à administração de substâncias, levando à exibição de distúrbios no nível de consciência, da cognição, percepção, do afeto, do comportamento ou em outras funções ou respostas psicofisiológicas; *uso perigoso* significa um padrão de uso que aumenta o risco de consequências prejudiciais para a pessoa; *abuso de substância* se refere ao uso persistente, desadaptativo ou esporádico de droga, de modo inconsistente ou não relacionado a práticas médicas aceitáveis, que causa comprometimento ou sofrimento clinicamente significantes; e, o *uso prejudicial*, exprime um padrão de uso de

substância psicoativa que causa danos físicos ou mentais à saúde (WHO, 1994).

Particularmente ao uso prejudicial de álcool e outras drogas, Silveira Filho (1996) elucida que os termos toxicomania, drogadicção, toxicodependência, farmacodependência ou dependência química são adotados para determinar comportamentos relativos ao uso compulsivo de drogas, lícitas ou ilícitas, nos quais está subjacente a presença de aspectos psíquicos e, algumas vezes, físicos. Esse conceito implica na existência de uma dependência psíquica, marcada pelo impulso para consumir a substância psicoativa periódica ou continuamente, com o propósito de obtenção de prazer ou de aliviar uma tensão. O uso pode causar dependência física, e o sujeito, por ocasião da privação, pode sofrer de sintomas físicos e psíquicos – síndrome da abstinência. Posta a complexidade inerente, o problema deve ser entendido a partir de um enfoque tridimensional, considerando-se o contexto biopsicossocial da pessoa. Em outras palavras, Silveira Filho (1995) recomenda a compreensão do uso prejudicial de álcool e outras drogas na qualidade de uma organização processual de um sintoma com gênese tridimensional, que abrange: a substância psicoativa e suas propriedades farmacológicas específicas; a pessoa, com suas características de personalidade e singularidade biológica; e, o contexto sociocultural, onde ocorre o encontro entre o indivíduo e a droga.

Acresce-se, consoante Rehm *et al.* (2013), a abordagem sobre o uso prejudicial de álcool e outras drogas como *heavy use*, que significa uso pesado, é responsável pela intoxicação e pela dependência; ocasiona as principais consequências sociais dos distúrbios associados ao uso de substâncias psicoativas, tais como os problemas para cumprimento de papéis sociais; além de responder pela maior parte da carga de doença e de mortalidade atribuível ao uso. Assim, a definição *heavy use* ou uso pesado focaliza as categorias de maior risco e pode diminuir a estigmatização dos indivíduos em uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Evidencia-se, pois, a coexistência de uma trama complexa e polissêmica de múltiplos conceitos, paradigmas e perspectivas, atravessados por visões díspares, heterogêneas, divergentes e paradoxais, atinentes ao uso de álcool e outras drogas. Esse panorama incide na perpetuação do enfoque substancialista e determinista acerca do uso de substâncias psicoativas.

Em que pese essa realidade, Zinberg (1984) pondera que o contexto sociocultural permite o desenvolvimento de regras, valores e padrões estilizados de comportamento, que funcionam como “controles informais”, relativamente ao uso prejudicial de álcool e outras drogas. À vista disso, torna-se impreterível o entendimento sobre o que impele uma pessoa a utilizar uma droga e como esta droga afeta o usuário, por intermédio da consideração de três determinantes, respectivamente: a droga (em termos da ação farmacológica da substância), o *set* (no que tange à atitude da pessoa quando do uso, incluindo sua estrutura de personalidade e

a finalidade de uso) e *setting* (a influência do contexto físico e social em que acontece o uso).

Para mais, o *United Nations Office on Drugs and Crime* (UNODC) (2017) tipifica como principais indicadores epidemiológicos utilizados no nível global sobre o uso de drogas: o consumo de drogas entre a população em geral (em termos de prevalência e incidência); o consumo entre a população jovem (prevalência e incidência); o uso de drogas de alto risco (que abrange o número de usuários de drogas injetáveis e a proporção envolvida em comportamentos de alto risco, bem como o número de usuários diários de drogas); a morbidade relacionada com drogas (incluindo as prevalências de HIV, hepatite B e hepatite C entre usuários de drogas); a mortalidade relacionada com drogas (óbitos atribuíveis ao uso de drogas); e a utilização de serviços em virtude de problemas de drogas (demanda de tratamento).

Em 2016, dados do UN apontaram que cerca de 275 milhões de pessoas em todo o mundo, em torno de 5,6% da população mundial com idade entre 15 e 64 anos, usaram drogas pelo menos uma vez. Desse total, aproximadamente, 31 milhões de pessoas sofrem de transtornos por uso de drogas; ou seja, 1 em cada 9 pessoas que usam drogas (11%) sofrem de distúrbios devido ao consumo de drogas. Contudo, o número de pessoas que sofrem de transtornos por uso de drogas e recebem tratamento permanece baixo. Outrossim, cerca de 450.000 pessoas morreram em 2015 por consequência do uso de drogas. Dessas mortes, 167.750 foram resultado direto de distúrbios do uso de drogas (principalmente overdoses), na maioria dos casos envolvendo opioides. As demais mortes foram indiretamente atribuíveis ao uso, incluindo casos alusivos a HIV e a hepatite C, adquiridos por práticas injetáveis inseguras.

A carga global relativa à magnitude dos danos causados pelo uso de drogas é sublinhada pelos estimados 28 milhões de anos de vida perdidos ajustados por incapacidade, *Disability-adjusted life years* (DALYs) em todo o mundo, através de mortes prematuras e incapacidades. Desses anos de vida perdidos em 2015, 17 milhões foram atribuídos unicamente aos transtornos devido ao uso de drogas. Os DALYs atribuíveis à morbimortalidade resultante de uso de drogas aumentaram globalmente na última década. Entretanto, menos de 1 em cada 6 pessoas com transtornos de uso de drogas tem acesso a tratamento a cada ano, pois a disponibilidade e o acesso aos serviços para tratamento especializado continuam limitados (UNODC, 2018).

No Brasil, o uso, o abuso e a dependência de álcool e outras drogas têm se tornado centro de diversas políticas públicas, conclamando ações e serviços adequadamente organizados, articulados e resolutivos, principalmente no âmbito do SUS (VARELA *et al.*, 2016). Assim, o MS recomendou em 2003 que a oferta de atendimento ao usuário de álcool e outras drogas ocorresse em todos os níveis de atenção do SUS, pois o objetivo seria de construir uma rede de cuidados diversificada em saúde mental, na qual o indivíduo, ao acessar o sistema, pudesse

contar com diferentes locais de apoio ao seu problema (BRASIL, 2003). A esse respeito, Machado e Miranda (2007) ressaltam que a política do MS se orientou pelo norte da redução dos riscos e danos, embora não tenha deixado de ter como alguns de seus antecedentes as práticas, os serviços e as condições apoiadas pelo aparato jurídico institucional repressivo. Em todo o caso, buscou romper com a tradição histórica deste último, inaugurando práticas destinadas à superação de concepções moralistas, ainda muito presentes na abordagem das questões atinentes ao uso de álcool e outras drogas no país.

De modo específico à rede de cuidados, Mendes (2010) esclarece que as Redes de Atenção à Saúde (RAS) propõem a integração de serviços, desde a atenção primária à saúde até os pontos de diferentes densidades tecnológicas. Nesse sentido, as RAS devem admitir as seguintes características: ser estruturadas sem hierarquia entre os diferentes componentes, de forma poliárquica, em que todos os pontos de atenção sejam igualmente importantes e se relacionem horizontalmente; implicar um contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário; convocar uma atenção integral, mediante intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas; funcionar sob coordenação da atenção primária à saúde; prestar atenção oportuna, em tempos e em lugares certos, de maneira eficiente, por meio de serviços seguros e efetivos, em consonância com as evidências disponíveis; focar-se no ciclo completo de atenção a uma condição de saúde; ter responsabilidades sanitárias e econômicas inequívocas por sua população; e gerar valor para sua população adscrita.

Como referências para a contextura do SUS, o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, especifica que as RAS estão compreendidas no âmbito de uma região de saúde, ou de várias delas, atendendo às diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores. Para tanto, compete aos entes federativos definir, em relação às regiões de saúde: os limites geográficos; a população usuária das ações e dos serviços; o rol de ações e de serviços de oferta; as responsabilidades, os critérios de acessibilidade e a escala para conformação dos serviços (BRASIL, 2011a). Importante ressaltar que esse Decreto foi basilar para a efetivação da implantação de uma RAS voltada à atenção de demandas de saúde mental – pois prescreve a saúde mental como uma das exigências para a definição da microrregião; além de definir que, para as regiões de saúde serem efetivadas, é necessário que tenham, ao menos, atenção primária, urgência e emergência, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, vigilância em saúde e atenção psicossocial.

Tenório (2002) assinala que a efetivação de uma RAS voltada para a atenção psicossocial cumpre a tarefa da reforma psiquiátrica, no tocante à invenção de novos dispositivos e tecnologias de cuidado, assente na rediscussão e substituição das bases da clínica psiquiátrica asilar, centrada no hospital, por dispositivos variados, abertos, de base comunitária.

Sobre o escopo, a composição e os pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), o MS lançou a Portaria nº 3.088/2011, a Resolução da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) nº 32/2017, a Portaria nº 3.588/2017. Outrossim, as seguintes normas jurídicas demarcaram na atualidade profundas transformações à tônica do cuidado ofertado no Brasil, voltado às pessoas em uso de álcool e outras drogas: Resolução do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD) nº 01/2015; Portaria MS nº 1.482/2016; Resolução CONAD nº 1/2018; Nota Técnica MS nº 11/2019; Decreto Presidencial nº 9.761/2019 e a Lei nº 13.840/2019. Logo, é salutar a contemplação dos respectivos componentes e dos pontos de atenção da RAPS, com base nos apontamentos seguintes e no que está disposto no Quadro 1.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi instituída por meio da Portaria MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que dispõe sobre a criação, a ampliação e a articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas em situação de sofrimento ou transtorno mental e com necessidades associadas ao uso de álcool e outras drogas, no SUS. Seus objetivos são: a ampliação do acesso à atenção psicossocial da população em geral; a promoção de vínculos das pessoas com transtornos mentais e com necessidades associadas ao uso de álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; a garantia da articulação e integração dos pontos de atenção das redes no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (BRASIL, 2011e).

De acordo com a Portaria lançada em 2011, a RAPS abrange: I – Atenção Básica em Saúde, incluindo, Unidades Básica de Saúde (UBS), Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), Consultório na Rua (CnR), Apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório, Centros de Convivência; II – Atenção Psicossocial Especializada, conta com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em diferentes modalidades, I, II, III, ad, infanto-juvenil, ad III); III - Atenção de Urgência e Emergência, por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), da Sala de Estabilização, da Unidade de Pronto Atendimento 24h (UPA), além das Portas Hospitalares de Atenção à Urgência/Pronto Socorro; IV – Atenção Residencial de Caráter Transitório, composta por Unidade de Acolhimento (UA) e Serviço de Atenção em Regime Residencial; V – Atenção Hospitalar, através de enfermagem especializada em hospital geral e Serviço Hospitalar de Referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (SHRad); VI – Estratégia de Desinstitucionalização, com Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e Programa de Volta para Casa (PVC); VII – Estratégias de Reabilitação Psicossocial, que abrangem as Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda,

os Empreendimentos Solidários e as Cooperativas Sociais (BRASIL, 2011e).

No ano 2015, o Ministério da Justiça (MJ), lançou a Resolução nº 1, de 19 de agosto de 2015, que regulamentou, no contexto do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), as Comunidades Terapêuticas (CT), como entidades que executam, em caráter voluntário, o acolhimento de pessoas com problemas associados ao uso nocivo ou à dependência de álcool e outras drogas (BRASIL, 2015a). Já em 2016, foi lançada a Portaria MS nº 1.482, de 25 de outubro de 2016, que incluiu as CT no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). A datar destes marcos normativos, as CT passaram a ser reconhecidas enquanto entidades que promovem práticas direcionadas à reabilitação de pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas (BRASIL, 2016b).

As CT são ambientes estruturados onde pessoas com transtornos por uso de álcool e outras drogas residem, para alcançar a reabilitação, em geral, isolados geograficamente, no período de seis, nove ou doze meses de tratamento, a critério da instituição (WHO, 1994). Já Fossi e Guareschi (2019) elucidam que as CT são instituições privadas, que muitas vezes adotam o caráter confessional, com imposição da religião como a principal estratégia de tratamento, a despeito das convicções religiosas dos usuários dos serviços. Além disso, as visitas dos familiares são parcas e restritas e inexistente o contato com o mundo externo, inclusive, com relação às atividades escolares e profissionais.

É crucial assinalar que mais retrocessos para a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas foram alcançados com a aprovação da Resolução MS nº 32, de 17 de dezembro de 2017, que estabeleceu diretrizes para “fortalecimento” da RAPS, por meio da regulamentação da “nova” Política de Saúde Mental, do reforço do retorno do hospital psiquiátrico como instituição de tratamento e do fortalecimento da parceria e do apoio intersetorial, em relação às CT. Além disso, aprovou a criação de nova modalidade de CAPS do Tipo IV (CAPS AD IV) e anunciou como componentes da RAPS os seguintes pontos de atenção: Atenção Básica (AB); CnR; Centros de Convivência; Unidades de Acolhimento (Adulto e Infanto-Juvenil); SRT I e II; Hospital Dia; Unidades de Referência Especializadas em Hospitais Gerais; Centros de Atenção Psicossocial nas suas diversas modalidades; Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental; Hospitais Psiquiátricos Especializados (BRASIL, 2017a).

Em 21 de dezembro de 2017 foi publicada a Portaria MS nº 3.588, que alterou a Portaria MS nº 3.088/2011, incorporou as diretrizes traçadas pela Resolução MS nº 32/2017 e trouxe como principais mudanças a inclusão dos Hospitais Psiquiátricos como dispositivos centrais da RAPS, ação que demarcou um retrocesso e uma discrepância na

área, pois os Hospitais Psiquiátricos se distinguem como espaços que não consideram a pessoa no seu contexto, em sua comunidade; mas, colocam em supremacia a lógica manicomial, de reclusão. Além disso, essa Portaria especificou como componentes da RAPS os seguintes pontos de atenção, especificados na Resolução MS nº 32/2017: AB; CnR; Centros de Convivência; Unidades de Acolhimento (Adulto e Infanto-Juvenil); SRT I e II; Hospital Dia; Unidades de Referência Especializadas em Hospitais Gerais; CAPS nas diversas modalidades, inclusive, CAPS AD IV; Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (que podem substituir o CAPS I em municípios de médio porte); e Hospitais Psiquiátricos Especializados (BRASIL, 2017b).

A Resolução MJ nº 1, de 9 de março de 2018, através do CONAD, aprovou novas mudanças voltadas ao alinhamento da política nacional sobre drogas, particularmente no tocante às intervenções voltadas a pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas. Nesse sentido, deixou de defender o tratamento firmado na estratégia de redução de danos, e estimulou a abstinência total como tratamento efetivo (BRASIL, 2018a).

Em continuidade aos desmontes implantados com a Política Nacional de Drogas, o governo de extrema-direita de Jair Bolsonaro acentuou de modo pungente o retrocesso na atenção a pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas. Para tanto, lançou a repudiada Nota Técnica MS nº 11, de 4 de fevereiro de 2019 (BRASIL, 2019d), que remonta um cenário catastrófico para a saúde mental, com a retomada do financiamento da compra de aparelhos de Eletroconvulsoterapia, que são o símbolo da tortura nos hospícios (LUSSI *et al*, 2019).

Como agravante dessa conjuntura contraproducente, em 11 de abril de 2019 foi publicado o Decreto nº 9.761/2019, que aprovou a “nova” Política Nacional sobre Drogas (Pnad), extinguiu a adoção de estratégias do MS atinentes à redução de danos e definiu como parâmetro o tratamento firmado na abstinência (BRASIL, 2019a). Dessa forma, outorgou centralidade e primazia ao modelo executado nas comunidades terapêuticas, que estimula a cultura proibicionista, da diferenciação entre usuário e traficante fundamentada estritamente nas circunstâncias do flagrante, e não na consideração da quantidade de drogas; fortalecendo, portanto, o retorno da lógica asilar e manicomial.

Ainda no ano 2019, foi publicada a Lei nº 13.840, de 05 de junho de 2019, que alterou a Lei nº 11.343/2006 que institui a “Nova Lei de Drogas” e caracterizou as CT como serviços voltados ao acolhimento e à oferta de projetos terapêuticos que visam à abstinência, destinados a usuários ou dependentes de drogas em vulnerabilidade social (BRASIL, 2019b).

Quadro 1 – Pontos de Atenção da Rede de Atenção Psicossocial

Pontos de Atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)		
Pontos de Atenção	Descrição	Normativos
Unidade Básica de Saúde (UBS)	Componente da AB que desenvolve ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais; também, realiza ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, compartilhadas com os demais pontos da rede.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Portaria nº 3.088/2011; ▪ Resolução nº 32/2017; ▪ Portaria nº 3.588/2017; ▪ Decreto nº 9.761/2019.
Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)	Componente da AB que apoia as equipes de AB; atua no apoio matricial e no cuidado compartilhado, incluindo o suporte ao manejo de situações relacionadas a sofrimento ou transtorno mental e aos problemas associados ao uso prejudicial de álcool e outras drogas.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Portaria nº 3.088/2011; ▪ Resolução nº 32/2017; ▪ Portaria nº 3.588/2017.
Consultório na Rua (CnR)	Estratégia da AB que visa ampliar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde, e oferta atenção integral à saúde para esse grupo populacional que se encontra em condições de vulnerabilidade e com vínculos familiares interrompidos ou fragilizados.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Portaria nº 3.088/2011; ▪ Resolução nº 32/2017; ▪ Portaria nº 3.588/2017.
Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório	Equipe de apoio aos serviços do componente “Atenção Residencial de Caráter Transitório” coordena o cuidado e presta serviços de atenção à saúde de forma longitudinal e articulada com os outros pontos de atenção da rede.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Portaria nº 3.088/2011; ▪ Portaria nº 3.588/ 2017.
Centros de Convivência e Cultura	Unidade pública articulada às RAS, em especial à RAPS, oferece à população em geral espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e no município.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Portaria nº 3.088/2011; ▪ Resolução nº 32/2017; ▪ Portaria nº 3.588/2017.
Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas diferentes modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i, CAPS AD, CAPS AD III, CAPS AD IV. Os CAPS são pontos de atenção estratégicos da RAPS, de caráter aberto e comunitário, substitutivos ao modelo asilar, constituídos por equipe multiprofissional e com atuação interdisciplinar; realizam atendimentos a pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades associadas ao uso prejudicial de álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial.		
CAPS I	Atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e, também, com necessidades associadas ao uso prejudicial de álcool e outras drogas de todas as faixas etárias. Indicado para municípios com população acima de 20.000 habitantes, conforme a Portaria nº 3.088/2011.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Portaria nº 3.088/2011; ▪ Resolução nº 32/2017; ▪ Portaria nº 3.588/2017; ▪ Decreto nº 9.761/2019.
CAPS II	Atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes; pode atender pessoas com necessidades relativas ao uso prejudicial de álcool e outras drogas. Indicado para municípios com população acima de 70.000 habitantes, segundo a Portaria nº 3.088/2011.	
CAPS III	Atenção contínua a pessoas com transtornos mentais graves e persistentes; funciona 24 horas, inclusive feriados e finais de semana; oferta retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros pontos de atenção, inclusive CAPS AD. Indicado para municípios ou	

	regiões com população acima de 200.000 habitantes, conforme a Portaria nº 3.088/2011.	
CAPS i	Atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário. Indicado para municípios ou regiões com população acima de 150.000 habitantes, conforme a Portaria nº 3.088/2011.	
CAPS AD	Atende adultos ou crianças e adolescentes com demandas alusivas ao uso prejudicial de álcool e outras drogas. Indicado para municípios ou regiões com população acima de 70.000 habitantes.	
CAPS AD III	Atende adultos ou crianças e adolescentes com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Possui no máximo 12 leitos para observação e monitoramento; funciona 24 horas, inclusive feriados e finais de semana. Indicado para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes, conforme a Portaria nº 3.088/2011.	
CAPS AD IV	Atenção contínua a pessoas de todas as faixas etárias, com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas; funciona 24 horas, inclusive feriados e finais de semana; oferta assistência a urgências e emergências e possui leitos de observação. Indicado para municípios ou regiões com população acima de 500.000 habitantes e capitais de Estado.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Resolução nº 32/2017; ▪ Portaria nº 3.588/ 2017; ▪ Decreto nº 9.761/2019.
Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental / Unidades Ambulatoriais Especializadas	Atenção multiprofissional em saúde mental, que responde à demanda de atendimento especializado identificado pela AB, para pessoas de todas as faixas etárias. Preferencialmente, constitui a referência regional para assistência ambulatorial especializada em saúde mental.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Resolução nº 32/2017; ▪ Portaria nº 3.588/ 2017; ▪ Nota Técnica nº 11/2019; ▪ Decreto nº 9.761/2019.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192); ▪ Sala de Estabilização; ▪ Unidades de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas; ▪ Portas hospitalares de atenção à urgência/ pronto-socorro. 	Pontos de atenção responsáveis pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas. Devem se articular com os CAPS, que realizam acolhimento e cuidado das pessoas em fase aguda do transtorno mental; devem articular e coordenar o cuidado nas situações que os usuários carecem internação ou serviços residenciais de caráter transitório.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Portaria nº 3.088/2011; ▪ Portaria nº 3.588/ 2017; ▪ Decreto nº 9.761/2019.
Unidades de Acolhimento	Espaço residencial de cuidados contínuos de saúde, com funcionamento ininterrupto, para pessoas com necessidade associadas ao uso de álcool e outras, em acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar, que exigem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório, por até 6 meses, segundo definição da equipe do CAPS de referência	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Portaria nº 3.088/2011; ▪ Resolução nº 32/2017; ▪ Portaria nº 3.588/ 2017; ▪ Decreto nº 9.761/2019.
Serviços de Atenção em Regime Residencial, entre os quais, Comunidades Terapêuticas	Serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Portaria nº 3.088/2011; ▪ Portaria nº 3.588/ 2017; ▪ Decreto nº 9.761/2019.

Comunidades Terapêuticas	Serviços residenciais para acolhimento e oferta de projetos terapêuticos que visam à abstinência, destinados a usuários ou dependentes de drogas em vulnerabilidade social, nos quais a adesão e a permanência são voluntárias, formalizadas por escrito, como etapa transitória para a reinserção social e econômica do indivíduo (BRASIL, 2014).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Resolução nº 1/2015; ▪ Portaria nº 1.482/2016; ▪ Resolução nº 1/2018; ▪ Decreto nº 9.761/2019; ▪ Lei nº 13.840/2019.
Enfermaria especializada em Hospital Geral	Enfermaria que oferece tratamento hospitalar para casos graves relacionados aos transtornos mentais e ao uso prejudicial de álcool e outras drogas, sobretudo, abstinências e intoxicações severas.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Portaria nº 3.088/2011; ▪ Decreto nº 9.761/2019.
Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas	Suporte hospitalar, por meio de internações de curta duração, para pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas, em situações assistenciais que evidenciam indicativos de ocorrência de comorbidades clínica e/ou psíquica; acolhe usuários em regime de curtíssima ou curta permanência, até a estabilidade clínica; funciona em regime integral, 24 horas diárias, inclusive feriados e finais de semana, sem interrupção da continuidade entre os turnos.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Portaria nº 3.088/2011.
Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral	Refere-se ao Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Resolução nº 32/2017; ▪ Portaria nº 3.588/ 2017; ▪ Decreto nº 9.761/2019.
Hospital Psiquiátrico Especializado	Promove internação para tratamento dos transtornos mentais e comportamentais, com permanência de no máximo 90 dias; realiza internação para tratamento dos transtornos mentais e comportamentais, com duração superior a 90 dias ou para os casos de reinternação no período inferior a 30 dias.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Resolução nº 32/2017; ▪ Portaria nº 3.588/ 2017; ▪ Nota Técnica nº 11/2019; ▪ Decreto nº 9.761/2019.
Hospital Dia	Espaço intermediário entre o atendimento ambulatorial e a internação fechada em hospital psiquiátrico; abriga usuários egressos da internação hospitalar ou sofrimento psíquico grave, encaminhados pelo ambulatório de psiquiatria (GUARESHI, 2008).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Resolução nº 32/2017; ▪ Portaria nº 3.588/ 2017; ▪ Nota Técnica nº 11/2019; ▪ Decreto nº 9.761/2019.
Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)	Estratégias de desinstitucionalização compostas por moradias inseridas na comunidade, para acolher pessoas egressas de internação de longa permanência (2 anos ou mais ininterruptos), egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, entre outros.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Portaria nº 3.088/2011; ▪ Resolução nº 32/2017; ▪ Portaria nº 3.588/ 2017.
Programa de Volta para Casa	Política pública de inclusão social e para fortalecer a desinstitucionalização, com auxílio reabilitação a pessoas com transtorno mental egressas de internação de longa permanência.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Portaria nº 3.088/2011.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda; ▪ Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais. 	Ações de reabilitação profissional voltadas à inclusão produtiva, à formação e qualificação para o trabalho, de pessoas com transtorno mental ou com necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Portaria nº 3.088/2011; ▪ Portaria nº 3.588/ 2017.
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Portaria nº 3.088/2011; ▪ Portaria nº 3.588/ 2017.

Fonte: Barbosa (2021).

No que diz respeito à tônica asilar e manicomial, é crítico ajuizar que os hospitais psiquiátricos, tanto quanto as comunidades terapêuticas se enquadram no que Goffman (2001) denomina como Instituições Totais, pois demarcam lugares de residência e trabalho onde um elevado número de pessoas com situação idêntica ficam separadas da sociedade mais ampla, por período considerável de tempo, levando uma vida fechada e formalmente administrada, devido serem julgadas incapazes de cuidar de si mesmas e por representarem ameaça (não intencional) para a comunidade. Assim, segundo Oliveira *et al.* (2019), em ambas as instituições predomina o caráter segregatório dos internos, a perda da subjetividade e da individualidade; sendo que os muros visíveis que as cercam comprovam aos internos que “ir e vir” depende unicamente da autorização de outros.

Particularmente ao cenário controverso delineado, Ribeiro *et al.* (2016b) ratificam que a escassez de serviços públicos comunitários no âmbito da saúde mental no Brasil favoreceu a difusão no país de serviços ancorados em práticas clinicamente não padronizadas, impulsionando o debate sobre internações involuntárias. Então, as comunidades terapêuticas ganharam destaque, ainda que, comumente, não contem com a sistematização e a divulgação de dados sobre as práticas que executam, não especificam sobre protocolos de conduta adotados e, nem sequer, costumam rejeitar controles governamentais nas suas intervenções.

Guimarães e Rosa (2019) explicam que essa conjuntura evidencia disputas por modelos e recursos públicos, entre uma perspectiva de reforço à lógica universal do SUS, pautada no direito, e outra privatizante, que ganha força e busca redirecionar os recursos do SUS, mercantilizando os serviços e a atenção em saúde. Dessarte, observa-se o enviesamento da atenção em saúde, direcionada a focalizar determinados segmentos, transferindo os recursos financeiros dos equipamentos do Estado para serviços vinculados à lógica de mercado e às entidades não governamentais, com uma tendência de transformar a saúde em mercadoria.

Relativamente ao cenário onde se desenvolveu este estudo, Macedo e Dimenstein (2012) apresentam o Piauí como um dos estados brasileiros que se avulta pela incipiente capacidade financeira, pelas dificuldades relativas à captação de recursos e à baixa capacidade gerencial. Esses fatores em conjunto repercutiram no significativo atraso do movimento de reversão da rede manicomial para a atenção psicossocial no estado. Na mesma lógica, em Teresina, capital do estado, a reforma psiquiátrica só foi possível após várias negociações feitas entre o Ministério Público e o gestor municipal, para abertura dos serviços psicossociais.

Diante desse quadro complexo e de incertezas, a efetiva articulação entre os pontos da Rede é fundamental, pois incita a co-responsabilização com o usuário. A esse respeito, Costa, Ronzani e Colugnati (2017) destacam que as redes devem assegurar o estabelecimento

do cuidado contínuo e integral, em detrimento da promoção de ações fragmentadas e pontuais que priorizam o foco na droga/substância e na patologia. Ou seja, o cuidado deve compor um processo que fomenta a autonomia e a cidadania das pessoas assistidas.

Em face do exposto, Cabral *et al.* (2011) atestam a potência da efetivação de estudos sobre itinerários terapêuticos, no sentido de subsidiar o refinamento da compreensão sobre os processos de cuidado e de uso de serviços de saúde, para fins de investimento na qualificação da assistência - respeitando-se, em primazia, a cultura, os desejos, a subjetividade do usuário.

Nessa direção, Rabelo (1993) desenvolveu estudo pioneiro no Brasil sobre itinerário terapêutico, no qual buscou o entendimento das formas pelas quais as visões de mundo e os projetos de cura de diferentes cultos são incorporados à experiência cotidiana de doentes e de seus familiares. Por seu turno, Demetrio, Santana e Pereira-Santos (2019) produziram revisão sistemática e metassíntese da literatura que focalizou a análise da produção científica brasileira sobre itinerários terapêuticos. Os autores comprovaram que o recorte temporal entre os anos 2008 e 2019 circunscreve o auge das pesquisas qualitativas acerca do tema. Outrossim, evidenciaram que a produção de estudos sobre itinerários terapêuticos acumula grandes potencialidades para o setor saúde, o campo de saberes e de práticas em saúde coletiva, dado que seus percursos teórico-metodológicos podem viabilizar a apreensão de discursos e de práticas que anunciam lógicas díspares, por meio das quais os princípios da integralidade e da resolutividade na atenção em saúde podem ser questionados. Ademais, auxiliam na prática avaliativa em saúde, no sentido da valorização da experiência de saúde ou adoecimento, no enaltecimento da experiência de busca por cuidado, empreendidas por usuários e suas famílias.

Entrementes, Siqueira e Camargo (2016) assinalam que o itinerário terapêutico é uma ferramenta que subsidia a análise das experiências percorridas pelas pessoas, em busca da solução de seus problemas de saúde. Esse enfoque converge com a concepção de “usuário-guia”, desenvolvida por Gomes e Merhy (2014), conforme os quais, no processo de busca por cuidado, o usuário constrói uma rede de conexões existenciais, que auxilia na compreensão do acesso e das barreiras aos serviços de saúde além da questão espacial-geográfica, assumindo a qualidade de elemento que atravessa os modos de produzir cuidado. Sobre esse tópico, se destaca a visão de Travassos e Martins (2004), com base nos quais o acesso demarca um conceito complexo, geralmente empregado de forma imprecisa, que muda ao longo do tempo e segundo o contexto. Igualmente, o acesso se relaciona às características da oferta de serviços, e, embora o uso de serviços configure uma expressão do acesso, não se explica apenas por ele, pois fatores individuais predisponentes e contextuais também influenciam a entrada nos serviços (uso). Assim, o acesso dependerá também da adequação do cuidado prestado.

Este estudo adotou como base o paradigma psicossocial, que concebe o processo de saúde-doença enquanto processos sociais complexos, que exigem abordagem interdisciplinar (YASUI; COSTA-ROSA, 2008). Consoante Mandú (2004), o paradigma psicossocial abrange a contínua reconstrução de significados sobre si, o outro e o mundo; abarca as acepções de saúde, doença, qualidade de vida, autonomia; invoca à criação de um espaço relacional para além do saber-fazer científico/tecnológico; e, frente aos processos saúde-doença, reclama que as pessoas se vinculem ou se dirijam aos serviços de saúde, que são parte dos sistemas de cuidados socialmente criados e dos mecanismos sociais disponíveis para recompor suas vidas (embora muitas necessidades vividas não ostentem demandas tocantes aos serviços de saúde).

Rotelli, Leonardis e Mauri (2001) explicam que o paradigma psicossocial preza práticas sociais que permitam a inclusão de pessoas que, historicamente, são alvo de forte exclusão social, estigma e de preconceito; preconiza um trabalho assentado na óptica da desinstitucionalização, não focado na cura da doença, na readaptação e normalização dos sujeitos, mas na existência do sofrimento humano enquanto objeto real de uma intervenção. Inclusive, Costa-Rosa (2000) elucida que o paradigma psicossocial encerra como metas radicas, a implicação subjetiva e sociocultural, e a singularização. Por conseguinte, segundo Costa-Rosa (1987) esse paradigma está em sintonia com o discurso oficial do MS para o setor, sendo originário das conquistas alcançadas graças aos movimentos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica, que resultaram na Luta Antimanicomial e na construção da atenção psicossocial.

Nessa esteira, a rede de cuidados em saúde mental resulta da interação do indivíduo com seu território e com os serviços ofertados. Moreira, Bosi, Soares (2016) defendem que essa rede se compõe de diversos arranjos e modos como a pessoa se conecta, caminha em busca da produção de atenção às suas necessidades materiais e subjetivas. Daí, pensar nos itinerários terapêuticos firmados na atenção psicossocial implica no entrelaçamento dos serviços de saúde com a vida social nos espaços do território; alude ao prestígio da descoberta e da consideração dos diversos arranjos e estratégias em busca do atendimento em saúde mental.

Cardoso, Oliveira e Piani (2016) advertem que os itinerários terapêuticos escolhidos levam em consideração aspectos relativos ao contexto sociocultural no qual os indivíduos estão inseridos, utilizando-se de recursos e estratégias ligadas ao próprio acesso aos serviços de saúde da rede formal, além de abrangerem aspectos relacionados à religiosidade e ao apoio da família e dos amigos. Consequentemente, os percursos agenciados na rede formal de saúde podem render aos usuários experiências positivas e negativas, em virtude da tonalidade do acolhimento recebido; delimitando, pois, uma variável determinante na avaliação do atendimento.

Portanto, se a população é o primeiro elemento das RAS, e sua razão de ser, como

assevera Mendes (2010), carece ser entendida como sendo o foco da atenção em saúde, que, por sua parte, deve ser estruturada com base nas necessidades dos sujeitos do cuidado, característica essa essencial ao harmônico funcionamento das redes. No que tange a esse quesito, Wagner *et al.* (2017) alertam sobre a importância da evidência de questões subjetivas atinentes à busca e à iniciação do tratamento para uso prejudicial de substâncias, que reportam à jornada empreendida individualmente e singularmente pelas próprias pessoas.

Assim, Greenhalgh (2016) sustenta a potência do desenvolvimento de estudo sobre itinerários terapêuticos, uma vez que oportuniza a evidência, a partir da narrativa dos indivíduos, do comportamento em busca do cuidado em saúde. Paralelamente, Cabral *et al.* (2011) protestam que a investigação baseada nos itinerários terapêuticos contribui para a compreensão sobre o comportamento em relação ao cuidado, tal e qual, e configura uma ferramenta valiosa para a qualificação da assistência. Por conseguinte, Eckhardt e Raupp (2017), atestam que a adoção dos itinerários terapêuticos como instrumento de pesquisa delimita uma tática eficiente de avaliação em saúde sob a ótica do usuário do sistema, pois permite diagnosticar se o que está sendo oferecido contempla, de fato, suas reais necessidades.

Aliás, Oliveira *et al.* (2019) legitimam como substancial a evidência de aspectos que atravessam o itinerário terapêutico de pessoas em uso de álcool e drogas, porquanto oportuniza a reflexão ampliada sobre o tema, ao passo que robustece o destaque das estratégias de RD, na qualidade de ferramenta de cuidado ético e integral. Maximamente, denota uma pauta imprescindível, tendo em conta a atual conjuntura política brasileira, que sinaliza retrocessos na implementação de políticas intersetoriais para o combate às iniquidades sociais, do mesmo modo que proclama um discurso contrário aos direitos humanos.

À face do panorama exposto, a Seção Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas de 2016 sobre o problema mundial das drogas, assinalou a premência da execução de políticas que respondam aos novos desafios atinentes ao uso de drogas (UN, 2016). Em consideração a isso, o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC, 2018) admitiu que dados sobre pessoas em tratamento para uso prejudicial de drogas podem fornecer subsídios úteis acerca de tendências e variações geográficas com relação aos transtornos por uso de drogas – embora devam ser interpretados com cautela, pois os números correlatos refletem não apenas a demanda, mas, a extensão do tratamento (disposição do governo em financiar tais serviços).

Em verdade, no cenário local, a Secretaria de Estado da Saúde do Piauí (SESAPI) reconhece como substancial a criação de um banco de dados de abrangência municipal e estadual, direcionado à produção de informações que subsidiem a avaliação da implementação do modelo assistencial em saúde mental, porque compreende que não basta criar serviços, sem

que, concomitantemente, haja um processo continuado de supervisão, monitoramento e avaliação. Semelhantemente, pondera como crucial a preservação da memória histórica dos acontecimentos, das ações e dos avanços, para que não se perpetue a sensação de que a cada gestão, se está “reinventando a roda”, ou seja, partindo do zero (SESAPI, 2017).

Isto posto, a presente pesquisa partiu dos seguintes pressupostos: *Averiguar se existem barreiras de acesso à RAPS em Teresina, Piauí, no tocante ao cuidado de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas; As pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas podem ter liberdade para escolha da melhor opção de cuidado.*

Côncio desse painel multifacetado e da lacuna de conhecimento científico sobre o tema no contexto do município de Teresina, estado do Piauí, esta Tese buscou responder às seguintes perguntas: *Quais são os sentidos e as vivências das pessoas em relação ao uso prejudicial de álcool e outras drogas? Que caminhos as pessoas percorrem em busca por cuidado, devido ao uso prejudicial de álcool e outras drogas? Quais são os itinerários terapêuticos empreendidos e as barreiras com que se defrontam pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas?*

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar os itinerários terapêuticos agenciados por pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, no município de Teresina, Piauí.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Compreender os sentidos e as vivências das pessoas em relação ao uso prejudicial de álcool e outras drogas;
- Discutir sobre as experiências relacionadas à busca do cuidado por pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas
- Conhecer os itinerários terapêuticos empreendidos por pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas;
- Refletir sobre as barreiras de acesso ao cuidado, enfrentadas por pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas.

3 MARCO TEÓRICO CONCEITUAL

O presente estudo possui como alicerce teórico conceitual os seguintes pilares: modelos de atenção à saúde de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas; redes de atenção à saúde; o cuidado a pessoas que usam álcool e outras drogas; itinerários terapêuticos; barreiras de acesso ao cuidado na RAPS. Assim, esta seção destina-se à exposição de informações respectivas a cada um desses marcos.

3.1 MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE DE PESSOAS QUE FAZEM USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

O marco inicial da sistematização da questão das drogas no Brasil é o Decreto nº 11.481, de 10 de fevereiro de 1915, que aprovou no território nacional medidas para impedir os abusos crescentes do ópio, da cocaína, da morfina e seus derivados (BRASIL, 1915). Esse enfoque ocorreu, após um longo período de negligência estatal, com a criação de um aparato jurídico-institucional voltado à proibição da produção, do comércio e do uso de drogas. Influenciada por convenções, tratados internacionais e por questões geopolíticas, essa postura proibicionista se fortaleceu no decorrer do século XX. Apenas a partir da década de 1970 a discussão sobre drogas sob a égide do cuidado ganhou relevo, inicialmente fundamentada no saber médico (psiquiatria), que veio a reforçar a exclusão dos usuários de drogas, criminosos e/ou doentes (BASTOS, 2015). A respeito disso, Santos e Campagnac (2018) advertem que, mesmo depois da revogação de legislações pautadas por um viés repressivo/punitivo, os resquícios desses dispositivos permaneceram até os dias atuais. Com efeito, apesar de algumas tentativas com foco na prevenção e na atenção psicossocial ao usuário, ainda se evidencia a reprodução de mecanismos punitivos e estigmatizadores no tratamento do assunto das drogas no Brasil.

Costa, Ronzani e Colugnati (2017) explicam que o debate sobre drogas no âmbito da saúde no Brasil adentra de forma mais efusiva nas pautas e nos movimentos da área somente no final da década de 1980, em decorrência das mudanças no próprio cenário nacional, como a emergência do Estado democrático, a instituição do SUS, as contribuições da Reformas Sanitária e da Reforma Psiquiátrica e a inserção da RD. Todo este processo culminaria na constituição de políticas específicas para a área no início dos anos 2000, agregando variadas racionalidades (por exemplo, de saúde e da segurança pública) na tentativa de superação da lacuna assistencial conformada ao longo dos anos.

Considerando-se que esta tese está firmada sob a égide do paradigma psicossocial, a

seguir, enfatiza-se a respeito dos instrumentos políticos-legais nacionais recentes que tratam sobre álcool e outras drogas, e foram publicados no período compreendido entre 2000 e 2020. As respectivas informações estão sistematizadas no Quadro 2.

Quadro 2 - Sistematização dos instrumentos políticos-legais que tratam sobre álcool e outras drogas na legislação brasileira, no período de 2000 a 2020.

Normativos	Setor	Descrição
Lei nº 10.216/2001	Presidência da República	Dispôs sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.
Medida Provisória nº 2.216-37/2001	Presidência da República	Alterou a denominação do Fundo de Prevenção, Recuperação e de Combate ao Abuso de Drogas (FUNCAB) para Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD), e transferiu a sua gestão do do MJ para a Secretaria Nacional Antidrogas; designou ao MJ a articulação, integração e proposição de ações do Governo nos aspectos associados a atividades de repressão ao uso indevido, tráfico ilícito e produção não autorizada de substâncias entorpecentes e drogas; atribuiu ao MS a competência de vigilância de saúde, sobretudo para drogas, medicamentos e alimentos; transformou o Conselho Federal de Entorpecentes em Conselho Nacional Antidrogas.
Lei nº 10.409/2002	Presidência da República	Dispôs sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica, elencados pelo MS.
Portaria nº 816/2002	Ministério da Saúde	Instituiu no âmbito do SUS o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a usuários de álcool e outras drogas.
Portaria nº 817/2002	Ministério da Saúde	Incluiu na Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do SUS o grupo específico de procedimentos voltados para a atenção hospitalar a usuários de álcool e outras drogas.
Decreto nº 4.345/2002	Presidência da República	Instituiu pela primeira vez uma Política Nacional Antidrogas (PNAD).
Portaria nº 2.197/2004	Ministério da Saúde	Redefiniu e ampliou a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no SUS.
Resolução nº 3/2005	Conselho Nacional Antidrogas	Aprovou a Política Nacional sobre Drogas.
Lei nº 11.343/2006	Presidência da República	Instituiu o Sisnad; prescreveu medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; definiu crimes e normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas.
Decreto nº 6.117/2007	Presidência da República	Aprovou a Política Nacional sobre o Álcool, dispôs sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade.
Portaria nº 1.190/2009	Ministério da Saúde	Instituiu o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS (PEAD 2009-2010); definiu suas diretrizes, ações e metas.
Lei nº 12.101/2009	Presidência da República	Dispôs sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social; regulou a isenção de contribuições para a

		seguridade social às pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos e incluiu as CT em tal categoria.
Decreto nº 7.179/2010	Presidência da República	Instituiu o plano integrado de enfrentamento ao crack e outras drogas e criou o seu comitê gestor.
Portaria nº 122/2011	Ministério da Saúde	Definiu as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua.
Portaria nº 2.488/2011	Ministério da Saúde	Aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da AB, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
Decreto nº 7.637/2011	Presidência da República	Alterou o Decreto nº 7.179/2010.
Portaria nº 3.088/2011	Ministério da Saúde	Instituiu a RAPS, para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no SUS.
Portaria nº 131/2012	Ministério da Saúde	Instituiu incentivo financeiro de custeio destinado a Estados, Municípios e ao Distrito Federal, para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial (incluindo as CT), voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da RAPS.
Portaria nº 10/2014	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas	Acrescentou modelo de relatório de fiscalização de CT; definiu as CT como entidades que prestam serviços de acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa.
Resolução nº 1/2015	Ministério da Justiça	Regulamentou no âmbito do SISNAD as CT, como entidades que prestam, em caráter voluntário, acolhimento de pessoas com problemas associados ao uso nocivo ou à dependência de álcool e outras drogas.
Portaria nº 834/2016	Ministério da Saúde	Redefiniu os procedimentos relativos à certificação das entidades beneficentes de assistência social na área de saúde.
Portaria nº 1.482/2016	Ministério da Saúde	Incluiu as CT no CNES.
Resolução nº 32/2017	Ministério da Saúde	Fixou diretrizes para fortalecer a RAPS, através da regulamentação da “nova” Política de Saúde Mental, com o reforço do retorno do hospital psiquiátrico como instituição de tratamento e o fortalecimento da parceria e do apoio intersetorial com as CT; aprovou a criação da modalidade de CAPS do Tipo IV; anunciou como componentes e pontos da atenção da RAPS: AB; CnR; Centros de Convivência; Unidades de Acolhimento (Adulto e Infante-Juvenil); SRT I e II; Hospital Dia; Unidades de Referência Especializadas em Hospitais Gerais; CAPS nas diversas modalidades; Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental; Hospitais Psiquiátricos Especializados.
Portaria nº 3.588/2017	Ministério da Saúde	Alterou a Portaria MS nº 3.088/2011 e incorporou a composição da RAPS especificada na Resolução nº 32/2017.
Resolução nº 1/2018	Ministério da Justiça	Aprovou mudanças voltadas ao alinhamento da política nacional sobre drogas, relativamente às intervenções com a pessoa em uso de álcool e outras drogas; substituiu a perspectiva da estratégia de redução de danos pelo estímulo da abstinência total.
Portaria nº 3.659/2018	Ministério da Saúde	Suspendeu o repasse do recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de CAPS, SRT, UA e de Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, integrantes da RAPS, em

		razão da ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS.
Nota Técnica nº 11/2019	Ministério da Saúde	Retomou o financiamento da compra de aparelhos de Eletroconvulsoterapia.
Decreto nº 9.761/2019	Presidência da República	Aprovou a “nova” Política Nacional sobre Drogas (Pnad), extinguiu a adoção de estratégias de redução de danos e definiu como parâmetro o tratamento firmado na abstinência.
Lei nº 13.840/2019	Presidência da República	Alterou a Lei nº 11.343/2006, instituindo a “Nova Lei de Drogas”.
Lei nº 13.886/2019	Presidência da República	Instituiu, no âmbito do Ministério da Justiça e Segurança Pública, o FUNAD, a ser gerido pela Senad, do Ministério da Justiça e Segurança Pública.
Portaria nº 1/2020	Ministério da Justiça e Segurança Pública	Regulamentou o art. 63-D da Lei n.º 11.343, de 23 de agosto de 2006, que estabelece sobre a incorporação e a doação de bens do FUNAD.

Fonte: Barbosa (2021).

A promulgação da lei federal nº 10.216/2001, de 6 de abril de 2001, que trata a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001a), representa o marco inicial da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial no território nacional. Em seguida, a Medida Provisória nº 2.216-37, de 31 de agosto de 2001, alterou a denominação do Fundo de Prevenção, Recuperação e de Combate ao Abuso de Drogas (FUNCAB) para Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD), e transferiu a sua gestão do âmbito do MJ para a Secretaria Nacional Antidrogas. Além disso, designou ao MJ a articulação, integração e proposição de ações do Governo nos aspectos pertinentes a atividades de repressão ao uso indevido, tráfico ilícito e produção não autorizada de substâncias entorpecentes e de drogas; atribuiu ao Ministério da Saúde a competência de vigilância de saúde, especialmente para drogas, medicamentos e alimentos; e, transformou o Conselho Federal de Entorpecentes em Conselho Nacional Antidrogas (BRASIL, 2001b).

Em continuidade, a Lei nº 10.409, de 11 de janeiro de 2002, dispôs sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica, assim elencados pelo MS (BRASIL, 2002b). A Portaria MS nº 816, de 30 de abril de 2002, instituiu no âmbito do SUS o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2002c). A Portaria MS nº 817, de 30 de abril de 2002, incluiu na Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do SUS o grupo de procedimentos voltados para a atenção hospitalar a usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2002d). O Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002, instituiu pela primeira vez uma Política Nacional Antidrogas (PNAD) (BRASIL, 2002a). A Portaria MS nº 2.197, de 14 de outubro de 2004, redefiniu e

ampliou a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no SUS (BRASIL, 2004).

Logo após, a Resolução nº 3, de 27 de outubro de 2005, do Conselho Nacional Antidrogas, aprovou a Política Nacional sobre Drogas (BRASIL, 2005). A Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad); prescreveu medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; fixou normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas e definiu crimes (BRASIL, 2006). O Decreto nº 6.117, de 22 de maio de 2007, aprovou a Política Nacional sobre o Álcool e dispôs sobre medidas para reduzir o uso indevido de álcool e sua associação com a violência e crime (BRASIL, 2007). A Portaria MS nº 1.190, de 4 de junho de 2009, instituiu o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS (PEAD 2009-2010) e definiu diretrizes, ações e metas (BRASIL, 2009b). A Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, dispôs sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social; regulou a isenção de contribuições para a seguridade social a pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, incluindo as CT (BRASIL, 2009a). O Decreto nº 7.179 de 20 de maio de 2010, instituiu o plano integrado de enfrentamento ao crack e outras drogas e criou seu comitê gestor (BRASIL, 2010a).

Em seguida, a Portaria MS nº 122, de 25 de janeiro de 2011, definiu as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua (BRASIL, 2011c). A Portaria MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da AB, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2011d). O Decreto nº 7.637, de 8 de dezembro de 2011, alterou o Decreto nº 7.179/2010 (BRASIL, 2011b). A Portaria MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS (BRASIL, 2011e).

Ademais, a Portaria MS nº 131, de 26 de janeiro de 2012, instituiu incentivo financeiro de custeio destinado aos estados, municípios e ao distrito federal, para apoiar o custeio de serviços de atenção em regime residencial na RAPS, incluindo CT, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas (BRASIL, 2012a). A Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) publicou a Portaria nº 10, de 28 de fevereiro de 2014, que acrescentou modelo de relatório de fiscalização de CT, e definiu as CT como entidades que prestam serviços de acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa (BRASIL, 2014). A Resolução MJ nº 1, de 19 de agosto de 2015, regulamentou no âmbito do SISNAD as CT, como entidades que

prestam, em caráter voluntário, acolhimento de pessoas com problemas associados ao uso nocivo ou à dependência de álcool e outras drogas (BRASIL, 2015a). A Portaria nº 834, de 26 de abril de 2016, redefiniu os procedimentos relativos à certificação das entidades beneficentes de assistência social na área de saúde (BRASIL, 2016a). A Portaria MS nº 1.482, de 25 de outubro de 2016, incluiu as CT no CNES (BRASIL, 2016b).

A Resolução MS nº 32, de 17 de dezembro de 2017, fixou diretrizes para fortalecer a RAPS, com a regulamentação da “nova” Política de Saúde Mental, o reforço do retorno do hospital psiquiátrico como instituição de tratamento e, com o fortalecimento da parceria e do apoio intersetorial com as CT; aprovou a criação da modalidade de CAPS do Tipo IV e anunciou como componentes e pontos da atenção da RAPS: AB; CnR; Centros de Convivência; UA (Adulto e Infanto-Juvenil); SRT I e II; Hospital Dia; Unidades de Referência Especializadas em Hospitais Gerais; CAPS nas suas diversas modalidades; Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental; Hospitais Psiquiátricos Especializados (BRASIL, 2017a). Tais diretrizes foram incorporadas pela Portaria MS nº 3.588, que alterou a Portaria MS nº 3.088/2011 (BRASIL, 2017b).

Importante destacar que a Resolução MJ nº 1, de 9 de março de 2018, anunciou mudanças no alinhamento da política nacional sobre drogas, relativamente às intervenções, que deixam de adotar a estratégia de redução de danos, que foi substituída pelo enfoque do estímulo da abstinência total (BRASIL, 2018a). Já a Portaria nº 3.659, de 14 de novembro de 2018, suspendeu o repasse do recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de CAPS, SRT, UA e de Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, integrantes da RAPS, em razão da ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS (BRASIL, 2018b). Como agravante, a Nota Técnica MS nº 11/2019, de 4 de fevereiro de 2019, retomou o financiamento da compra de aparelhos de Eletroconvulsoterapia (BRASIL, 2019d).

Ademais, o Decreto nº 9.761/2019 aprovou a “nova” Política Nacional sobre Drogas (Pnad), extinguiu a adoção de estratégias do MS atinentes à redução de danos e definiu como parâmetro o tratamento firmado na abstinência (BRASIL, 2019a). A Lei nº 13.840, de 05 de junho de 2019, alterou a Lei nº 11.343/2006 que instituiu a “Nova Lei de Drogas” (BRASIL, 2019b). A Lei nº 13.886, de 17 de outubro de 2019, instituiu, no âmbito do Ministério da Justiça e Segurança Pública, o FUNAD, a ser gerido pela SENAD (BRASIL, 2019c). E, a Portaria nº 1, de 10 de janeiro de 2020, publicada pelo Ministério da Justiça e Segurança Pública, regulamentou o art. 63-D da Lei n.º 11.343/2006, dispondo sobre a incorporação e a doação de bens do Fundo Nacional Antidrogas (BRASIL, 2020).

A contemplação dos instrumentos políticos-legais nacionais recentes supramencionados

oportuniza a evidência dos vieses, dos tensionamentos e dos paradoxos intrínsecos às perspectivas que atravessam a evolução das políticas públicas sobre álcool e outras drogas no Brasil, no contexto do século XXI.

A propósito, Lermen, Datora e Capra-Ramos (2014) interpretam que, historicamente, as políticas públicas de saúde permitiram a existência de uma lacuna quanto às pessoas que usam álcool e outras drogas, ao delegar a responsabilidade por esta clientela à Justiça, à segurança pública e às associações religiosas. Essa atitude certificou a premissa de que qualquer usuário de substâncias psicoativas é um “doente mental” e, portanto, incapaz de responder por suas escolhas, validando modelos de tratamento convergentes para o uso mandatório da abstinência.

Em contrapartida, Claudia Silva (2014) chama atenção para o fato de que a simples passagem do controle sobre o uso de drogas do campo jurídico para o campo sanitário, da referência às leis para a referência às normas produzidas pelos saberes da saúde, não garante, a priori, uma transformação radical na abordagem do problema. Em outras palavras, a ruptura com o modelo repressivo, coercitivo e segregativo depende, mais do que da transferência para outra instituição (da Justiça para a Saúde) ou do formato da abordagem (da prisão para a internação), da construção de uma nova ética. Assim, a construção ou não dessa nova ética na assistência e na política sobre drogas, implica em uma responsabilidade coletiva da sociedade brasileira, que poderá determinar ou impedir a reedição do – triste, longo e ainda em desconstrução – processo (real e simbólico) de aprisionamento da loucura.

Especificamente acerca da relação entre as reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil, documento técnico produzido pela Fiocruz e a Fundação Calouste Gulbenkian (2015) esclarece que o ambiente político favorável encontrado no final da década de 1980 (em termos da redemocratização do país, promulgação da Constituição Federal de 1988 e da criação do SUS, agregado ao ativismo dos movimentos sociais e de trabalhadores, e da construção de um arcabouço normativo favorável, serviram como solo fértil para a germinação das bases do novo modelo clínico/político de cuidados em saúde mental. Com efeito, sucedeu-se a implantação e o desenvolvimento de uma rede comunitária, que surgiu como um sistema substitutivo ao cenário hospitalocêntrico até então hegemônico, configurando uma realidade de âmbito nacional, cujo conjunto de ações e serviços persiste em pleno regime de expansão.

Por outro lado, Ramminger (2014) elucida que, embora seja reconhecido que a reforma psiquiátrica foi conduzida à política de governo pelas mãos da reforma sanitária, há uma ênfase muito maior na influência de experiências estrangeiras do que naquelas vivenciadas a partir da implantação do SUS. Isso se revela através da referência sobre o novo cuidado que inclui alguns deslizamentos conceituais que dão uma ideia das mudanças pretendidas, por exemplo: do saber

médico-psiquiátrico para a interdisciplinaridade; de doente mental para portador de sofrimento psíquico; de muros dos hospitais psiquiátricos para a circulação pela cidade; de paciente para usuário; da clínica psiquiátrica para a atenção psicossocial; do incapaz tutelado para cidadão.

Todavia, Nunes, Guimarães e Sampaio (2016) explicitam que um dos maiores entraves existentes na transição do modelo psiquiátrico asilar para o modelo psicossocial territorial é a sobrevivência de um padrão sociocultural que legitima a segregação das diferenças. Assim, apesar dos avanços, principalmente em termos legislativos, e a despeito da ampliação dos pontos de atenção da RAPS, persiste a manutenção e/ou reprodução do modelo psiquiátrico asilar, que favorece o adoecimento dos usuários e, também, dos trabalhadores que atuam na saúde mental. Adiciona-se a isso a produção do estigma do usuário, como assinala Flávia Silva (2014), que empobrece a política e a clínica (entendendo-se que toda clínica é conjuntamente política), além de gerar mais sofrimento e exclusão; ou ainda, a inclusão em lógicas perversas de controle e de tutela da pessoa, a exemplo do que se testemunha nas internações compulsórias em massa, que fecham nossa visão para a largueza do outro.

Sousa e Jorge (2019) elucidam que nos últimos 20 anos, o movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira tem, insistentemente, colocado para a sociedade a necessidade de se abolir o hospital psiquiátrico como local de acompanhamento das pessoas com transtornos mentais, por ser alicerçado em um modelo manicomial baseado na segregação e na violação de direitos. Entretanto, a convivência entre os serviços substitutivos e os hospitais psiquiátricos no âmbito nacional é algo ainda não foi superado, que permanece como um impasse na reversão do modelo de atenção em saúde mental no país. Sobre essa óptica, Amarante (2007) alerta que a reforma psiquiátrica não se resume à criação de serviços, pois requer uma transformação mais ampla na relação estabelecida entre sociedade e loucura.

Inclusive, Santos (2020) avalia que, nos últimos anos temos visto o Estado colocar em prática um projeto neoconservador de higienização das diversidades psicossociais e de dominação política de corpos através da constante liberação de resoluções, portarias, alterações e decretos. Assim, vivenciamos atualmente um contexto sociopolítico de retrocesso, que enaltece a lógica da prisão de sujeitos com transtornos mentais em espaços asilares, hospitalocêntricos e manicomiais, em detrimento do cuidado em território, da humanização, da liberdade e do respeito aos direitos humanos e do que estabelece a Lei Federal nº 10.216/2001.

Nessa esteira, Martins (2019) compreende que a crise se iniciou de maneira mais contundente quando no ano 2015, por influência da presidenta Dilma Roussef, a política de saúde mental teve de incluir as CT como pontos de atenção da RAPS. Então, os retrocessos seguiram com o golpe que favoreceu o presidente Michel Temer, que colocou em prática um

projeto político de bases conservadoras e antidemocráticas, que impulsionou, no âmbito da saúde mental, uma série de mudanças devastadoras que vem desconfigurando a agenda antimanicomial. A fim de consolidar esse projeto político, foi eleito o presidente Jair Bolsonaro, tendo como aliados a bancada parlamentar conhecida popularmente como a bancada “boi, bala e bíblia”, que agrega latifundiários, defensores da liberação do uso de armas e evangélicos. Foi neste cenário caótico, de profunda crise do modelo democrático, que as políticas públicas sobre álcool e outras drogas foram redirecionadas, e os hospitais psiquiátricos, juntamente às CT, retornaram como centrais na assistência.

Para mais, Araújo e Sá (2021) assinalam que as recentes propostas aprovadas, apoiadas e sustentadas pela coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do MS representam um grave ataque à luta antimanicomial, uma vez que congelam investimentos, rompem com a ótica de desestruturação dos manicômios, incluem as CT e trazem de volta os hospitais psiquiátricos para a RAPS. Além de que ressoam na extinção da lógica da redução de danos, basilar no cuidado a pessoas em uso de álcool e outras drogas, devido à sua complexa lógica de um trabalho essencialmente intersetorial, integral, que contempla as singularidades, as possibilidades e as escolhas de cada pessoa, em determinado contexto e território.

Logo, como assinalam Sousa e Jorge (2019), cabe atentar para as distorções instituídas nas recentes resoluções e portarias aprovadas pelo MS, ao inserir o Hospital Psiquiátrico no modelo de atenção psicossocial. Nesse sentido, há grupos de interesses fundamentalistas e neoliberais que ameaçam e atacam toda uma conjuntura de luta política e social exercida pelo processo de democratização histórico da Reforma Psiquiátrica brasileira. Daí, mesmo que o campo da saúde mental tenha experimentando avanços através das experiências impulsionadas pela Reforma Psiquiátrica, perdura um cenário alicerçado num modelo de atenção médico-centrado hegemônico, no qual os serviços substitutivos de atenção psicossocial não vêm conseguindo dar suporte efetivo às pessoas com transtorno mental na RAPS, configurando práticas que, paradoxalmente, potencializam as internações psiquiátricas e a permanência do hospital psiquiátrico como lugar de cuidado em saúde mental.

Para Amarante (2007), esse cenário revela mudanças que não aconteceram de maneira linear, evidenciando a complexidade de um processo social que entrelaça dimensões simultâneas, que ora criam contradições, ora convergem. Por isto, como enfatizam Sousa e Jorge (2019), seria ingênuo negar a convivência paradoxal que persiste entre a atenção psicossocial e o serviço hospitalar psiquiátrico. Assim, Costa *et al.* (2015) julgam que as redes de atenção a usuários de álcool e outras drogas têm sido cada vez mais vistas de modo reificado, como panaceias sobre o cuidado, em alguns momentos, com leituras idealizadas, romantizadas.

Adicionalmente, Amarante (2007) considera que a saúde mental compõe um campo polissêmico e plural, porque diz respeito ao estado mental dos sujeitos e das coletividades, que são condições altamente complexas. Nesse contexto, Bastos (2015) exorta que, particularmente, a política de drogas integra o grande conjunto de legislações, normas e políticas públicas que versam sobre comportamentos e atitudes individuais e microsociais, julgados como temas tabu/ objeto de polêmicas, tal qual ocorre em relação a temas como: saúde sexual e reprodutiva (a exemplo, contracepção e aborto); da proteção e eventual promoção dos direitos de diferentes minorias (por exemplo, leis anti-racismo, cotas raciais/étnicas); e atinente a assuntos que têm sido objeto permanente de debates ácidos, tais como, a definição de maioria/minoridade, os papéis dos responsáveis e guardiões legais – e quanto à definição das infrações e dos direitos desses jovens (direito a voto, apenação de menores, legislação antipedofilia, etc.).

Isto posto, Flávia Silva (2014) entende que a tessitura de uma clínica direcionada a pessoas em uso de drogas em nossos tempos significa, certamente, sustentar uma resistência, já que certa concepção de cidade, higienizada, pacificada, ordenada, harmônica à “guerra às drogas” - em seus efeitos de criminalização e exclusão - atravessa as duras linhas das políticas voltadas a pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas. Portanto, é imperativo que a clínica alargue sua mirada, extrapolando a dimensão química, de modo que consiga olhar para a história da pessoa (e da sociedade) e a geografia, inclusive afetiva dos usos, e possa também alargar as possibilidades de intervenção. Em outras palavras, a clínica precisa se aproximar do enfoque da RD, da sua pragmática como política e estratégia, enquanto ética do cuidado.

Consoante Dias e Macerata (2014), a RD configura um paradigma clínico, ético, político para a questão das drogas, alternativo ao paradigma hegemônico, como uma prática calcada na experiência, através da qual são promovidas iniciativas de cuidado, tais como: ir aos territórios de uso; construção de estratégias a partir do conhecimento deste ambiente e de suas singularidades; produção de vínculo; oferta de insumos. Contudo, se temos o paradigma da abstinência como dominante nos campos de saber e de intervenção que se encarregam do problema das drogas, a saúde pública não está livre da dominação segundo a qual as drogas, notadamente as etiquetadas como ilícitas, são tratadas na qualidade de problema moral, e, as vivências singulares dos indivíduos são excluídas em nome de normas transcendentais.

Além do mais, o cuidado a pessoas em uso prejudicial de álcool e drogas reivindica, como adverte Ramminger (2014), novos paradigmas e conceitos, bem como a invenção de outros modos de intervir, de gerir serviços, de relacionar-se, trabalhar. Como defende Flávia Silva (2014), exige a magnitude da resistência na clínica com essas pessoas, que se afirme por intermédio da radicalidade de uma escuta radical, que oportunize, entre narrativas dominantes,

cavar brechas por onde passem dissonâncias; e, se teçam diferenças, possibilidades de ser e de existir no mundo mais largas e livres.

3.2 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Para Franco e Merhy (2012), todo processo de trabalho em saúde opera em redes, dado que as redes são constitutivas dos sistemas produtivos; possuem caráter rizomático, pois se constituem no interior dos serviços de saúde, em especial na micropolítica dos processos de trabalho; e têm caráter auto-analítico e autogestionário, já que operam com base no trabalho vivo em ato, consoante as múltiplas conexões possíveis a partir do ambiente de produção. Nessa lógica, Macedo *et al.* (2017), asseveram que o debate sobre descentralização e regionalização na saúde mental no Brasil tem acompanhado o debate nacional na saúde pública, ganhando força nos últimos anos, com o intento de fortalecer a participação dos municípios na construção de uma rede integral de serviços, que priorize ações territoriais e de base comunitária.

No cenário de produção da saúde, Franco e Merhy (2012) explicam que existem as redes modelares, que se organizam pautadas no desenvolvimento de práticas de reprodução da realidade, repetindo velhos métodos de gestão do cuidado, capturadas por sistemas normativos de significação da realidade, que serializam as práticas de cuidado, quebrando a lógica das singularidades existentes no trabalhador e no usuário. Ademais, existem as redes que se organizam em conexões e fluxos contínuos de cuidado, sendo produto e ao mesmo tempo produtoras da ação dos indivíduos singulares, e que se colocam como protagonistas em um serviço de saúde. Particularmente estas redes compõem um mapa que se vai formando como se suas linhas navegassem sobre a realidade, em alta intensidade de fluxos, carregando alta potência de constituição do novo, como um devir para os serviços de saúde, associados ao cuidado e centradas nos campos de necessidades dos usuários.

Varela *et al.* (2016) alertam que o uso, o abuso e a dependência de álcool e outras drogas, acatado como um sério problema de saúde pública na sociedade contemporânea, tem se tornado centro de diversas políticas públicas no Brasil, exigindo ações e serviços adequadamente organizados, articulados e resolutivos, especialmente no âmbito do SUS. Em vista disso, Costa *et al.* (2015) elucidam que a RAPS articula pontos de atenção à saúde para pessoas em situação de sofrimento ou transtorno mental e com necessidades associadas ao uso prejudicial de álcool e outras drogas. Assim, quando se fala da rede assistencial sobre drogas, carece ter em mente o seu embasamento na RAS e com a RAPS, articulando a atenção a usuários de substâncias psicoativas com a atenção à saúde e em saúde mental, fundamentado

nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica.

Para Macedo *et al.* (2017), a regionalização da RAPS é um desafio para a Política Nacional de Saúde Mental no Brasil, porque exige ampliação do acesso e a melhora da qualidade de atenção em todos os níveis no SUS. Destarte, houve muitos avanços com a finalidade de instituir uma rede “integrada” de serviços, sob o prisma da regionalização em cada território de saúde, como se constata com o maior número e a diversidade de serviços implantados nas regiões do país, pela tendência à interiorização da assistência em municípios de médio e pequeno portes, pela forte participação da atenção básica no cuidado continuado, pela descentralização dos leitos de atenção psicossocial e de SRT em grandes cidades. Muito embora se evidencie esses avanços, persistem problemas como, o subfinanciamento do setor público, a forte dependência do setor privado, a dificuldade de colaboração entre municípios, a multiplicidade de instâncias responsáveis pela coordenação, a hegemonia da racionalidade instrumental/técnica, os frágeis mecanismos de regulação do trabalho – aspectos esses que são históricos, desde a implantação do SUS.

Acerca dessa conjuntura, Ribeiro *et al.* (2016b) lembram dos serviços disponíveis na RAPS que são desvinculados dos protocolos preconizados pelo MS. Nessa esteira encontra-se a rede filantrópica difusa composta pelas CT, que tem se disseminado, apesar da inexistência da adoção de protocolos clínicos nestas instituições. A expansão desses serviços e o financiamento governamental oferecido podem gerar insatisfações entre especialistas e dirigentes mais diretamente vinculados à Reforma Psiquiátrica brasileira. Além disso, outros setores governamentais têm sido convocados a preencher o espaço antes preconizado ao setor da saúde, em resposta à demanda por tratamento e o suporte aos usuários de álcool e outras drogas – fato que é ilustrado pelo surgimento de novos centros e abrigos de assistência social.

Nesse vertente, Lima (2010) destacam a ineficiência do modelo repressor ainda vigente no país, marcado pela precarização dos vínculos dos trabalhadores da saúde, pela não estabilidade das equipes, pelo baixo financiamento e insuficiência de serviços, tais como, os leitos em hospital geral, os CAPS AD, os ambulatorios, a ESF, os redutores de danos, CnR, as casas de passagem. Soma-se a tais, a pouca participação popular junto aos meios de controle e mobilização social provocado sobretudo pela política proibicionista sobre drogas. Paralelamente, Totugui *et al.* (2010) reconhecem a fragilidade das intervenções de tendência simplista e reducionista voltadas a pessoas que usam álcool e outras drogas, ao passo em que admitem a diversidade dos problemas de saúde e sociais relativos ao uso, principalmente do crack. Além disso, focalizam como estratégica de atenção a caracterização dos usuários, a fixação de princípios básicos para intervenção e a integração da RAS em todos os níveis.

Em virtude dessas fragilidades, Costa, Ronzani e Colugnati (2017) situam que as redes devem valorizar uma diversificação de estratégias de cuidado e de modalidades de tratamento, assegurando o estabelecimento de um cuidado contínuo e integral, e não de ações fragmentadas e pontuais. Esta amplitude de tipologias deve, até mesmo, ir além da droga/substância, com foco na patologia, e considerar o cuidado como um processo que fomenta a autonomia e a cidadania das pessoas assistidas. Porquanto, as redes não significam meras abstrações, moldadas pelos contextos sociais, econômicos e políticos em que se inserem; mas, são moldadas pelas pessoas e pelos dispositivos que as compõem, por seus valores e concepções.

Para além dessas nuances, Costa, Ronzani e Colugnati (2017) apontam dois outros conceitos fundamentais alusivos à estruturação da RAS a usuários de álcool e outras drogas, o de integralidade e o de intersetorialidade. De acordo com os autores, ambos os conceitos estão inter-relacionados e trazem consigo a necessidade de trabalho interdisciplinar; daí, para garantir de fato a integralidade do cuidado, é indispensável que exista uma lógica intersetorial e interdisciplinar, ao mesmo tempo.

Cabe ponderar também que o trabalho na saúde é centrado no trabalho vivo, no qual existe uma produção subjetiva do cuidado. Este reconhecimento, segundo Franco e Merhy (2012), permite aprofundar a compreensão dos fenômenos que envolvem o trabalho na saúde e a produção do cuidado, ensejando a articulação de novos arranjos para os processos de produção do cuidado, relativos ao campo das necessidades dos usuários e ao seu núcleo solidário. Nesse sentido, Varela *et al.* (2016) advogam que a constituição da rede de cuidados no Brasil delimita um processo desafiante. E, a despeito da lacuna de pesquisas brasileiras que avaliem a articulação entre distintos serviços de saúde para atenção a pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas, na literatura há registros de situações que revelam sinais de fragilidades da atenção a esses indivíduos, fato que, de certo, interfere na resolubilidade dos casos.

Diante dessa conjuntura, Ribeiro *et al.* (2016b) entendem como principais desafios para diferentes governos, em termos de implantação de redes comunitárias, as necessidades decorrentes da desospitalização e da emergência da agenda de álcool e outras drogas na última década. Jorge, Pontes e Ferreira (2016) asseveram que a construção de redes vivas ultrapassa em muito os limites do setor saúde, reclamando outros processos de parcerias e articulações. Já Costa *et al.* (2015), defendem a ampliação da cobertura nos serviços, o fortalecimento de ações intersetoriais que articulem o cuidado nas redes de atenção à saúde e psicossocial, a readequação da formação profissional, o aprimoramento das condições de trabalho, a definição de planejamentos terapêuticos, além de profissionais preparados para exercer tais funções, visto que, em tempos onde vários interesses estão em jogo nessa área, não se pode enfraquecer os

serviços ofertados e gerenciados pelo Estado como principal estratégia assistencial.

Especificamente ao cuidado na RAS, Schiffler e Abrahão (2014), admoestam que a produção do cuidado em redes de atenção complexas convoca a experimentar modos de investigação capazes de produzir análise a partir do ato cuidador, enquanto processo constitutivo do encontro entre usuário e profissional de saúde. Como efeito, essa perspectiva concorda com de redes vivas, acerca da qual Gomes *et al.* (2016) atestam que a delicadeza da fabricação das redes vivas ocorre a cada encontro entre as equipes de saúde e a população que demanda cuidado, e só pode ser construída a partir da pessoa que faz o pedido do cuidado. Nesse sentido, ao passo em que as redes vivas trazem o usuário e o profissional de saúde para o protagonismo da construção da linha de cuidado, carecem de uma corresponsabilização por essa construção. Logo, sua fabricação exige, de fato, reconhecer que a produção do cuidado não se dá fora da pessoa que sofre e sim, no encontro tecido entre usuário e profissional de saúde.

Em harmonia com tal enfoque, Jorge, Pontes e Ferreira (2016) avaliam que se deve olhar para o usuário e para a diversidade de redes que ele consegue articular, no cotidiano do trabalho nos serviços de saúde, e em nós mesmos. Para tanto, isso solicita novos modos de agir dos trabalhadores, e de operacionalização dos serviços, através da reinvenção da forma da produção do cuidado, e de si próprios. Exige, ainda, a incorporação de tecnologias leves na produção do cuidado, as quais se revelem na delicadeza e na capacidade de se abrir para a necessidade singular do Outro no cotidiano, no sentido da produção de mais vida para ele e para nós mesmos. Conseqüentemente, a construção de pessoas mais autônomas perpassa a consideração da produção de vida existente nas tantas redes existenciais que os usuários constroem em seus modos singulares de andar a vida. Daí, compete a nós, trabalhadores, gestores e pesquisadores, enxergarmos e valorizarmos no nosso cuidar o andar a vida dos usuários, para torná-los protagonistas e copartícipes da construção dos seus próprios projetos existenciais.

Isto posto, como adverte Lima (2018), é fulcral apostar na trindade “integralidade-compartilhamento do cuidado-intersetorialidade”, enquanto pressuposto basilar na construção do cuidado e do trabalho em rede; a fim de que, com isso, seja possível extrapolar os fluxos assistências labirínticos, em direção à concretização da RAPS em território.

3.3 O CUIDADO A PESSOAS QUE USAM ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Para Boff (2008), cuidar designa mais que um ato, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e desvelo. Representa uma atitude de ocupação, de preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro. A esse respeito, Franco e Merhy

(2012) consideram que há uma dimensão subjetiva nos atos produtivos do cuidado, potencializada pela constatação de que o trabalho em saúde se dá sempre em um encontro, mediado por certa ética do cuidado. Desta forma, o elemento humano é central, garante o caráter produtor do cuidado. Com efeito, o modelo assistencial não se conforma por uma determinação, mas por atos de produção imanentes ao processo, gerados pelos trabalhadores em relação.

A compreensão do termo cuidado denota, segundo Ayres (2009) uma “categoria reconstrutiva” (p.62), um subsídio teórico-conceitual, que pode contribuir com o núcleo da saúde coletiva, e com a saúde em geral – enquanto campo de conhecimento e de práticas – no processo de produção de práticas em saúde que, por sua vez, contribuam a construção de “uma vida que se quer feliz” (p.63). O autor aborda o cuidado sob quatro perspectivas: a abordagem ontológica, a genealógica, a crítica e, a abordagem reconstrutiva.

A abordagem ontológica retratada por Ayres (2009) focaliza o cuidado como um “constructo filosófico” (p.42), uma compreensão filosófica e uma atitude prática que se constitui nos processos de interação intersubjetiva, na qual um ou mais sujeitos demandam certa ação terapêutica e um ou mais sujeitos, sustentados por um conhecimento específico, oferecem tal ação. No que concerne à abordagem genealógica, esta valoriza o cuidado de si como elemento doutrinário e como uma atitude, uma forma de viver, uma prática social (ou práticas sociais) – que passa, ao longo da história, a se relacionar com a medicina, produzindo conhecimentos e práticas. Já a terceira abordagem (crítica), tece críticas acerca das práticas de saúde que se desenvolvem, mormente a partir da medicina moderna, como técnicas específicas atribuídas ao exercício profissional de algumas categorias, profissões do campo da saúde. Por sua vez, a abordagem reconstrutiva, reconhece que o cuidado deve usar para além dos artefatos tecnoassistenciais, toda a sabedoria disponível, valorizando a “sabedoria prática” do sujeito encarregado de cuidar e, também, a sabedoria do sujeito que demanda cuidado, no sentido de dar atenção aos projetos existenciais dos sujeitos e coletividades.

Importante destacar que, a terceira perspectiva focalizada por Ayres (2009), a da abordagem genealógica, tem como inspiração as ideias de Foucault (2014), que chama de “cuidado de si” um princípio geral de ética, marcante na Antiguidade, que incitava os indivíduos a ocuparem-se consigo próprios, a cuidarem de si, por meio de práticas variadas, de diferentes exercícios elaborados ao redor desta ideia. Desse modo, aquele indivíduo que cuida de si, dos próprios afazeres, das suas funções como dono de casa, como esposo ou pai, saberá manter relações adequadas e prudentes para com seus entes próximos. Além do mais, conforme Foucault, é a partir do trato ético despertado pelo cuidado de si nas relações dos indivíduos, para consigo e para com os outros, que se desenvolve um sujeito ético-político de postura ativa,

cujas práticas não passam de esquemas que esta mesma pessoa encontra em sua cultura, e que lhe são propostos, sugeridos por sua sociedade e seu grupo social.

Dado que o cuidado é um processo centrado no trabalho vivo, Franco e Merhy (2012) compreendem que a produção do cuidado traz toda bagagem subjetiva que é própria do humano. Isso implica a possibilidade de interação, construção conjunta do projeto terapêutico, pois a liberdade aí presente faz do encontro algo inusitado e único, acoplando-se à singularidade do usuário, aproximando ao máximo as atividades de trabalho e produção do cuidado às suas reais necessidades. Sobre isso, Carnut (2017) pondera que pensar no cuidado como prática sanitária já é, em si, ter o outro como um todo. Daí, os profissionais que escolhem a área da saúde, em algum momento, pensam o quanto de suas vidas precisarão dedicar a um ‘outro’, que não conhecerão previamente e que será alvo do seu altruísmo, como prática profissional e de vida.

Merhy (2002) considera que as tecnologias de produção do cuidado em saúde subdividem-se em três categorias: as tecnologias leves, referentes às relações de produção de vínculo, acolhimento e gestão dos processos de trabalho; as tecnologias leve-duras, relacionadas aos saberes já estruturados, tais como a clínica médica, a clínica psicanalítica e a epidemiologia; e, as tecnologias duras, representadas pelos equipamentos tecnológicos, que incluem tanto as máquinas como as normas e estruturas organizacionais.

A par das tecnologias de produção do cuidado em saúde, Franco e Merhy (2013) alertam que, a promoção de uma “transição tecnológica” solicita que a reestruturação produtiva avance no sentido de romper com as atuais estruturas do modelo biomédico, do processo produtivo centrado no ato prescritivo, organizando processos de trabalho mais relacionais. Em contrapartida, se um processo de reestruturação dos atos cuidativos não chega a este patamar, ele deixa de ser instituinte para se instituir como território fixo, recrudescendo, engessando, enrijecendo as estruturas componentes do processo de trabalho; interditando agenciamentos de desejo que se manifestam e são ativos na construção de novos territórios das práticas em saúde.

De acordo com Pereira, Barros e Augusto (2011), o giro de um conceito biomédico de saúde para um biopsicossocial exige uma série de reconfigurações (ou re-significações) nos sentidos de saúde-doença-cura, do tratar-cuidar, bem como de noções de saúde coletiva, comunidade, controle social, avaliação, corpo, culturas, saberes populares/especializados, participação, cooperação, etc. Efetivamente, delimita o giro da complexidade, do olhar para nossa ação sobre o mundo, sobre o outro e sobre nós mesmos na tensão de múltiplas histórias, contextos, sentimentos e sentidos que se (re)configuram em nós permanentemente. Com efeito, o momento assistencial compõe um momento subjetivador, inscreve processos corporais como fenômenos sociais que têm história e articulação com outros processos da vida, resgata

simbolismos, afetividades, potencialidades e a capacidade de criação na atenção à saúde.

Acerca dessa perspectiva, Andrade, Givigi e Abrahão (2018) explanam que há pelo menos dois direcionamentos para se pensar o cuidado. Um que pressupõe o assujeitamento dos indivíduos a códigos preestabelecidos, cujo paradigma é a produção de verdades que engessam as relações entre trabalhadores e usuários. O outro, pressupõe uma autonomia que coloca em jogo a possibilidade de conduzirmos, de cuidar de si, de inventarmos outras políticas da existência a partir de práticas não assujeitadoras. O cuidado que queremos afirmar no campo da produção de saúde aponta para esta última opção - para a possibilidade da produção singular da/na existência, que se abra para diferentes modos de ver, ouvir, pensar, sentir e de cuidar.

Aliás, Sundfeld, Feuerwerker e Bertussi (2016) explicam que o cuidado se constitui no plano dos encontros, é imanente e recortado por desconfortos, riscos, negociações, efeitos imprevisíveis. É tecido nas conexões atravessadas por vetores macro e micropolíticos; em que sucedem disputas entre concepções, de vida, de saúde, de clínica, de subjetivação, além de lutas entre distintos regimes de verdade. Nesses processos, o encontro pode favorecer um cuidado implicado com singularidades e/ou pode ser operado por protocolos e condutas com menor porosidade às diferenças. Mas, há sempre o risco de capturas. Daí a urgência de pensarmos a respeito da produção do cuidado e interrogarmos acerca das apostas que fazemos, assim como sobre seus efeitos na afirmação de modos de vida.

Particularmente no âmbito da saúde mental, o modelo psiquiátrico asilar, hospitalocêntrico, segue a lógica do paradigma biomédico. Conforme Nunes, Guimarães e Sampaio (2016), esse modelo enseja a reprodução da lógica de tratamento com ênfase no controle dos sintomas por meio da prescrição de medicamentos, e, por vezes, da internação psiquiátrica. Nesses termos, o doente se torna útil ao complexo médico-industrial, enquanto um consumidor de planos de saúde, de serviços ambulatoriais/ hospitalares, de exames laboratoriais e medicamentos. Ou seja, a doença é o objeto de intervenção e o indivíduo é caracterizado como um subcidadão, desprovido de protagonismo e autonomia, tendo seus direitos violentados.

Diante disso, Ramminger (2014) opina que o cuidado em saúde mental não pode mais ser reduzido a uma atividade caridosa ou à execução de tarefas, baseadas no conhecimento técnico-científico. Exige um trabalhador implicado política e afetivamente com a transformação dos modos de cuidar e de se relacionar com a loucura; que trabalhe de forma interdisciplinar, na articulação da gestão com a clínica, circulando pela cidade, considerando um duplo papel como agenciador do cuidado e da rede - não apenas de saúde, mas também de suporte social.

Especificamente à atenção a pessoas com necessidades relacionadas ao uso prejudicial de álcool e outras drogas, o cuidado consiste em promover uma atenção integral à pessoa,

entendendo como estão as dimensões e suas correlações, e como elas causam o sofrimento psíquico. Essa identificação proporciona a elaboração de estratégias e intervenções para as diversas esferas envolvidas no sofrimento. Ademais, muitas vezes, na história de vida dos sujeitos, o uso da droga não é, no primeiro momento, o fator que desencadeia o sofrimento, mas atua como forma de compensação a um desequilíbrio entre as esferas da vida do usuário; como uma estratégia prazerosa nesta conjuntura para minimizar o sofrimento e equalizar essas esferas de vida. Então, contraditoriamente, as consequências negativas do uso da substância fazem com que a pessoa procure o SUS, que deve acolher suas demandas na forma como ela apresenta, respeitando-a. Por isso, convém compreender o processo dinâmico de coprodução de saúde, e que o trabalhador, ao fazer este acolhimento, também pode ser afetado em suas esferas pelo atendimento (ou seja, pode entrar em sofrimento ao ver o sofrimento do outro) - movimento que precisa ser refletido e discutido em equipe de saúde (BRASIL, 2015c).

A esse respeito, Sena *et al.* (2017) ilustram que o uso de drogas compõe um processo ambíguo, que solicita a apreensão de diferentes perfis de cuidado, haja vista a singularidade intrínseca à relação que o usuário constitui com a droga. Então, cabe aos profissionais de saúde reconhecerem as diversas possibilidades de cuidado e favorecerem a construção de projetos terapêuticos baseados na escuta e no respeito às demandas das pessoas. Assim, Vasconcelos, Machado e Protazio (2015) apregoam que todos/as nós que pretendemos manter viva a ideia de uma clínica antimanicomial estamos no momento de interrogar o cuidado em álcool e outras drogas que temos produzido, no intuito de não repetirmos o que está dado. Em outros termos, o foco do enfrentamento não deve ser a droga, mas, os temas, as práticas e os conceitos que tendemos a naturalizar no desenvolvimento de ações de saúde, tais como, corpo, território, uso/usuários de droga/atenção/intervenções em álcool e outras drogas, cuidado em rede.

Em continuidade, Carnut (2017) analisa que, mesmo sob o advento da conjuntura político-social adversa na qual o Brasil se encontra na atualidade, é necessário insistir na defesa de um modo de produzir saúde que não esteja às expensas da lógica capitalista, que desumaniza e impede a concretização da saúde como processo civilizatório. Portanto, resistir é hoje (re)existir; é reinventar-se e projetar-se para os anos vindouros, sendo a defesa do cuidado integral fundante para todos nós.

Concomitantemente, Cardoso, Oliveira e Piani (2016) sugerem como fundamental que os atores envolvidos no cuidado a pessoas em sofrimento psíquico ou transtorno mental reconheçam e respeitem as escolhas feitas pelos usuários no que diz respeito aos seus itinerários terapêuticos, pois as estratégias e os recursos adotados pelas pessoas traduzem uma forma de autonomia que deve ser apoiada e motivada nos diversos âmbitos da vida e, em especial, no

cotidiano dos serviços de saúde. Essa compreensão corrobora o ponto de vista de Franco e Hubner (2019), consonante os quais a subjetividade e os processos de subjetivação são aspectos elementares no processo terapêutico e no cuidado em saúde. Como efeito, o usuário deve ser o protagonista do seu próprio projeto terapêutico; e as práticas precisam ser mais dialógicas, reconhecer as necessidades de saúde de cada usuário e seu modo de estar no mundo.

Inclusive, Siqueira *et al.* (2018) testificam que o mundo da vida do usuário de substâncias psicoativas é permeado por agravos à saúde e por afetações as mais diversas nos relacionamentos sociais, notadamente manifestas por meio de perdas na estrutura familiar e abandono de pais e filhos, assim como, por perda de amores, da confiança, da moral e de bens materiais. Essa conjunção compreende seus motivos da ação da procura pelo tratamento. Daí, a procura por cuidado se associa ao propósito pessoal do indivíduo, de reconstrução das relações familiares e de conseguir a reinserção social. Isso sugere que os profissionais de saúde necessitam conhecer os motivos pelos quais o usuário procura tratamento, tendo em conta o desenvolvimento de um cuidado singular, que seja pautado na necessidade de cada um; e, precisam auxiliar o usuário na busca de estratégias para lidar com as dificuldades no contexto familiar e social, estimulando-o a refletir, a projetar e a agir no seu mundo da vida.

Em face do exposto, a produção do cuidado na RAPS a pessoas que usam álcool e outras drogas exige a óptica da itinerância, proposta por Lemke e Silva (2011), segundo os quais o cuidado deve ser contextualizado à existência e aos modos de vida dos usuários; precisa se fundamentar na desinstitucionalização das práticas e na construção da integralidade; carece enaltecer a busca ativa no território de vida das pessoas. Logo, a itinerância concebe uma estratégia potente para a atenção às demandas de usuários que não se adaptam aos equipamentos tradicionais de cuidado ou aos protocolos clínicos que exigem a abstinência; sendo igualmente vantajosa na abordagem de pessoas refratárias ao atendimento nos serviços de saúde mental.

Eminentemente, a produção do cuidado às pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas exige a anteposição da perspectiva da reabilitação psicossocial. Nessa direção, Sena *et al.* (2015) sustentam que a reabilitação psicossocial se processa por meio do empreendimento de ações capazes de facilitar a vida de pessoas que usam substâncias psicoativas e de devolver-lhes a possibilidade de serem inseridos socialmente, através de estratégias que impulsionem a autonomia, a emancipação, a redução do estigma, a valorização das suas capacidades pessoais e sociais. Como efeito, Bertolote (2001) atesta a reabilitação psicossocial na qualidade de estratégia e vontade política de cuidados, valiosa no auxílio de pessoas vulneráveis socialmente, no gerenciamento de suas vidas com maior autonomia e capacidade de escolha.

3.4 ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS

De acordo com Gerhardt, Burille e Müller (2016), os itinerários terapêuticos compõem uma ferramenta teórico-metodológica de análise das RAS, que permitem demonstrar como as práticas em saúde são construídas, revelando o cuidado nas diferentes formas e sistemas, retratando a multiplicidade da constituição, a qualidade dos vínculos e dos potenciais cuidadosos. Para tanto, tensionam práticas/noções construídas no campo da saúde sobre experiências de adoecimento, redes de apoio, acesso, adesão e escolhas terapêuticas, através de estudos de situações concretas que possam se aproximar do cuidado e da integralidade.

Pinheiro *et al.* (2016) advogam que os itinerários terapêuticos trazem para a discussão o potencial analítico de olhar para as relações sociais estabelecidas no cotidiano, com vistas a apreender o que estaria em jogo no processo de saúde-doença-cuidado. Dessa maneira, auxiliam na compreensão do papel que o encontro entre pessoas possui - encontro que ultrapassa a dimensão biológica e técnica do cuidado ao adoecido e faz aparecer uma dimensão relacional e simbólica, imbricada no que é posto em circulação nesses encontros.

Conforme Merhy, Feuerwerker e Silva (2012), todos os usuários das RAS estão fortemente ligados a determinadas equipes de saúde, e, apesar da existência de uma forte territorialização, não são seus usuários exclusivos, pois consomem e produzem outros laços. Deste modo, são "nômades", no sentido de serem produtores de redes de conexões existenciais não previstas e conhecidas no mundo do cuidado. A respeito desse enfoque, Silva *et al.* (2016) apontam que os usuários são fabricantes de redes vivas de conexões existenciais, que extrapolam os itinerários terapêuticos esperados e traçados no processo de cuidado. Conexões que devido às suas singularidades, frequentemente tem que ser construídas em ato, exigindo para sua tessitura o envolvimento dos trabalhadores ou até mesmo a reformulação de suas práticas, porque extrapolam os fluxos desenhados previamente.

No seu nomadismo, o usuário abre novas redes de cuidado que constrói para fora do sistema de saúde, em busca de vencer barreiras que não são facilmente visíveis, procurando associar outras estratégias de investigação não tão tradicionais, ou para apreender a construção dos fluxos existências, elementos os quais pertencem iminentemente ao território da produção da vida em si do próprio usuário (ABRAHÃO *et al.*, 2014). Daí, em virtude das características do campo da saúde e do modo como se produzem modos de viver, é imprescindível explorar o nomadismo único de cada usuário, tomando-o como um caso-guia, para, assim, evidenciar como eles constroem novas redes de cuidado, inclusive para fora do próprio sistema de saúde - muitas vezes para vencer barreiras nesse campo de práticas sociais, ou ao acaso, por encontros

imprevistos (MERHY; FEUERWERKER; SILVA, 2012).

Segundo Merhy *et al.* (2016), o conceito ferramenta usuário-guia parte de uma aposta ético-metodológica na qual a centralidade da experiência vivida pelo usuário desloca o olhar do investigador no sentido de assumir a perspectiva do usuário, no governo de si, como referência para os sentidos que devem ser dados às práticas de saúde. Feuerwerker, Bertussi e Merhy (2016) ressaltam que a noção de usuário-guia aposta em uma adesão dos profissionais à vida do outro como ética, deslocando o outro da posição de objeto para a de cofabricante do conhecimento e do cuidado. Já Santos, Oliveira e Pontes (2016) advertem que não basta olhar o usuário-guia como um sujeito singular, que possui a própria história e seu jeito de andar a vida, que não se enquadra em nossa “organização de redes” e responde a muito do que é preconizado, pois, ao se instituir, essa rede carrega consigo toda uma bagagem pronta, que vai se confrontar com muito do que é de fato constitutivo das pessoas e fora do prescrito, do padrão e dos fluxos; sendo, sempre, insuficiente.

À vista disso, Abrahão *et al.* (2014) explicam que a ideia é a de se dar a conhecer as infinitas e provisórias formas de conexão estabelecidas nas redes existenciais dessas pessoas. E, ao conhecê-las abrir-se à criação de múltiplas formas de produção de cuidado e de acolhimento. Então, acesso e barreira não conformam simplesmente uma questão de ampliação de cobertura de serviços de saúde, ou da oferta de certo cardápio de cuidados aos usuários, mas traz para a cena, toda a radicalidade do campo da vida e da ética, ao tipo de aposta que a rede de cuidados afirmam e tensionam: produzir mais vida ou não, através do enriquecimento ou do empobrecimento das redes existenciais dos vivos.

A esse respeito, Furtado *et al.* (2016), abordam que a reflexão sobre o território implica na distinção entre a inserção do usuário na rede de atenção socioassistencial e de saúde e, a inclusão dos indivíduos nos espaços físicos, social e relacional. Santos, Oliveira e Pontes (2016) justificam que é necessário mais do que é preconizado, é preciso rede que interaja, que faça arranjos muitas vezes transgredindo o que constitui a regra e os seus fluxos, e que se sustente em trabalho vivo em ato, produzindo furos no instituído para a produção de outros pactos.

Há diversos indicadores já inventados para avaliar as redes de atendimento. Sobre isso, Merhy, Feuerwerker e Silva (2012) sustentam que todos são muito relevantes, mas geralmente não revelam outras dimensões fundamentais, uma vez que muitas vezes a “entrada” em determinada rede de cuidados pode ser o melhor caminho para uma barreira, do ponto de vista da construção de cuidados produtores de "mais vida" nos modos de existir de uma pessoa.

Por conseguinte, Schiffler e Abrahão (2014) defendem o valor de perceber na fala do outro, o seu saber - o seu sofrimento, o seu existir, as suas possibilidades de construção de linhas

de fuga – de pontes de cuidado que possam vir a favorecer o seu andar pela vida. Ou seja, importa reconhecer que há ângulos da história do usuário de que nada sabe, mas que quer saber, em vista de ampliar as suas possibilidades de ofertas, de construção mútua de cuidado.

De tal modo, o acesso e a barreira aos cuidados de saúde devem ser vistos sob a lógica de produzir, ou, de inibir conexões existenciais (MERHY; FEUERWERKER; SILVA, 2012). Paralelamente, Schiffler e Abrahão (2014) destacam que a produção de conhecimento no dia a dia dos serviços de saúde, onde os protagonismos se instauram, onde o agir se insere, oportuniza o processo de ser com o outro, dando subsídios à abertura de brechas e de frestas para a conformação de uma atenção mais aguçada para as existências. E, quando isso acontece, se abre-se espaço para o que se tem a dizer com as repetições produzidas no cuidado, e se amplia as ofertas, as alternativas, alargando-se o caminhar do usuário pela vida.

Logo, é fundamental examinar os fatores relacionados às trajetórias tecidas por pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas em busca por cuidado de saúde. Volcov (2017) explica que as trajetórias empreendidas pelas pessoas são particulares e heterogêneas, devido às especificidades que lhe são intrínsecas. Já Wagner *et al.* (2017) asseveram que a iniciação do tratamento é moldada pela ausência ou pelo apoio inconsistente de amigos e familiares; pela trajetória de utilização de serviços de saúde e sociais, pelas relações com profissionais de saúde. Na mesma direção, Urbanoski, Inglis e Veldhuizen (2017) frisam sobre a importância do recebimento de apoio informal, incluindo nesse grupo, o apoio recebido de amigos, o apoio dos familiares, a participação em grupos de ajuda mútua mais estruturados.

Cleverley, Grenville e Henderson (2018), referem que além dos motivadores externos, incidem sobre o comportamento de busca por tratamento e para reduzir o uso de substâncias psicoativas, a autoconsciência, o sentimento de culpa e a motivação interna da pessoa. Por sua vez, Ali, Teich e Mutter (2017) exortam que o estigma e a falta de prontidão para a interrupção do uso de drogas delimitam barreiras internas ao processo de busca por tratamento.

Aliás, a contemplação dos itinerários terapêuticos agenciados por pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas abrange também a reflexão sobre situações de indivíduos que buscam ajuda em cenários distintos dos serviços de saúde. Nesse sentido, Grella e Stein (2013) discorrem sobre a importância da evidência de informações alusivas aos sistemas de serviços variados, incluindo os cuidados “informais”. Por outro lado, as autoras recomendam o desenvolvimento de estudos sobre casos de remissão em pessoas que nunca receberam tratamento nem frequentaram outros serviços, em razão do uso de drogas; assim como sobre estratégias que procuram engajar pessoas que não buscam ajuda profissional especializada; e, de abordagens alternativas que possam aumentar o acesso de usuários a recursos que facilitem

a remissão e a eventual recuperação da dependência de substâncias psicoativas.

Esse panorama desvelado indica a categórica necessidade da valorização das vozes das pessoas que usam álcool e outras drogas, na qualidade de autores, agentes e protagonistas, em relação à compreensão da tessitura de seus próprios itinerários terapêuticos, em busca por cuidado. Por certo, Lima et al. (2018) concordam em relação ao debate sobre o uso prejudicial de álcool e outras drogas, que deve adotar como ponto de partida a voz do próprio indivíduo, posto que é ele que vivencia no seu cotidiano o sofrimento psíquico e a rotulagem de dependente químico marginal ou anormal. Deveras, Santos e Costa (2016) admitem como crucial o reconhecimento da visão das pessoas que usam álcool e outras drogas, em vista do empreendimento de processos de desalienação subjetiva e coletiva, ante à dureza dos métodos de normatização implícitos nas intervenções de saúde destinadas a esse público.

Nessa direção, Kulpa e Talleberg (2016) encorajam que, há que se inventar espaços e práticas cuidadoras que acompanhem os usuários no seu caminhar. Há que se inventar formas de cuidar onde a rede funcione como um emaranhado vivo, que se rearranja e se reinventa conforme os movimentos do viver, da saúde e do adoecimento. Portanto, como assinalam Seixas *et al.* (2019), ao se estabelecer a simetria no reconhecimento do outro como interlocutor válido – e se permitir ser afetado pela multiplicidade da vida em potência – abre-se a possibilidade de produção de outros territórios existenciais; apostando-se que produzir vínculo implica em produzir mais autonomia para as pessoas, em relações simétricas e na diferença.

3.5 BARREIRAS DE ACESSO AO CUIDADO NA RAPS

Diversos fatores são referidos pela literatura científica como barreiras de acesso aos serviços de saúde, com as quais se defrontam pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas em busca por cuidado. Nesse sentido, se destacam: fatores estruturais dos serviços; qualificação da equipe de profissionais; aspectos geográficos; distância da residência até o serviço de saúde; condições sociodemográficas; crenças; fatores culturais; e, aspectos psicológicos variados.

Cleverley, Grenville e Henderson (2018), explicam que o agendamento de consultas e o transporte podem configurar barreiras para a busca de ajuda e a respectiva adesão ao tratamento. Araújo (2018), alerta a respeito do aspecto geográfico, que envolve características atinentes à distância, ao tempo e aos meios de transporte a serem utilizados para obtenção do cuidado; que repercutem em dificuldades para permanência na participação das atividades de cuidado propostas. Por sua vez, Urbanoski, Inglis e Veldhuizen (2017) admoestam sobre as eventuais

desigualdades sociodemográficas, que influenciam na acessibilidade e na aceitabilidade dos usuários aos serviços.

Cortes *et al.* (2014), acreditam que as barreiras para acesso aos serviços de saúde podem ser justificadas pela dificuldade de acolhimento nessas instituições, devido à carência de profissionais especializados, que ocasiona a formação de filas, agravando os casos de saúde mental. Igualmente, a dificuldade de acolhimento pode derivar da reprodução do modelo hegemônico, que prioriza os encaminhamentos aos serviços especializados, reforçando a dificuldade dos serviços para trabalharem em rede. Como efeito, essa conjuntura repercute no engendramento de dificuldades para planejamento do cuidado, e reafirma a lógica reducionista e estigmatizadora no cuidado ao usuário de drogas.

Em contrapartida, Travassos e Martins (2004) analisam que, apesar do acesso ser um importante determinante do uso dos serviços de saúde, o uso efetivo e a efetividade do cuidado são influenciados por múltiplos fatores, tais como, fatores individuais predisponentes, fatores contextuais e fatores relativos à qualidade do cuidado ofertado. Também, acreditam que a continuidade do cuidado depende de situações distintas daquelas que definem a entrada do indivíduo no sistema, fato que exige a análise meticulosa de suas particularidades, de modo a verificar o efeito dos múltiplos fatores explicativos das variações no uso de serviços.

Hammarlund *et al.* (2018) explanam que, embora o estigma possa ser frequentemente citado na qualidade de uma barreira ao tratamento, há ocasiões em que não constitui a principal preocupação, especialmente quando o usuário não reconhece seu uso como problemático. Na mesma linha, algumas vezes o estigma não é percebido como tal diretamente, mas pode ser visto de maneira indireta (por exemplo, quando a pessoa está preocupada com o que os outros vão pensar ou nutre sentimentos de constrangimento).

Albuquerque e Nobrega (2016) apontam que, para mulheres, as barreiras concernentes ao tratamento podem ser *internas* e *externas*. As *barreiras internas* incluem: a negação da severidade do problema com álcool e drogas; a consideração de que o tratamento é ineficaz; o medo de estigmatização por parte dos familiares e dos profissionais; a preocupação sobre a perda da guarda dos filhos, por estarem em tratamento; a culpa, a vergonha, o medo de sofrer represálias dos companheiros (também usuários de drogas). Já, em relação às *barreiras externas*, se destacam como obstáculos para acesso aos serviços de saúde com rapidez: a falta de conhecimento sobre os serviços especializados e os programas específicos para mulheres; as dificuldades geográficas para localizar o serviço; a falta de dinheiro para custear o transporte em direção ao serviço de saúde.

Lubman *et al.* (2018) identificaram que, notadamente aos adolescentes, se acentuam as

barreiras relativas às intenções pessoais de busca por ajuda. Assim, se destacam como fatores determinantes dessa busca, o sentimento de segurança ou de insegurança e o nível de confiança sentido em relação à fonte de ajuda (profissionais, pais, familiares, colegas). McCann *et al.* (2016) chamam à atenção sobre o fato de jovens desconsiderarem os primeiros sinais de problemas associados ao uso de substâncias.

Hyshka, Anderson e Wild (2017) assinalam que pessoas em situação de rua e fazem uso de drogas experimentam uma desvantagem estrutural considerável na sua capacidade de acessar os serviços de saúde, particularmente no que tange às barreiras estruturais dos serviços. Nesse sentido, as queixas desses indivíduos se devem às razões subjacentes às necessidades de serviços não atendidas, comumente, devido conseguirem acesso inicial aos serviços, entretanto, restrito a uma quantidade limitada de atendimentos, o que compromete a possibilidade de continuação do processo de cuidado.

Berridge *et al.* (2018) citam como barreiras, características percebidas pelos usuários nas fontes de ajuda, quanto a acessibilidade, confidencialidade e confiabilidade, e alusivas ao nível de especialização (capacidade de lidar com a questão). McCann *et al.* (2016) encaram como impeditivos ao acesso para os cuidados de saúde, a percepção da falta competência cultural nas fontes formais de ajuda e os custos financeiros intrínsecos ao deslocamento da pessoa aos serviços de saúde. Cortes *et al.* (2014) consideram que a limitação do Estado, por meio do SUS, para garantir acesso igualitário aos usuários para o tratamento, delimita um fator crucial na configuração de barreiras de acesso aos serviços de saúde.

Ante esse panorama de fragilidades atinentes às barreiras de acesso ao cuidado na RAPS, enfrentadas por pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, Guimarães e Rosa (2019) explicam que se testifica um verdadeiro sucateamento de uma política pública de direitos, pautada em uma rede ampla de serviços abertos, comunitários, territorializados, direcionados à valorização da subjetividade e da diversidade e, acima de tudo, ao reconhecimento da cidadania de um segmento até então silenciado. Isto posto, essa conjuntura convoca a sociedade civil ao reforço da luta pela ampliação e pela garantia do cuidado em liberdade e pautado nos direitos humanos. Como defendem Cortes *et al.* (2014), essa realidade exige que as práticas em saúde sejam repensadas com urgência, a fim de se promover a (re)organização estrutural dos serviços na composição em rede de saúde mental.

4 METODOLOGIA

4.1 CENÁRIO DO ESTUDO

O estado do Piauí, situado na região Nordeste no Brasil, na zona considerada meio norte do País, devido ser área intermediária entre o Nordeste e a região norte/amazônica, possui 224 municípios, que estão distribuídos em uma área de 251.529,186 km². Dividido administrativamente em 12 territórios de desenvolvimento, o Piauí tem por capital a cidade de Teresina, localizada no território Entre Rios, que concentra a maioria dos bens e dos serviços do Estado, inclusive os estabelecimentos de saúde (ROSA; JOAZEIRO, 2017).

Dados do IBGE (2020) revelam que Teresina possui 1.391,046 km² (ano 2019) de área territorial, faz divisas territoriais com dez municípios piauienses e com um município do estado do Maranhão e tem uma população estimada de 868.075 habitantes (ano 2020). Dados da Secretaria Municipal de Planejamento, SEMPLAN (2020), apontam que 53,3% da população do município é composta por mulheres, enquanto, 46,7%, são homens. Além disto, 94,3% da população reside na zona urbana, com densidade demográfica de 584,94 habitantes/km² (ano 2010). Essa população corresponde a 25,5% da população do estado do Piauí, com predomínio de mulheres, cujo percentual é de 53,2% (FMS, 2017).

O Piauí é um dos estados de menor capacidade financeira do Brasil, apresenta dificuldades no tocante à captação de recursos, à baixa capacidade gerencial e aos níveis incipientes de desempenho institucional, inclusive para execução de projetos e programas do governo federal. Essa realidade é responsável pela fragilização da rede de serviços primários e especializados em saúde pública no cenário local, o que acarretou significativo atraso do movimento de reversão da rede manicomial para a psicossocial no estado. Em Teresina, a reforma psiquiátrica só foi possível depois de várias negociações entre o Ministério Público e o gestor municipal para abertura dos serviços psicossociais. Nesse seguimento, inicialmente foi assinado um Pacto de gestão em 2005, para que fossem abertos 4 CAPS II. Porém, foram abertos somente 2 CAPS II, descumprindo o acordo. Em 2008, houve nova negociação por meio do Termo de Ajuste de Conduta (TAC), para que os 2 CAPS II restantes fossem colocados em funcionamento. Mas, tal fato só aconteceu em 2010, depois das pressões exercidas pelo Ministério Público, com a iminência de fechamento do Sanatório Meduna - o que demonstra a força do poder psiquiátrico e da cultura manicomial em torno dos rumos da política de saúde mental em curso no estado, apesar do surgimento do Ministério Público como o principal ator do processo reformista local (MACEDO; DIMENSTEIN, 2012).

Consoante Rosa e Joazeiro (2017), um fato marcante no contexto da saúde mental no Piauí em 2011 foi a intensificação da cisão entre as ações promovidas no âmbito da saúde mental e as ações voltadas para atenção a usuários de drogas, com forte tendência a duplicidade de ações e tensionamentos, a partir dos fundamentos teórico-metodológicos e ético-políticos. Deste modo, se delinearão de um lado, as atividades da Gerência Estadual de Atenção à Saúde Mental, que implementava os pressupostos da Política de Saúde Mental, na perspectiva da RD, materializada, em tese, pelas normativas do MS; e, do outro lado, a Câmara de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, com a missão de articular e coordenar ações de enfrentamento ao crack e às outras drogas

A Secretaria de Estado da Saúde do Piauí, SESAPI (2019) anuncia que a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do estado do Piauí possui a seguinte composição:

A Atenção Básica dispõe de 1.247 equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) e 221 Equipes de NASF (PEREIRA; GUIMARÃES, 2017), garantindo um índice de cobertura de atenção básica para 93,83% da população (PIAUI, 2014). Há apenas 1 CnR na modalidade II, situado no município de Teresina (BRASIL, 2015b), que se representa a porta de entrada para o segmento da população de rua, grupo vulnerável no qual o uso prejudicial de álcool e outras drogas tem uma repercussão relevante nas condições de saúde, e que atua integrado às UBS e aos CAPS (BRASIL, 2011c).

A Atenção Psicossocial Estratégica conta com 43 CAPS I; 9 CAPS II; 1 CAPS III; 2 CAPSi (Centros de Atenção Psicossocial infantojuvenil); 6 CAPS AD; 2 CAPS AD III (ROSA; JOAZEIRO, 2017).

Na Atenção de Urgência e Emergência, 67 municípios do estado possuem o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192).

A Atenção Hospitalar é um dos componentes mais desafiadores para a RAPS local, devido aos problemas de financiamento dos leitos e, à centralização da atenção hospital na capital (CARDOSO, 2016). Nessa perspectiva, existe 1 Hospital Psiquiátrico, contendo 160 leitos para internação; 10 unidades integradas de saúde contendo ambulatório de psiquiatria, todas situadas em Teresina; 1 Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral, situada na Unidade Integrada do Mocambinho (Hospital do Mocambinho); 8 leitos de psiquiatria na Maternidade Dona Evangelina Rosa.

Acrescenta-se que, segundo a SESAPI (2019), a RAPS do Piauí conta com: 4 Serviços Residenciais Terapêuticos, todos situados na capital do estado; e com a oferta do Programa de Volta pra Casa (PVC).

Como iniciativa da gestão da SESAPI (2020), foi publicado o Plano Estadual de Saúde

do Piauí 2020 – 2023, que focaliza nos seus objetivos e diretrizes, o fortalecimento da RAPS, com ênfase no enfrentamento à dependência de álcool, crack e outras drogas. O documento intenciona contribuir para a efetivação da APS como coordenadora e ordenadora do cuidado nos municípios do estado, focalizando a promoção e a prevenção de agravos, bem como a redução de mortes evitáveis e o seguimento conforme linhas de cuidado.

Para mais, o estado do Piauí possui a Coordenadoria de Enfrentamento as Drogas (CENDROGAS), um órgão componente do Governo do Estado, que tem por missão ser referência na implantação de políticas públicas de enfrentamento às drogas no cenário estadual, em vista do fortalecimento de ações articuladas entre órgãos públicos federais, estaduais e municipais, assim como a sociedade civil organizada, para a promoção do cuidado integral humanizado às pessoas com problemas associados ao uso de drogas lícitas e/ou ilícitas.

4.1.1 A RAPS do município de Teresina.

A Fundação Municipal de Saúde de Teresina é um órgão de administração indireta, que dispõe de autonomia administrativa e financeira, e tem por objetivo o planejamento e a execução da política de saúde do município de Teresina, desenvolvendo atividades integradas de prevenção, proteção, promoção e recuperação da saúde (FMS, 2015).

Segundo o Plano Municipal de Saúde de Teresina 2018-2021, estruturado pela FMS (2017), a RAPS em Teresina tem 7 componentes: Atenção Básica (AB); Atenção Psicossocial Estratégica; Atenção de Urgência e Emergência; Atenção Residencial de Caráter Transitório; Atenção Hospitalar; Estratégias de Desinstitucionalização; Reabilitação Psicossocial.

A AB do município de Teresina está composta por 92 UBS. Além disso, dados da FMS (2017) indicam a existência de 1 Equipe de CnR e 3 NASF (SEMPPLAN, 2020).

A Atenção Psicossocial Estratégica reúne 8 CAPS. Destes, 1 está sob gestão estadual pela SESAPI, o CAPSi; e 7 estão sob gestão da FMS, sendo: 1 CAPSi (para atendimento infantil), 4 CAPS II, 1 CAPS III e 1 CAPS AD.

Na esfera da Atenção de Urgência e Emergência, existe 1 Hospital Psiquiátrico (de gestão estadual pela SESAPI), os hospitais gerais municipais e as UPAs. Destaca-se ainda, que Teresina possui 12 Unidades Móveis de Urgência (FMS, 2017).

Especificamente a respeito da Atenção Residencial de Caráter Transitório, Teresina possuía 1 Unidade de Acolhimento Infante-Juvenil (UAI), que foi desabilitada por solicitação do gestor, nos termos da Portaria MS nº 2.800/2019 (BRASIL, 2019e). Na Atenção Hospitalar, há 3 dispositivos, todos sob gestão pela SESAPI (BRASIL, 2019e), sendo: 1 Hospital

Psiquiátrico; 1 Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral; 1 Maternidade, que possui 8 leitos de psiquiatria. Com referência a esse âmbito da RAPS, Rosa e Joazeiro (2017) frisam que o Hospital Psiquiátrico ainda constitui o serviço de referência e o epicentro da atenção à crise no município e no plano estadual.

Como Estratégias de Desinstitucionalização, Pereira (2018) especifica que o município dispõe de 5 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) tipo II.

A Reabilitação Psicossocial é formada pela “Galeria do Inconsciente”, espaço criado para trazer exposições dos resultados do processo cotidiano dos usuários da RAPS local e pelo “Quiosque”, com o intento de geração de renda e trabalho, onde são vendidas peças feitas pelos usuários dos CAPS e dos SRT do município (FMS, 2017).

Saliente-se que Teresina possui 11 Serviços de Controle de Tabagismo, localizados, respectivamente, em 1 Centro Integrado de Saúde (Hospital Geral), em 1 Hospital Geral Universitário e em 9 Unidades Básicas de Saúde (SEMPLAN, 2020).

Acerca do fluxo assistencial, os atendimentos na RAS do SUS do município de Teresina têm como porta de entrada dos usuários uma das seguintes possibilidades: (1) em busca por *Atendimento Ambulatorial*, o usuário precisa ter em mãos o Cartão SUS (caso não tenha, poderá adquirir em qualquer unidade de saúde pública municipal) e, então, procura a UBS do seu bairro, ficando vinculado à sua equipe da ESF; (2) nos casos de *Urgência e Emergência*, o usuário procura uma das UPA existentes em Teresina – Renascença ou Promorar – ou se direciona a um hospital municipal mais próximo. A partir de uma dessas possibilidades de atendimento, os usuários têm acesso, conforme a necessidade, a procedimentos específicos relacionados a consultas, exames e internações ofertados pelo SUS.¹

É imprescindível mencionar que se encontrou dificuldades no âmbito da FMS para obtenção de dados quantitativos sistêmicos que retratassem a respeito da situação sanitária e de saúde da população, assim como sobre o acesso e o fluxo dos usuários na RAS do município de Teresina, em razão do uso prejudicial de álcool e outras drogas. Nesse sentido, foram disponibilizadas informações frágeis e fragmentadas, fato que prejudicou o aprofundamento da compreensão sobre o acesso e os fluxos assistenciais na rede SUS local, relativamente à população em foco neste estudo.

Para além do setor da saúde, a CENDROGAS (2015) indica que há 10 comunidades terapêuticas para acolhimento/tratamento em Teresina, que são voltadas para a oferta de cuidado a pessoas com problemas referentes ao uso prejudicial de álcool e outras drogas. A esse respeito,

¹ FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE (FMS). **Hierarquia**. Fluxo de Atendimento. 2019. Disponível em: <http://sus.teresina.pi.gov.br/hierarquia/> Acesso em 30 mar. 2019.

a Lei nº 5167, de 2 de fevereiro de 2018, regulamenta as comunidades terapêuticas no âmbito municipal, na qualidade de entidades que realizam acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou à dependência de substância psicoativa.

Mediante o exposto, Moura (2017) compreende que a Reforma Psiquiátrica em Teresina/PI avançou em muitos aspectos e que a RAPS do município se expandiu bastante. Entretanto, pondera que persistem fragilidades em pontos essenciais, mormente quanto à ausência de leitos psiquiátricos e de urgência psiquiátrica em hospitais gerais, assim como em relação à ausência de centros de convivência e à escassez de estratégias de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial. Em vista disso, Costa *et al.* (2017) avaliam como crucial a identificação das maneiras como se relacionam os serviços componentes da Rede, sobre quais são os dispositivos centrais e seus componentes (setores, níveis de atenção, serviços e outros recursos integrantes) e os fluxos estabelecidos.

4.2 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Este estudo trata-se de pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo descritiva e exploratória, que foi desenvolvido em duas etapas, para conhecer em profundidade a experiência de pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas, em busca por cuidado no município de Teresina, Piauí.

De acordo com Bauer, Gaskell e Allum (2008), a pesquisa qualitativa constitui uma pesquisa não-numérica, que evita números e lida com interpretações das realidades sociais. Denzin e Lincoln (2006) consideram que a pesquisa qualitativa compõe uma atividade situada, que posiciona o observador no mundo, envolvendo uma postura interpretativa e naturalística, para estudar as coisas em seus cenários naturais, na tentativa de entender ou interpretar os fenômenos em termos dos significados que as pessoas lhes atribuem. Minayo (2012), por sua vez, afirma que as pesquisas qualitativas têm como matéria prima um conjunto de substantivos cujos sentidos se complementam: experiência, vivência, senso comum e ação; e, que o movimento que informa qualquer abordagem ou análise por meio da abordagem qualitativa se baseia em três verbos: compreender, interpretar e dialetizar.

Em harmonia com a visão de Minayo (2012), experiência, termo historicamente utilizado por Heidegger (2005), se refere ao que o ser humano apreende no lugar que ocupa no mundo e nas ações que pratica. Assim, a partir da experiência, o ser humano compreende a si mesmo e ao seu significado no mundo da vida. No que tange à vivência, Minayo e Costa (2019) apontam como sendo o produto da reflexão pessoal sobre a experiência. Logo, ainda que a

experiência possa ser a mesma para várias pessoas, a vivência de cada um sobre o mesmo episódio é única e depende de elementos relativos à personalidade, à biografia e à participação do sujeito na história; conquanto, toda vivência possui como suporte os ingredientes do coletivo em que o indivíduo vive e as condições em que ela acontece. Já, o senso comum, segundo Minayo (2012), designa as experiências e vivências; engloba opiniões, valores, crenças e modos de pensar, sentir, relacionar e agir; se manifesta por meio da linguagem, das atitudes e condutas, sendo a base do entendimento humano. Ademais, Weber (2004) indica que o conceito de ação (humana e social) se vincula à noção de liberdade para agir, construir e transformar o mundo.

Especificamente à classificação deste estudo quanto aos objetivos delineados, como pesquisa descritiva e exploratória, Gil (2019) explica que a pesquisa descritiva se propõe à descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou, ao estabelecimento de relações entre variáveis. Nessa lógica, ao estudar as características de um grupo, focaliza dados concernentes a: idade, sexo, procedência, nível de escolaridade, nível de renda, estado de saúde física e mental etc. Relativamente à pesquisa exploratória, o mesmo autor elucida que conformam investigações que possuem como principal finalidade, desenvolver, esclarecer e propor mudanças de conceitos e ideias, tencionando a formulação de problemas específicos ou de hipóteses a serem pesquisadas. Para isso, comumente adotam estratégias tais como: levantamento bibliográfico e documental, entrevistas não padronizadas e estudos de caso.

Sobre as etapas estruturantes da pesquisa, a primeira etapa destinou-se à identificação de características sociodemográficas e alusivas à situação de saúde, ao uso prejudicial de álcool e outras drogas e ao início da busca por cuidado; também apreciou informações referentes aos sentidos e às vivências associadas ao uso prejudicial de álcool e outras drogas, e a respeito das idiossincrasias da busca e da produção do cuidado. A segunda etapa do estudo adotou como estratégia metodológica o itinerário terapêutico, com o intento de conhecer e reconstituir os caminhos tecidos pelas pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas; para analisar possíveis barreiras de acesso à RAPS do município; e, para compreender se, mesmo com serviços suficientes, as pessoas podem ter liberdade para escolha da melhor opção de cuidado.

Para Martinez- Hemáez (2006), o itinerário terapêutico constitui todos os movimentos desencadeados por indivíduos ou grupos na preservação ou recuperação da saúde, que podem mobilizar diferentes recursos, desde cuidados caseiros e práticas religiosas até dispositivos biomédicos predominantes (tais como, atenção primária, urgência, etc.), envolvendo uma sucessão de acontecimentos e tomada de decisões que constrói uma determinada trajetória. Nessa esteira, Moreira, Bosi e Soares (2016) asseveram que se focaliza como as pessoas pensam, percebem, imaginam e fazem escolhas morais em acordo com estruturas narrativas.

Isto é, recorreremos a histórias para organizar de modo verossímil o fluxo caótico de elementos que fazem a nossa experiência social, histórica e cultural.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DE ESTUDO

A população de estudo foi composta por pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas, com idade igual ou superior a 18 anos completos, residentes em Teresina/PI, que estavam em atendimento clínico ou em tratamento em ponto de atenção da RAPS do município. Para isto, adotou-se amostra do tipo intencional, que contou com 13 participantes previamente indicados pela equipe de saúde, nos respectivos pontos de atenção envolvidos nesta pesquisa.

Foram excluídos da participação: indivíduos com idade inferior a 18 anos completos; pessoas com transtorno mental grave; pessoas com deficiência mental; indivíduos com prejuízos cognitivos severos. Para tal, adotou-se como base a evidência de algum dos respectivos quadros, informada pela equipe de saúde da instituição.

Optou-se pela exclusão de pessoas com idade inferior a 18 anos completos, em razão das vulnerabilidades inerentes à imaturidade de crianças e adolescentes, somadas à condição de sofrimento psíquico e/ou transtorno mental associados ao uso prejudicial de álcool ou outras drogas. Também, devido à complexidade intrínseca ao processo de obtenção da anuência dos pais e do assentimento da criança e/ou do adolescente; e, pelo desafio, para o participante, de entender e se conduzir conforme as diretrizes éticas e os regulamentos de proteção especial.

4.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi desenvolvida no período compreendido entre os meses de setembro e dezembro de 2019, em quatro pontos de atenção da RAPS de Teresina que, Piauí: 1 Unidade de Saúde da Família (USF), 1 NASF, 1 CAPS AD, 1 Hospital Geral com leitos de saúde mental (Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral). Essa estratégia intencionou abranger realidades e momentos distintos da experiência subjetiva dos participantes do estudo, com respeito ao tema em foco.

Nessa lógica, foram realizadas entrevistas em profundidade com os usuários, que conformou o material empírico central de análise deste estudo. O roteiro de entrevista semiestruturada utilizado está disponível no Apêndice A.

As entrevistas para reconstituição dos itinerários terapêuticos das pessoas utilizaram um roteiro de questões que norteou o acesso às memórias dos usuários, na tentativa de recuperar

através de suas narrativas, aspectos subjetivos atinentes aos sentidos e às vivências associadas ao uso prejudicial de álcool e outras drogas, às idiossincrasias concernentes aos processos de busca por cuidado, aos locais percorridos, e informações alusivas às formas utilizadas para conseguir acessar os pontos de atenção da RAPS. Além disto, as entrevistas foram efetuadas em sala do próprio serviço de saúde ou, no pátio da área de convivência, conforme a disponibilidade do momento, buscando-se a garantia privacidade aos participantes do estudo.

Importante ressaltar que, durante o contato inicial com os indivíduos, para fins de realização deste estudo, a pesquisadora prosseguia com a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) para a pessoa e, caso esta estivesse de acordo com a participação na pesquisa, a entrevista era realizada e gravada para posterior transcrição.

4.5 PROCEDIMENTO PARA ANÁLISE DE DADOS

Passada a etapa da coleta de dados, foi executada a transcrição integral de todas as entrevistas, a fim de se obter um texto escrito perfeitamente fiel aos depoimentos gravados. Procedeu-se com a análise do material empírico reunido, com base nos aportes teóricos da *análise de conteúdo* na modalidade *temática*.

Bardin (2016) define a análise de conteúdo como um conjunto de técnicas das comunicações, que aplicam procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, para obtenção de indicadores (quantitativos ou não), que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de recepção/produção (variáveis inferidas) das mensagens. Segundo a autora, as condições de produção/recepção das mensagens se associam a variáveis psicológicas do indivíduo emissor, assim como a variáveis sociológicas e culturais, e, as variáveis relativas à situação de comunicação ou do contexto de produção da mensagem.

De acordo com Minayo (2014), operacionalmente, a análise de conteúdo parte de uma leitura de primeiro plano das falas, dos depoimentos e dos documentos, com o propósito de atingir um nível mais profundo, ultrapassando os sentidos manifestos do material. Para esse fim, geralmente, os procedimentos aplicados conduzem à confrontação das estruturas semânticas (significantes) com as estruturas sociológicas (significados) dos enunciados, e, à articulação da superfície dos enunciados dos textos com as variáveis psicossociais, com o contexto cultural e com o processo de produção da mensagem.

Franco (2005) distingue a mensagem como o ponto de partida da análise de conteúdo, seja mensagem verbal (oral ou escrita), gestual, silenciosa, figurativa, documental ou diretamente provocada. Uma vez que a mensagem expressa um significado e um sentido, que

não pode ser considerado um ato isolado, sua emissão se vincula às condições contextuais de seus produtores, resultando em expressões verbais carregadas de componentes cognitivos, afetivos, valorativos e historicamente mutáveis, bem como de componentes ideológicos.

No que tange aos procedimentos metodológicos da análise de conteúdo, empregados a partir da perspectiva qualitativa (exclusivamente ou não), Bardin (2016) destaca os seguintes: categorização, descrição, inferência e interpretação.

A categorização é apresentada por Bardin (2016), como sendo “uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com critérios previamente definidos” (p.117). Para isto, um conjunto de categorias boas requer o atendimento das seguintes qualidades: exclusão mútua, em que, cada elemento não pode existir em mais de uma divisão; homogeneidade, com base na qual, um único princípio de classificação deve governar a organização das categorias; pertinência, onde uma categoria é julgada pertinente se estiver adaptada ao material de análise escolhido e pertencer ao quadro teórico definido; objetividade e fidelidade, quando as distintas partes de um mesmo material, ao qual se aplica a mesma grelha categorial, são codificadas da mesma forma, mesmo quando são submetidas a várias análises; e, produtividade, caso o conjunto de categorias forneça resultados férteis, em índices de inferências, em hipóteses novas e em dados exatos. Também, a autora explana que, a descrição conforma a enumeração das características do texto, resumida após tratamento; a inferência, remete a uma operação lógica, intermediária, a partir do qual se admite uma proposição graças à sua ligação com outras proposições já aceitas como verdadeiras; e, a interpretação, última fase do processo, configura a significação concedida às características do material analisado.

Segundo Bardin (2016), a análise de conteúdo abrange um conjunto de técnicas que podem ser utilizadas pelos pesquisadores, com o intuito de produzir resultados diferentes, conforme a técnica adotada. Ajustada a essa ótica, Minayo (2014) apresenta as várias modalidades de Análise de Conteúdo, a saber: análise de lexical, análise da expressão, análise das relações, análise da enunciação e análise temática.

Tendo em vista que este estudo utilizou a perspectiva da análise de conteúdo na modalidade temática ou análise temática, que focaliza a análise dos significados intrínsecos e subjacentes às mensagens, possui o tema como conceito central e, dentre as modalidades de Análise de Conteúdo, é apontada por Minayo (2014) como sendo a mais apropriada para as investigações qualitativas em saúde, são expostos esclarecimentos a respeito a seguir.

Para Bardin (2016), o *tema* é a unidade de significação, que se liberta naturalmente de um texto analisado, a partir de critérios alusivos à teoria que serve de guia à leitura. Nessa

lógica, comporta um feixe de relações e pode ser graficamente traduzido e apresentado por meio de uma palavra, uma frase, um resumo. Para chegar-se ao *tema*, é necessário descobrir os *núcleos de sentido* que compõem a comunicação, cuja presença ou frequência de aparição pode subsidiar a significação e a elucidação acerca do objetivo analítico investigado. Conseqüentemente, a descoberta dos *núcleos de sentido* oportuniza a evidência do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo analisado.

Gomes (2007) explica que a análise temática abarca três etapas: pré-análise, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Dessa maneira, na pré-análise, o pesquisador conduz os seguintes passos: (a) faz uma leitura flutuante, compreensiva e exaustiva do conjunto do material, para ter uma visão da totalidade; (b) tenta apreender as particularidades, os sentidos imanescentes àquilo que as pessoas deixaram transparecer nas suas falas; (c) elabora pressupostos iniciais que servirão de baliza para a análise e interpretação; (d) escolhe maneiras de classificação inicial; e, após, (e) delimita conceitos teóricos que guiarão a análise.

A segunda etapa, para tratamento dos resultados obtidos e análise propriamente dita, consoante Gomes (2007), destina-se à: (a) distribuição de trechos ou frases ou fragmentos de cada texto de análise, pelo esquema de classificação definido na primeira etapa; (b) leitura atenta, dialogando com as partes dos textos de análise; (c) estruturação de inferências sobre palavras, expressões e frases emblemáticas separadas, para identificação e mapeamento dos núcleos de sentido apontados pelas partes dos textos; (d) diálogo dos núcleos de sentido com os pressupostos iniciais e realização de outros pressupostos (se for preciso); (e) análise dos núcleos de sentido presentes nas várias classes do esquema de classificação; (f) reagrupamento das partes dos textos por temas evidenciados; (g) elaboração de uma redação por tema, para dar conta dos sentidos do texto e de sua relação com dados de outros estudos e conceitos teóricos.

Na última etapa, pertinente à interpretação, Gomes (2007) sumariza que o pesquisador formula uma síntese interpretativa, articulando os temas com os objetivos, as questões e os pressupostos do estudo.

Minayo (2014) enfatiza que as interpretações promovidas com base na análise temática carecem do estabelecimento de uma correlação com o quadro teórico desenhado inicialmente para o estudo, ou, implicam na abertura de outras pistas atinentes a novas dimensões teóricas e interpretativas, inspiradas pela leitura do material. Porquanto, salienta-se que as evidências alcançadas por intermédio da análise de dados desta pesquisa foram confrontadas com os marcos conceituais e teóricos que sustentam este estudo: modelos de atenção à saúde de pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas; redes de atenção à saúde; o cuidado a pessoas que usam álcool e outras drogas; itinerários terapêuticos; barreiras de acesso ao cuidado na RAPS.

Isto posto, relativamente ao material acumulado na coleta de dados desta pesquisa, empreendeu-se uma leitura flutuante inicial e, posteriormente, sucessivas leituras de cada uma das treze entrevistas transcritas no processador de texto *Microsoft Word*, tendo como fundamento os pressupostos e os objetivos do estudo. Depois, efetuou-se o destaque dos trechos significativos, com o uso de realce do fundo textual com cores diversas. Este procedimento permitiu a identificação e a separação de palavras, frases e parágrafos emblemáticos.

Em seguida, estruturou-se a codificação dos temas comuns encontrados nos depoimentos dos participantes, o que permitiu a emergência das unidades temáticas. Para auxiliar a compilação dos dados expressivos evidenciados, utilizou-se o *Microsoft Excel*. Logo após a etapa de codificação, executou-se a etapa de re-codificação, por meio da condução de uma nova leitura das entrevistas, para fins de estabelecimento de uma nova comparação das unidades temáticas identificadas, e, conseqüentemente, realização do agrupamento das mesmas.

Nesse processo, foram gerados dois grandes grupos de categorias de análise, que foram tabuladas em planilhas distintas no *Microsoft Excel*, considerando-se as respectivas especificidades - informações as quais estão disponíveis nas seções subsequentes. Imprescindível frisar que, foram incluídas nas planilhas a soma das recorrências que as unidades temáticas apareciam nos depoimentos dos entrevistados.

Posteriormente, para evidência das subcategorias analíticas a partir das unidades temáticas identificadas, adotou-se o recurso das nuvens de palavras, que foram criadas com uso da ferramenta *WordArt*, cujo site pode ser acessado a partir do endereço <https://wordart.com/>.

Aliás, é substancial assinalar que, relativamente aos itinerários terapêuticos agenciados pelos participantes do estudo, como estratégia para a reconstituição dos caminhos percorridos, foram confeccionadas figuras representativas com o uso do aplicativo *Microsoft Paint*.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO

Esta pesquisa foi executada em conformidade com as prescrições das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS), nº 466/2012 e nº 510/2016, que orientam sobre a realização de pesquisas com seres humanos no Brasil. Nessa lógica, priorizou a garantia e o respeito à integridade e à confidencialidade, tal qual o sigilo e o anonimato dos participantes do estudo.

Para tanto, a princípio, o projeto foi submetido à apreciação pelo comitê de ética em pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), ao qual se juntou o termo de compromisso de utilização de dados (Apêndice C), a declaração de compromisso dos pesquisadores (Apêndice D) e a carta de encaminhamento do projeto de pesquisa (Apêndice

E). Deste modo, a coleta de dados foi iniciada tão somente após a obtenção da aprovação do CEP/ENSP, com CAAE nº 16400019.5.0000.5240, por meio do parecer nº 3.517.423, emitido em 19 de agosto de 2019 (Anexo A).

A FMS, instituição coparticipante desta pesquisa, estipulou como requisito para autorização da pesquisadora à imersão nos pontos de atenção da RAPS local e realização da coleta de dados, a prévia apreciação do projeto pela comissão de ética em pesquisa da Instituição. Assim, após obtenção da aprovação pelo CEP/ENSP, este projeto foi submetido à análise pela Comissão de Ética da FMS, que concordou com a execução do estudo, formalizada por meio da emissão da declaração de autorização da instituição coparticipante (Anexo B).

Depois de obtida a autorização da operacionalização do estudo pelo CEP/ENSP e pela FMS, a pesquisadora direcionou-se a cada as instituições eleitas para a condução das entrevistas com os usuários, respectivamente, 1 USF, 1 NASF, 1 CAPS AD e 1 Hospital Geral com leitos de saúde mental (Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral). O intuito foi de apresentar aos Gestores das instituições, a proposta da Pesquisa, a declaração de autorização da instituição coparticipante (FMS), ao qual se juntou o parecer de aprovação pelo CEP/ENSP, o roteiro de entrevista semiestruturada adotado no estudo (Apêndice A) e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B). Para tanto, a pesquisadora procedeu com a leitura em voz alta do roteiro de entrevista e do TCLE, em que explicou aos Gestores sobre os objetivos e as etapas do estudo.

O passo seguinte foi o estabelecimento de contato com os profissionais de saúde vinculados às instituições supramencionadas, com vistas ao conseguimento da indicação das pessoas que seriam convidadas para participação neste estudo.

Considerando-se a responsabilidade da pesquisadora pela garantia do acesso às informações necessárias para que os indivíduos compreendessem quais procedimentos seriam efetuados no tocante à participação na pesquisa, e, conseqüentemente, julgassem se era interessante, ou não, participar do estudo, todas as entrevistas foram conduzidas tão somente depois da apresentação dos esclarecimentos sobre o TCLE e obtenção da respectiva anuência das pessoas, por meio da assinatura voluntária do documento.

Foi garantido a cada participante a preservação de sua liberdade e decisão pessoal por permanecer na pesquisa apenas enquanto se sentisse confortável e motivado para tal, com a garantia do direito à recusa ou desistência de colaborar na investigação sem que isso repercutisse em prejuízos na assistência à saúde ou de qualquer outra natureza.

Não houve risco para a integridade física dos participantes; houve apenas o risco de constrangimento por responder algumas perguntas. Assim, a pesquisadora esteve sempre à

disposição para esclarecer quaisquer dúvidas sobre os questionamentos da entrevista e os procedimentos adotados neste estudo. Eminentemente, os depoimentos dos entrevistados constituiu enorme ajuda na construção do conhecimento sobre os itinerários terapêuticos percorridos por pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, em Teresina, Piauí.

Todas as entrevistas conduzidas foram gravadas e transcritas integralmente. Na transcrição das entrevistas, os nomes dos participantes foram modificados por pseudônimos, a fim de manter em sigilo suas identidades. Os pseudônimos foram elaborados e atribuídos, em alusão a criaturas mitológicas, nesta ordem: (1) Pégaso; (2) Manticore; (3) Karkinos; (4) Anfisbena; (5) Fênix; (6) Minotauro; (7) Ninfa; (8) Unicórnio; (9) Harpia; (10) Crisómalo; (11) Quimera; (12) Sereia; (13) Hipocampo.

5 SOBRE OS RESULTADOS E A DISCUSSÃO

Os resultados acumulados por meio da coleta de dados desta pesquisa são divulgados sincronicamente com a discussão das evidências obtidas, em consonância com as diretrizes traçadas pela análise temática e o confronto com o arcabouço teórico que sustenta este estudo.

A princípio, apresenta-se nesta seção algumas informações pertinentes à composição do perfil dos participantes do estudo, relacionadas: às características sociodemográficas das pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas, que estão compiladas e ilustradas no Quadro 3; e, às características dos indivíduos no tocante à situação de saúde, ao uso prejudicial de álcool e outras drogas e ao início da busca por cuidado, que estão disponíveis no Quadro 4.

No que diz respeito à circunscrição das categorias de análise esculpadas, optou-se pela menção e detalhamento em seções específicas, tendo em vista a valorização de suas particularidades e nuances.

A propósito, a seção 6 aborda sobre os sentidos e as vivências associadas ao uso prejudicial de álcool e outras drogas, e traz à tona os respectivos núcleos de sentido que afloraram acerca do assunto. Adiante, a seção 7, explana a respeito das idiosincrasias da busca e da produção do cuidado, em razão do uso prejudicial de álcool e outras drogas. E, a seção 8, destina-se à apresentação dos itinerários terapêuticos agenciados pelas pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas, em busca por cuidado.

Quadro 3 - Características sociodemográficas das pessoas em uso prejudicial de álcool e drogas

Características sociodemográficas das pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas									
Pseudônimo	Sexo	Raça/cor	Faixa etária	Estado civil	Moradia	Vínculos familiares	Trabalho	Recebe benefício	Histórico Jurídico-criminal
Pégaso	Masculino	Negro	31 - 40 anos	Solteiro	Em casa, com a avó.	Fragilizados	Não	Não	Sim
Manticore	Masculino	Negro	51 - 60 anos	Solteiro	Em casa, com a mãe.	Mantidos	Sim	Não	Não
Karkinos	Masculino	Pardo	41 - 50 anos	Casado	Em casa, com a esposa.	Fragilizados	Sim	Não	Não
Anfisbena	Feminino	Negro	51 - 60 anos	Solteira	Situação de rua.	Rompidos	Não	Não	Não
Fênix	Masculino	Branco	41 - 50 anos	Separado	Situação de rua.	Rompidos	Não	Não	Sim
Ninfa	Feminino	Negro	21 - 30 anos	Separada	Situação de rua.	Rompidos	Não	Não	Não
Minotauro	Masculino	Pardo	41 - 50 anos	Casado	Em casa, com a esposa.	Fragilizados	Sim	Não	Não
Unicórnio	Feminino	Negro	61 anos ou mais	Viúva	Em casa, com a família.	Mantidos	Não	Sim	Não
Harpia	Feminino	Pardo	21 - 30 anos	Casada	Em casa, com a família.	Mantidos	Não	Não	Não
Crisómalo	Masculino	Pardo	31 - 40 anos	Separado	Em casa, com a mãe.	Fragilizados	Não	Não	Não
Quimera	Feminino	Parda	61 anos ou mais	Solteira	Em casa, com a família.	Mantidos	Não	Sim	Não
Sereia	Feminino	Pardo	41 - 50 anos	Separada	Em casa, com a filha.	Fragilizados	Não	Não	Não
Hipocampo	Masculino	Branco	51 a 60 anos	Solteiro	Situação de rua.	Rompidos	Não	Não	Não

Fonte: Barbosa (2021).

Quadro 4 - Características das pessoas no tocante à situação de saúde, ao uso prejudicial de álcool e drogas e ao início da busca por cuidado.

Características das pessoas no tocante à situação de saúde, ao uso prejudicial de álcool e outras drogas e ao início da busca por cuidado.								
Pseudônimo	Sexo	Faixa etária de início do uso de drogas	Primeira droga de consumo	Usa múltiplas drogas	Droga de maior consumo	Comorbidade	Comportamento suicida	A quem / onde primeiro buscou ajuda
Pégaso	Masculino	06 – 10 anos	Crack	Sim	Crack	Não	Não	CAPS
Manticore	Masculino	11 - 15 anos	Álcool	Sim	Álcool	Não	Não	Hospital psiquiátrico
Karkinos	Masculino	11 - 15 anos	Álcool	Sim	Álcool	Não	Não	Hospital geral com leitos de saúde mental
Anfisbena	Feminino	16 - 20 anos	Álcool	Sim	Álcool	Epilepsia; sífilis.	Sim	Centro de Referência em Assistência Social (CRAS)
Fênix	Masculino	11 - 15 anos	Maconha	Sim	Crack	Transtorno Afetivo Bipolar	Sim	Hospital psiquiátrico
Ninfa	Feminino	11 - 15 anos	Maconha	Não	Crack	Não	Não	Amigo
Minotauro	Masculino	16 - 20 anos	Álcool	Sim	Crack	Diabetes	Não	Hospital geral com leitos de saúde mental
Unicórnio	Feminino	11 - 15 anos	Tabaco	Não	Tabaco	Diabetes	Não	ESF
Harpia	Feminino	16 - 20 anos	Tabaco	Não	Tabaco	Não	Não	ESF
Crisómalo	Masculino	11 - 15 anos	Maconha	Sim	Crack	Não	Não	Igreja
Quimera	Feminino	06 – 10 anos	Tabaco	Não	Tabaco	Diabetes	Não	ESF
Sereia	Feminino	21 - 25 anos	Maconha	Sim	Crack	Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS); diabetes; depressão.	Sim	Hospital geral com leitos de saúde mental
Hipocampo	Masculino	11 - 15 anos	Álcool	Sim	Crack	Tuberculose; depressão.	Sim	Família

Fonte: Barbosa (2021).

No Quadro 3 são apresentadas as características sociodemográficas das pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas. No total, foram entrevistadas treze pessoas.

Com relação ao conjunto da amostra, grande parte era do sexo masculino (54%), com raça/cor parda (50%). Os participantes possuíam idades variadas, sendo um número expressivo pertencente à faixa etária compreendida entre 41 e 50 anos (31%). Em relação ao estado civil, 38% eram solteiros e 31%, separados. A maioria dos entrevistados relatou que morava com a família (69%) e que os vínculos familiares estavam fragilizados (38%). Em contrapartida, 31% estavam em situação de rua, com vínculos familiares rompidos.

No que tange à situação de trabalho, notou-se uma preponderância de pessoas em situação de desemprego (77%). Quanto ao usufruto de benefícios assistenciais, identificou-se um maior número de indivíduos que não estão inseridos em nenhum programa de assistência/benefício (85%). E, acerca do histórico jurídico-criminal, 15% dos participantes declararam que possuíam.

Relativamente ao Quadro 4, que trata das características das pessoas no tocante à situação de saúde, ao uso prejudicial de álcool e outras drogas e ao início da busca por cuidado, constatou-se que 54% dos participantes iniciaram o uso de drogas na faixa etária entre 11 e 15 anos. Nessa esteira, 38% referiram que o álcool foi a primeira droga de uso. Hegemonicamente, 69% dos indivíduos eram usuários de múltiplas drogas, sendo o crack a mais consumida (54%).

Ainda conforme o Quadro 4, a maior parte dos declarantes apresentava comorbidade clínica e/ou mental (54%). Mais precisamente, sobre esta característica, evidenciou-se que 31% possuíam diabetes, ao passo que, 15% possuíam depressão. Inclusive, 31% dos entrevistados relataram comportamento suicida, todos por meio de tentativas de suicídio.

Devido ao uso prejudicial de álcool e outras drogas, predominantemente, os participantes buscaram ajuda inicial na ESF (23%) e no hospital com leitos de saúde mental (23%), enquanto, 15% buscaram ajuda inicial no hospital psiquiátrico.

Em suma, o perfil da amostra de pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas foi composto por: homens pardos, com idade entre 41 e 50 anos, solteiros; residentes com a família e com vínculos familiares mantidos; em situação de desemprego, sem auxílio de nenhum programa de assistência/benefício e sem histórico jurídico-criminal; que iniciaram o uso de drogas na faixa etária compreendida entre 11 e 15 anos, comumente através do álcool; consumidores de múltiplas drogas, sendo o crack a mais utilizada; que apresentam comorbidade clínica (diabetes) e/ou mental (depressão); com histórico de comportamento suicida; e, que, por motivo do uso de drogas, buscaram ajuda primeiramente na ESF, no hospital com leitos de saúde mental ou no hospital psiquiátrico.

6 SENTIDOS E VIVÊNCIAS ASSOCIADAS AO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Discorre-se na presente seção sobre as evidências obtidas por meio da apreensão das narrativas dos entrevistados, no tocante à primeira categoria da Tese, *Sentidos e vivências associadas ao uso prejudicial de álcool e outras drogas*. Os resultados acumulados expressam os pontos de vista, os sentimentos nutridos, as idiossincrasias e as implicações singulares à experiência de uso prejudicial de álcool e outras drogas.

A princípio, é plausível a contemplação da multiplicidade de acepções inerentes à palavra *sentido*. Conforme o Dicionário Houaiss, o vocábulo *sentido* pode significar, como adjetivo, estar magoado, lamentoso, triste, passado, melindroso, percebido. Na qualidade de substantivo, admite significações relativas à faculdade de apreciação; de estabelecimento de juízo, opinião, parecer, percebimento, percepção, visão. Também indica, aspecto (ângulo, face, jeito, lado, modo, perspectiva, ponto de vista); concentração (atenção, cabeça, espírito, pensamento); estado de consciência; cuidado (atenção, cautela, tento), direção (orientação, rumo); discernimento (entendimento, juízo, julgamento, percepção); lógica (cabimento, coerência, fundamento, logicidade, nexos, razão); mente (cabeça, ideia, pensamento); percepção (sensibilidade, senso); propósito (alvo, escopo, fim, finalidade, intenção, intento, intuito, objetivo, razão); significado (acepção, significação); e, de sexto sentido (instinto, intuição). Além disso, o termo *sentido*, como verbo, diz respeito a considerar, entreouvir, experimentar, lamentar, (com)partilhar; perceber, apr(e)ender, compreender, entender, notar, reconhecer, saber; pressentir, reconhecer, ressentir-se, (pres)supor, de sentir-se (achar-se, considerar-se, estar, encontrar-se, passar) (HOUAISS, 2009).

Viktor Frankl (1989) explica que o *sentido* diz respeito a algo subjetivo, na medida em que não existe um sentido único para todos, mas sim um sentido para cada um. Nessa direção, a pessoa precisa atingir e captar o sentido, percebê-lo e realizá-lo. Inclusive, o sentido está em constante relação com cada conjuntura, por isso é único e irrepetível. Logo, não se trata de uma atribuição de sentido, mas de achar sentido, ou seja, de **encontrar sentido** (grifo nosso). Para tanto, no processo de captação do sentido nas experiências vividas, utilizamos a consciência, que constitui a capacidade intuitiva rastreadora do sentido.

Segundo Silva e Pessoa (2019), o uso de drogas faz parte das possibilidades existenciais e estabelece conexão com o sentido que a pessoa estabelece com a substância, ou seja, ocupa um lugar que se associa ao contexto vivencial e social que circundam o indivíduo. Similarmente, Tondin, Barros Neta e Passos (2013) consideram que o lugar subjetivo ocupado

pela droga na vida de cada um compreende significados singulares, envolve uma rede de significações pela história da pessoa. Em virtude disso, Araújo e Costa (2012) exaltam a importância da análise dos diversos fatores que envolvem a pessoa que busca a substância.

Assente na acepção de *sentido* de Viktor Frankl (1989), a categoria *Sentidos e vivências associadas ao uso prejudicial de álcool e outras drogas* encontra-se subdividida em 4 subcategorias empíricas de análise, que são explicitadas a seguir: *Perdas e Fracasso na Vida*; *Culpa*; *Dualismo Vida e Morte - das Cinzas À Fênix*; e, *Recaída*.

A primeira subcategoria, *Perdas e Fracasso na Vida*, apresenta as singularidades intrínsecas à vivência de uso prejudicial de álcool e outras drogas, relativamente aos sentimentos de conotação negativa, que lhes são subjacentes, deflagrados e coadunados. Nessa perspectiva, os interlocutores revelaram que o uso prejudicial de álcool e outras drogas produz perdas em esferas diversas da vida, repercutindo no sentimento de fracasso perante o uso de substâncias e os caminhos engendrados ao longo da trajetória de experiência pessoal.

A segunda subcategoria, *Culpa*, aborda este sentimento de conotação negativa, que foi marcante nos relatos dos entrevistados, tendo em conta as perdas e o sentimento de fracasso vividos nos relacionamentos pessoais, especialmente na esfera familiar, em razão do uso prejudicial de álcool e outras drogas.

A terceira subcategoria, *Dualismo Vida e Morte - das Cinzas à Fênix*, focaliza a dualidade vida/morte, que atravessa o cotidiano vivencial dos depoentes, associado ao uso prejudicial de álcool e outras drogas. Assim, os participantes enalteceram a respeito dos seus processos de subjetivação empreendidos, em um movimento de luta e esperança-equilibrada.

Na quarta subcategoria, *Recaída*, são apresentadas as particularidades inerentes à experiência de uso prejudicial de álcool e outras drogas, no que tange aos fatores que associados ao processo de recaída, em conformidade com a vivência subjetiva dos declarantes.

6.1 PERDAS E FRACASSO NA VIDA

Esta subcategoria contempla depoimentos alusivos ao sentimento de fracasso experimentado pelos depoentes, que se associa às perdas acumuladas em consequência do uso prejudicial de álcool e outras drogas. Para tanto, a Figura 1 ilustra a nuvem de palavras representativa dos núcleos de sentido *perdas e fracasso na vida*, em que se constatou a predominância da menção dos vocábulos perda (referido 12 vezes) e fracasso (10), correlacionados ao sentimento de abandono (9) e ao estado de carência (8), maiormente relativos à fragilização ou ao rompimento dos vínculos familiares (22) e ao insucesso obtido

E a droga só trouxe destruição. Minha família se distanciou de mim, perdi marido, não sei onde está a minha filha mais nova. Minha filha mais velha não me respeita, minha filha mais velha me maltrata, os vizinhos me maltratam. Não tenho amigos, só conheço amigo na rede de saúde (...) de lá para cá, eu já perdi tudo, minha moral, mentalidade; tenho perdido tudo, tudo, tudo, tudo, tudo, tudo. A única coisa que eu consegui com a droga foi a perda da minha família, de sobrinho, irmão, da minha própria mãe, de todo mundo. (Sereia)

Os declarantes foram contundentes ao expressarem que a vivência de uso de drogas desencadeou perdas diversas, sobretudo de natureza familiar, seguidamente às perdas de moradia, trabalho, amigos e da própria dignidade; indicando em sentido metafórico a destruição. Esta evidência testifica o ponto de vista de Gabatz *et al.* (2013), segundo os quais a busca pelas drogas se relaciona à incapacidade de lidar com crises e frustrações pessoais, podendo desencadear na vida do indivíduo a perda de objetos, valores e da própria família.

Oliveira (2017) endossa que as drogas carregam um potencial destrutivo dos laços afetivos, ao passo que acarretam perdas sociais e materiais. Cassol *et al.* (2012) elucidam que as perdas materiais advindas englobam as dimensões de patrimônio e trabalho; outrossim, o uso de drogas se associa à destruição da moral.

Por outro lado, notabilizou-se entre os indivíduos declarações alusivas ao sentimento de fracasso relacionado à experiência de uso prejudicial de álcool e outras drogas, considerando-se o insucesso obtido nos relacionamentos interpessoais e nos projetos de vida.

Eu sou um colecionador de fracasso. Eu pretendo escrever um livro falando sobre mim mesmo, “O colecionador de fracasso”. Eu tenho medalha de prata, ouro e bronze, mas a maioria das minhas medalhas e troféus são de ouro, de fracasso; por ter sido um péssimo pai, um péssimo avô, um péssimo filho, um péssimo esposo, um péssimo namorado, um péssimo amigo, um péssimo tudo. (Fênix)

E aí eu, minha vida, depois que eu comecei a usar essas coisas que não presta, que ainda hoje uso, eu nunca mais fui pra frente. (Crisómalo)

Percebe-se nos relatos que o sentimento de fracasso transpassa os relacionamentos interpessoais dos indivíduos que fazem uso de álcool e drogas. Nessa vertente, Frota *et al.* (2018), assim como Cruz, Simioni e Carmo (2019), asseguram que o uso de substâncias psicoativas compõe uma experiência negativa e complexa, que repercute em prejuízos na saúde e afeta a qualidade de vida dos usuários.

Já Inoue *et al.* (2019) abalizam que o sentimento de inexistência, de ser indigno, de desestruturação social, impele o indivíduo à dificuldade de visualização da verdadeira essência

do seu viver, assim como à dificuldade de reconstrução dos próprios valores para reformulação do seu existir, podendo representar um fator agravante para a continuidade da dependência. Notadamente sobre esta tessitura, foi expressivo nas enunciações dos entrevistados a citação sobre o fracasso na interrupção do uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Às vezes não é nem porque a pessoa quer não, a pessoa não larga porque não quer; não é não! Não é, de jeito nenhum! Não é porque você não quer, é porque você não consegue. (Ninfa)

Mas nunca consegui me desvencilhar de uma vez por todas da droga. Eu já tentei muitas vezes, muitas e muitas vezes mesmo, deixar isso de uma vez por todas, tirar isso da minha vida de uma vez por todas, mas nunca consegui. Nunca consegui! Passei já tempos, dois, três anos sem usar; mas por qualquer motivo banal, fútil, volto de novo pra droga. (Minotauro)

Com base nos relatos acima, observa-se que as pessoas atribuem à recaída o sentido de fracasso, que remete à acepção de falha (DUARTE, BARROS, CABRAL, 2020). Segundo Rybka, Nascimento e Guzzo (2018), o sentimento de fracasso nutrido em razão da recaída tem como precursor o paradigma proibicionista, que no campo da saúde cristalizou a noção da dependência química como adoecimento e se organiza em torno do eixo da medicalização do sofrimento psíquico, estipulando a abstinência como meta do tratamento e definindo como papel das ciências da saúde a busca do controle sobre a adicção.

6.2 CULPA

Nesta subcategoria, contemplam-se testemunhos indicativos do sentimento de culpa nutrido pelos participantes deste estudo, como um corolário das perdas e do sentimento de fracasso vividos nos relacionamentos pessoais, consecutivos ao uso prejudicial de álcool e outras drogas. Nesse sentido, Goffman (2008) assevera que o sentimento de culpa é bastante emblemático na experiência subjetiva de pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas, conformando estigma ligado à atitude individual, a uma percepção de fragilidade do caráter correlacionada à vontade fraca para interromper o uso da droga.

A Figura 2 ilustra a nuvem de palavras representativa do núcleo de sentido *culpa*, em que foi possível averiguar a referência dos vocábulos culpa (mencionado 5 vezes), associado primordialmente aos relacionamentos de cunho familiar, com filhos (referido 3 vezes), pai (1), mãe (1), esposa (1) e, com a família como um todo (1), acarretando sofrimento (2).

Figura 2 - Nuvem de palavras a partir dos relatos dos entrevistados sobre conteúdos alusivos à subcategoria Culpa



Fonte: WordArt, 2021.

Mota (2009) aponta que a representação polêmica do uso de drogas e de seus usuários atrelada à acepção de culpa decorre do enfoque religioso, segundo o qual a droga constitui um mal, a dependência química é vista como algo do Diabo, e a pessoa que faz uso de drogas está possuído por forças malignas que o afastam do “Projeto de Deus” para a vida do homem. Nesse sentido, o uso de drogas é abalizado como culpa, pecado ou maldição, e a fé é admitida como o único meio de resolução. Sem embargo, Melo (2013) avalia como preocupante a culpabilização do usuário de drogas pela sua dependência, devido a fatores que fixam as causas do uso no âmbito individual, desprezando as causas sociais e históricas são esquecidas.

As narrativas seguintes trazem elementos pertinentes sobre esses enfoques.

Eu nunca fui um bom pai, eu tenho muito arrependimento disso. (Fênix)

Eu queria falar é pedir perdão pra minha família primeiramente. Que eu tenho certeza que eu já fiz ela sofrer muito; principalmente minha mãe; e pra minha mulher, pros meus filhos. (Minotauro)

É porque eu que sou o culpado, porque eu tenho que ter responsabilidade; eu que sou culpado; sou muito irresponsável, abandonei minhas filhas, e por isso, eu acho (não, eu tenho é certeza) que eu estou pagando por isso. Minhas filhas estão no Peru, na fronteira do Chile, no Peru. (Hipocampo)

Nota-se que os argumentos citados revelam com nitidez o sentimento de culpa nutrido pelas pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, o qual está intimamente conectado ao sofrimento psíquico e aos sentidos de pecado e castigo.

O sofrimento é captado por Dalmolin (2006) como uma experiência que ocorre na existência da vida, não fica circunscrito apenas ao corpo ou ao psiquismo, nem ao instante da fase aguda, quando a manifestação dos sintomas se faz presente. Dessarte, o sofrimento está enredado com os demais aspectos da vida, juntamente com os sistemas simbólicos, a significação para a pessoa que o vive e no contexto em que vive.

Especificamente ao sentido da culpa conexo à ideia de pecado e de castigo, Medeiros (2014) elucida que a droga exerce um poder demoníaco sobre o indivíduo. Em razão disso, é traçada uma luta entre o bem e o mal, em que a condição do indivíduo para iniciar o processo de recuperação nos serviços de saúde e nas comunidades terapêuticas abarca um ritual de passagem que implica, imperiosamente, a culpabilidade e a vitimização.

De acordo com a vertente de Medeiros (2014), a pessoa necessita atingir “o fundo do poço”, estar em condição de total vulnerabilidade e humilhação ante da inevitabilidade; precisa abaixar a guarda e erguer a mão em busca de ajuda, entregar ao outro um tipo de procuração para cuidar de sua saúde, controlar seu comportamento, definir e prescrever uma “gramática” a ser seguida no cotidiano, em vista de alcançar sua “salvação”. Então, a fragilidade emocional da pessoa é adotada como condição para a absorção das mensagens articuladas pelas autoridades e pelos profissionais, incumbindo tão somente ao indivíduo a responsabilidade pelos próprios atos e pelos esforços diários para recobrar a normalidade. Isto posto, Melo (2013) assinala que além do indivíduo ser culpado pelo uso das drogas, se ele não se recuperar é porque não teve força de vontade suficiente.

Adicionalmente, cabe explicitar que o discurso terrorista contra o uso de drogas – em relação a certas drogas, que se alternam segundo a conjuntura – conforme Moretzsohn (2018), satisfaz a interesses políticos específicos. Assim, cidadãos e cientistas têm sido inculcados com o ponto de vista de que as drogas ilícitas são tão perigosas quanto as doenças contagiosas. Consequentemente, o fantasma da droga, erguido à condição de pior dos flagelos da humanidade, repercute na demonização do “drogado” e na facilitação da articulação do discurso clássico da repressão violenta a um discurso aparentemente científico, que legitima a violência ao dizer que não há saída senão a internação compulsória de pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas.

tentativa por parte da pessoa de alcançar um desaparecimento momentâneo, ou seja, uma pequena morte. Também, o uso de drogas não funda um problema em si, uma vez que a relação singular que a pessoa estabelece com a droga confere a esta o poder de converter-se em uma fonte de satisfação, da qual o indivíduo não consegue prescindir. Contudo, o que pode tornar-se problemático são determinados modos de uso das drogas, que podem se transformar em uma maneira de autodestruição.

Outro ponto de vista sobre o dualismo vida e morte é retratada por Edgar Morin (1970), na tentativa de integrar a morte nos parâmetros da reflexão antropológica, em que enaltece a impossibilidade de conhecer o homem sem estudar a morte, porque avalia que na morte o homem exprime o que a vida tem de mais crucial. O teórico defende que o paradoxo do sentido de que a vida, para poder lutar contra a morte, necessita integrá-la no íntimo de si.

Acrescente-se que Viktor Frankl (2011), fundador da logoterapia, pondera que o sentimento de vazio existencial, originário das frustrações pessoais se associa com o desenvolvimento de dependências, que se sustentam na busca do prazer como um entorpecimento existencial. Nessa óptica, a dependência de álcool e drogas configura uma estratégia por parte do indivíduo de disfarçar o vazio existencial sentido.

A propósito, Fabíola Silva (2014) estima que o uso de substâncias pode sugerir uma maneira de lidar com as dificuldades ou dores anteriores à instalação do quadro de dependência. Seguindo esse ângulo, Lima *et al.* (2018) destacam que os significados atribuídos à droga se relacionam de maneira diferente com a história de vida de cada usuário, em virtude da dimensão singular e subjetiva lhe inerente. Por sua vez, Silva e Pessoa (2019) entendem que a pessoa é livre para fazer uso de substâncias, apesar da possibilidade de implicação em danos físicos.

Em vista disso, as declarações citadas a seguir revelam nuances associadas ao dualismo vida e morte, afloradas nas falas dos entrevistados.

Pelo menos isso eu percebo que está me ajudando por conta disso... que a agressividade diminuiu muito, mas ainda sinto aqui; sem falar que quando vem aquele momento da vontade de me jogar debaixo de um carro, de me enforcar, de me matar, tirar logo pra não dar preocupação a ninguém, mesmo porque eu não tenho pra quem dar preocupação, né? (Anfisbena)

Para mim eu não tinha mais esperança, minha vontade só era de me enforcar, de me matar. Não ligava mais para filho, mais para nada, mais para vida; para nada, nada, nada. (Sereia)

Com base nos relatos dos indivíduos, evidencia-se que a experiência de uso prejudicial

de álcool e outras drogas é trespassada pelo sofrimento, que reverbera na perda do sentido da vida, e, por conseguinte, irrompe na manifestação do comportamento suicida.

Luciano Marques de Jesus (2018) considera que o sentido da vida remete às ideias de propósito e finalidade da vida, sendo inerente a todos os seres humanos, cuja busca e descoberta configuram uma tarefa personalíssima, intransferível, exequível pela pessoa. Particularmente a respeito do sofrimento, Frankl (2003) aponta que advém da vivência de um abismal complexo de falta de sentido, que é acompanhado do sentimento de vazio, denominado pelo teórico como “vazio existencial”. Carvalho e Deusdedit Júnior (2017) sinalizam que, quando a pessoa não encontra um sentido no sofrimento vivido, o desespero a impele à perda do sentido da existência, tornando a morte a opção mais acertada – embora nem sempre simbolize o fim da vida, mas represente o fim do sofrimento ou a possibilidade de encontrar o respectivo sentido, pelo qual o indivíduo procura.

Para Frankl (2017), o uso prejudicial de álcool e outras drogas expressa simbolicamente um modo de suicídio crônico. Adicionalmente a essa perspectiva, Ribeiro *et al.* (2016a) anunciam que a desesperança em estar no mundo e de não conseguir viver sem consumir álcool e demais drogas perpassa a vida do indivíduo, podendo influenciar no afastamento das pessoas e na dificuldade do manejo pessoal das relações sociais afetivas, cooperando para seu isolamento e, em extensão, para o comportamento suicida.

Yuodelis-Flores e Ries (2015) frisam que o comportamento suicida compõe um problema significativo em pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, para o qual se concorrem diversos fatores de risco predisponentes e precipitantes, tais como: estressores agudos, a exemplo, ruptura de relacionamento conjugal e interpessoal; perda de renda; estressores ocupacionais e financeiros; uso pesado recente de substâncias e intoxicação; grau de gravidade do(s) distúrbio(s) aditivo(s); além do histórico pregresso de tentativas de suicídio e/ou de abuso sexual. Identicamente, aumentam o risco de comportamento suicida: traços de personalidade, a título de exemplo, impulsividade, agressão, pessimismo, desesperança; doenças mentais como, transtorno de depressão maior, transtorno bipolar, transtorno de personalidade limítrofe e transtorno de estresse pós-traumático.

Pillon *et al.* (2019) alertam que usuários de substâncias que exibem sintomas depressivos apresentam uma propensão mais difusa para comportamentos suicidas, ao passo que usuários sem sintomas depressivos podem demonstrar um risco de suicídio mais diretamente relacionado a períodos de abstinência ou a momentos em que estão sob a influência de substâncias. Logo, é fundamental a identificação dos potenciais fatores de risco de suicídio evidenciados por pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, com vistas à

implementação de medidas de manejo compatíveis para tais condições.

Em que pese a proeminência de discursos sobre conteúdos respectivos ao núcleo de sentido *dualismo vida e morte - das cinzas à fênix* atrelado a comportamento suicida, notabilizou-se nas declarações dos participantes a menção da resiliência como fator protetor na vivência de uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Alim *et al.* (2012) definem resiliência como sendo a ausência de psicopatologia, a despeito da exposição a alto estresse, que se reflete na capacidade da pessoa lidar com a adversidade associada ao sucesso, exibindo estresse psicológico e fisiológico adaptativo às circunstâncias. Singularmente ao uso prejudicial de álcool e outras drogas, Kurtz *et al.* (2019) proclamam que a alta resiliência se associa a fatores de proteção, por meio do apoio social e de comportamentos positivos de enfrentamento; em contrapartida, os autores advertem que a baixa resiliência se vincula a comportamentos de enfrentamento negativos.

Conferindo ênfase à ideia de processo, Cyrulnik (2001) analisa que a resiliência traduz um conjunto de fenômenos articulados entre si, que se desenrolam ao longo da vida, em contexto afetivo, social e cultural, e, metaforicamente, pode ser comparado à arte de navegar em meio à tempestade. Além disso, se constrói, cotidianamente, desde o início da vida, a cada ação, a cada palavra, num longo processo que se inscreve em um contexto específico e se reconstrói de forma coletiva, ao longo do tempo, na qual o ambiente e tudo que o compõe são coautores. A realidade em que o sujeito vive pode ser ameaçadora, colocando em risco a qualidade de seu viver e fazendo-o sofrer, mas ele consegue encontrar recursos que o ajudam a avançar e prosseguir. Logo, a resiliência se refere muito mais à evolução e à história de um sujeito, do que a ele mesmo; em outras palavras, é o caminho construído que é resiliente.

O testemunho a seguir ilustra aspectos correlacionados a esses fatores.

Doutora, de todas as lutas que eu lutei, eu nunca tinha tido um motivo tão grande para eu sentir vontade de sair das drogas: meu neto. O nome dele é Ezequiel, eu o chamo de Dominique. "Aí, vó!" Quando ele me chama de vó, dói o coração. (Sereia)

A declaração supramencionada sanciona a abordagem defendida por Borges *et al.* (2016), ao reconhecerem que o suporte social recebido se articula positivamente com a autorregulação dos comportamentos de uso de álcool e outras drogas. Porém, mais do que a quantidade de pessoas existentes na rede social, a capacidade das pessoas se autorregularem se atrela à satisfação com a qualidade do apoio instrumental e emocional recebidos pelo indivíduo.

De outra parte, Harris, Smock e Wilkes (2011) acreditam que a resiliência carece ser

mantida por meio da repetição contínua do ciclo de enfrentamento. Enquanto Rudzinski *et al.* (2017) alertam que a recuperação não pode ser estimada apenas como a única maneira de resiliência disponível, pois o que é realmente crucial em tempos de adversidade se vincula aos modos como as pessoas usam suas forças internas ou os recursos externos para lidar com questões relativas ao uso de substâncias psicoativas. Por sua vez, Alim *et al.* (2012) indicam que a melhora da resiliência influenciaria sobre o controle cognitivo e emocional ante o estresse, uma vez que promove atenção plena e facilita a interação social, indicando grande importância para o tratamento dos transtornos relacionados ao uso de substâncias.

Para além dos sentidos suprarreferidos sobre a resiliência, é fundamental explicitar que houve sobrepujança de narrativas ancoradas na perspectiva de que a experiência de uso prejudicial de álcool e outras drogas engendra no percurso da trajetória pessoal uma complexa teia de idiosincrasias, atravessada por sentimentos dilacerantes, paradoxais, que acumula implicações adversas e dramáticas na vida do indivíduo. Com base nessa lógica, o movimento de ressignificação de sentidos imanente ao relacionamento firmado entre indivíduo e substância(s) psicoativa(s) impulsiona a pessoa à resiliência – aqui compreendida na qualidade de resistência, recuperação ou de re-existência, de tal maneira que a pessoa utiliza estratégias de *coping* as mais diversas e singulares para o agenciamento da própria recriação e transformação de si mesmo, como se evidencia no depoimento a seguir.

*“Minha vida foi dissolvida por pedras amarelas,
que direcionaram meus medos e agonias.
Solidão homicida.
Vida drogada, vida bandida, vida louca, vida esquecida.
Um fósforo, um cachimbo, uma cinza, uma pedra, um mesclado e um
isqueiro.
São sempre os mesmos companheiros.
Há uma pedra no meio do caminho.
Mas, que caminho?
A decadência no mundo de espinhos.
Mas, a única coisa que eu sei é que das cinzas que eu gastei, um dia
cinzas virarei.
Mas foi como uma Fênix que eu ressuscitei.” (Fênix)*

Eu ressuscitei das cinzas... (Fênix)

Percebe-se nos registros de Fênix, os sentidos atribuídos à resiliência imbricada à trilha pessoal, prenhe de sofrimento, perdas, solidão, e privações, correlacionadas à experiência pessoal de uso prejudicial de álcool e outras drogas. Particularmente a isso, Brandão, Mahfoud e Gianordoli-Nascimento (2011) apregoam que a resiliência coaduna uma concepção

ambivalente, respectiva a processos de recuperação e superação. Nessa lógica, Rudzinski *et al.* (2017) asseguram que o caminho percorrido por pessoas usuárias de drogas, em busca da recuperação, é incrivelmente difícil e ininterruptamente cheio de adversidades. Em função disso, Santos *et al.* (2020) afirmam que a aceitação do sofrimento psíquico perfaz um componente central no processo de recuperação.

Consequentemente, irrompe a adoção e aplicação de estratégias de *coping*. Folkman e Moskowitz (2004) definem *coping* como sendo um conjunto de pensamentos e comportamentos utilizados para gerenciar as demandas internas e externas, perante situações que são avaliadas pelo indivíduo como sendo estressantes. Nesse ínterim, o enfrentamento não demarca um fenômeno isolado, pois está inserido em um processo de estresse complexo e dinâmico que envolve a pessoa, o ambiente e o relacionamento entre eles.

A propósito, Dias e Pais-Ribeiro (2019) explanam que as estratégias de *coping* são desenvolvidas pelo próprio indivíduo e se relacionam com a saúde mental, visto que podem moderar o impacto das adversidades ao longo da vida, bem como aumentar os níveis de bem-estar psicológico e reduzir o sofrimento psíquico.

Enfim, quando Fênix atesta que ressuscitou das cinzas, revela-se o sentido emblemático da resiliência associada à esperança, à reinvenção de si mesmo (na qualidade de sobrevivente), de modo flamejante, que resplandece no decurso da intrincada trajetória de uso prejudicial de álcool e outras drogas, tendo a arte (poesia) como expressão sublime e estratégia de *coping*. Notadamente acerca disso, Prado (2018) assinala que é *sui generis* da esperança **sempre** (grifo nosso) renascer de suas cinzas, porque o sofrimento legitima uma inconformidade, uma maneira irrecusável que há uma outra dimensão, irreduzível aos «fatos» (grifo do autor), proclamando-se que a vida não poderia se limitar à evidência bruta da sobrevivência inana. Dessarte, comprova-se que a esperança, o sonho, a arte, já residem no âmago da desesperança, da dor e do «sufoco» (grifo do autor).

Foi marcante entre os entrevistados a verbalização de perspectivas alegóricas à esperança-equilibrada, que aflora na vivência de uso prejudicial de álcool e outras drogas, tendo associações e implicações com os processos de sofrimento, martírio, percalços e de desassossegos vividos, como ilustram as seguintes declarações.

Então, eu sei que eu tenho que saber administrar essa luta, minha vida e costurar minhas feridas, e continuar pra frente. Eu já dei o primeiro passo, só que a depressão está me machucando; mas eu espero... Eu espero mesmo... (Hipocampo)

Eu acho que eu tô vivo hoje em dia e não me destruí completamente porque existe uma esperança de encontrar o amor. Mas eu ainda tenho a oportunidade de viver ao lado dos meus filhos e dos meus netos, entendeu? E, não restaurar, mas encontrar uma nova companheira, pra que um dia a gente possa se casar. Porque, como tem algumas das minhas poesias que fala, eu falo muito em coisas ruins que a droga causa, né? Que a rua causa (porque eu sou poeta de rua), mas eu acredito muito no amor. Eu acho que eu tô vivo hoje em dia e não me destruí completamente porque existe uma esperança de encontrar o amor. (Fênix)

Depreende-se a partir das falas supramencionadas o broto do sentido da esperança-equilibrista, na qualidade de uma força motriz que direciona a pessoa ao enfrentamento das situações antagônicas e reversas com as quais se depara na travessia pessoal de uso prejudicial de álcool e outras drogas. Especificamente a este tópico, Dalmolin (2006), de maneira contundente, explica que:

É nesse palco de contradições e sobre esse fio chamado ‘vida’ que os nossos personagens-tipo vão equilibrando, passo a passo, suas trajetórias, fonte de alimentação para fazer frente aos inúmeros desafios de um mundo ainda pouco protagonizado por eles. É nessa ‘corda-bamba’, nesse desassossego, por vez tão doloroso, que eles mostram o encanto pela vida e pela liberdade, e também nos fazem vislumbrar a ‘esperança-equilibrista’ de encontrarmos outros lugares cada vez mais dignos e condizentes com a complexa trama da vida. (DALMOLIN, 2006, p. 220-221).

Ora, deduz-se que a tessitura do fio da vida da pessoa que faz uso prejudicial de álcool e outras drogas é imbuído de esperança com caráter equilibrista, oscilando entre afetos, sentimentos, pensamentos e desejos paradoxais, os quais tensionam e retumbam o *dualismo entre a vida e a morte - das cinzas à fênix*, inflamados na exibição do sofrimento intenso, do desassossego, do (des)encanto pelos propósitos e projetos de vida.

Em acordo com esse ponto de vista, Prado (2018) compreende que a esperança remete ao sentido de obstinação, na qualidade de uma marca própria da existência humana, metaforicamente representada pelo amor do que ainda não aconteceu. Ao mesmo tempo, a esperança configura uma **força artística** (grifo nosso) de resistência, que é prenehe de engenhosidade (sempre capaz de criar algo a partir do nada) e potente para transmutar a miséria em força, o desamparo em recurso, a astenia em paixão e vitalidade, assim como o luto em energia de luta. Então, a essência da esperança-equilibrista implica na apreensão de que a corda bamba acima do abismo está estendida entre o que é a «realidade» (grifo do autor) e uma existência outra (que é desejada), cuja realização é prometida e, contra tudo, se cuida de efetuar. Nesse estratagema, o funâmbulo crê que o advento de um mundo outro é possível, exigindo de

existência emocional da pessoa, tal como representasse uma solução química, dotada do poder de amenizar as consequências de um sintoma da insanidade social que exclui cidadãos de direito. Fabíola Silva (2014), assinala que o uso de álcool e outras drogas pode sinalizar uma maneira da pessoa lidar com as dificuldades ou com as dores. Já Lima *et al.* (2018) afirmam que a droga passa a fazer parte da história de vida das pessoas, ocupando um espaço diferente em cada uma delas, seja com o intuito de minimizar sofrimentos e aliviar as perdas sofridas, ou na qualidade de um mecanismo de fuga, empregado com o propósito de fugir da realidade.

Por outro lado, Rodrigues, Lima e Holanda (2018) apontam que o papel personificado assumido pela droga detém o poder de retirar os prazeres da vida da pessoa, que se torna passiva no processo em foco. Inclusive, seguindo essa vertente, Merhy (2012) se refere às pessoas que fazem uso de drogas como sendo os anormais do desejo, os novos não humanos, os desviantes desejanter. Em vista disso, Inoue *et al.* (2019) destacam como crucial o reconhecimento dos pontos de vulnerabilidade para recaídas, por meio da identificação da percepção de vida dos indivíduos que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Sob outra perspectiva, Souza *et al.* (2012) explicam que o termo recaída sinaliza um atravessamento entre o campo da saúde e a moral religiosa. Nesse sentido, expõe não um problema de saúde, mas, primordialmente, uma queda da alma, que se deixaria levar pelas tentações e se desviaria do caminho da "salvação", ao retornar aos prazeres vazios das drogas. Daí, o uso de álcool e outras drogas estaria sempre associado ao desejo de morte, assim como ao descuido com a saúde e à criminalidade.

Os relatos que se seguem externalizam constatações atinentes à vivência da recaída. Assim sendo, primeiramente, são apresentados exemplos de falas que destacam sobre o sentido do prazer imanente à experiência do uso prejudicial de álcool e outras drogas, que impele a pessoa ao processo de recaída.

Foram prazeres momentâneos, mas muito agradáveis, entendeu? Tanto prova que eu percorri essa estrada durante 27 anos de minha vida usando drogas. (Fênix)

E me trazia muito prazer e muita alegria. Só que era uma alegria falsa, porque depois eu entrava em depressão e queria cada vez mais. E não foi prazerosa; foi desastrosa. (Sereia)

Lima *et al.* (2018) argumentam que o uso prejudicial de álcool e outras drogas surge como uma busca por novas experiências de prazer, as quais são estimuladas tendo como ponto de partida a instauração de novas maneiras de usar a substância, emergem com a mudança do

padrão de uso e com vivências respectivas nos contextos de interação social, nas relações afetivas e familiares. Com base nessa perspectiva, Alarcon (2014) justifica que cada encontro nos confere maior ou menor potência de agir e viver, assim como maior ou menor potência de afetar e ser afetado. Além disso, às vezes, algo que parecia um bom encontro nos adoce, enfraquece. Por isso, para muitas pessoas, o encontro com o álcool ou com outras drogas expande a potência de viver.

Adicionalmente, Câmara (2012) defende que a pessoa em uso de substâncias psicoativas experimenta uma alteração na consciência que lhe permite usufruir de um plausível e breve bem-estar. Daí, possui a droga como seu único objeto de satisfação, que lhe oportuniza sentir a ilusão de plenitude, de um gozo absoluto, sem falta. O autor destaca que o sujeito adicto não suporta a falta, ao passo que goza objetivamente no ato de se drogar - que é pura ação, fora do circuito simbólico. Isso quer dizer que, ao se drogar, o indivíduo escapa da angústia advinda de uma condição fálica, faltosa. Ademais, o toxicômano não se droga devido ao desejo, mas movido pelo objetivo de “esquecer dos problemas” e, em razão de sua angústia existencial.

É pertinentes ressaltar que também se evidenciou nas narrativas dos entrevistados que eventos estressores e situações adversas, sobretudo de ocorrência no seio familiar, eliciam emoções negativas, as quais atuam como fatores de risco para a ocorrência das recaídas.

Só que eu tento, tento, tento com a ajuda dos profissionais. Quando eu vou me recuperando, eu não sei lidar com a emoção, com a raiva, com o ódio, que eu volto a usar tudo de novo. E é uma luta constante (...) toda vida minha filha me leva às drogas. Ela não me leva, eu me levo só. Eu só vou por impulso da emoção. (Sereia)

E muitas vezes eu, na adicção, e com raiva dela, terminava indo atrás da droga, pra tentar saciar aquele buraco, ver que, não, talvez assim ela vá me dar atenção, ela vem atrás de mim ou ela vá dizer que eu sou filho dela, e isso não aconteceu mais. (Minotauro)

Eu passo o dia todo, eu passo dois dias, eu passo até três dias... Ai quando os meninos me stressam aqui, eu corro, pego um cigarro e vou fumar. Quando eu tô com raiva, eu fumo. (Unicórnio)

As constatações supracitadas ratificam a opinião compartilhada por Da Silva, Guimarães e Salles (2014), ao garantirem que sentimentos negativos, tanto como a falta de apoio familiar e os conflitos familiares atuam como fatores de riscos para a ocorrência de recaídas. Igualmente, concordam com o parecer de Nelis *et al.* (2011), quando explicam que o uso prejudicial de álcool, medicamentos ansiolíticos ou outras drogas, é empregado como

estratégia de regulação das emoções negativas (tais como, raiva, tristeza, medo), tendo o propósito de diminuição ou de evitação de efeitos danosos decorrentes das emoções negativas.

Destaca-se que Pombo *et al.* (2016) comprovaram em estudo anterior que sentimentos desagradáveis operam como preditores de fissura em pessoas dependentes de álcool sóbrios, sem condições psiquiátricas concomitantes. Segundo esse ângulo, a predisposição para sentir emoções negativas pode induzir a pessoa a uma resposta de desejo mais forte e ao aumento da probabilidade de ingerir a primeira dose, com a imediata perda de controle em relação ao uso.

A motivação foi outro fator de risco apontado pelos informantes para a emergência de processos de recaídas, como ilustram as afirmações a seguir:

Lamentavelmente, meu caráter, minha personalidade.... Sou muito eufórico, um pouco esquizofrênico; sou muito alterado, me altero rápido. Então, duro pouco e eu saio logo da Comunidade Terapêutica; não aguento muito e saio, não cumpro o tratamento certo. (Hipocampo)

Ai depois fui pra Meduna, passei um mês pra desintoxicar e ver se eu pegava mais um pouquinho. Né? Eu até que consegui, mas depois eu fui desistindo, foi acabando o estímulo e voltei de novo à vida. (Karkinos)

Conforme Gabatz *et al.* (2013), a percepção que os usuários possuem a respeito dos malefícios da droga provocam não são suficientes para que interrompam ou abandonem o consumo da substância psicoativa. Pombo *et al.* (2016) apregoam que traços afetivos de temperamento, tais como a vulnerabilidade ao estresse e a instabilidade de humor, assim como as características de personalidade, associadas à maneira pessoal de lidar com situações estressantes e de regular as emoções, podem cooperar para um estado interno que “condicionalmente” incita aos impulsos de recaída.

Adicionalmente, Ronzani *et al.* (2014) consideram que o impacto negativo da baixa autoestima e da baixa autoeficácia prejudicam a realização dos objetivos de vida; e que os sentimentos de desvalor e de incapacidade incitam a pessoa ao pensamento de que não há razões para se recuperar do uso de drogas. Porquanto, Gomes *et al.* (2015) advertem como meritório ponderar que a condição de vulnerabilidade de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas pode contribuir para recaídas, ao passo que as motivações subjetivas para busca por cuidado de saúde surgem no cotidiano e no contexto de vida pessoal, derivadas da percepção da necessidade de mudança e de construção de novos projetos de vida.

Em conformidade com Ferreira *et al.* (2016), a desmotivação e a falta de volição para interrupção do consumo e realizar o tratamento agem como um dos motivos preeminentes que

suscitam a reincidência do consumo de drogas. Por seu turno, Marlatt e Witkiewitz (2009) avaliam que a motivação pode se vincular ao processo de recaída de dois modos: por meio da motivação para a mudança de comportamento positiva e mediante a motivação ao envolvimento em comportamento-problema. Para fins de exemplificação, conforme os autores, considerando-se a situação hipotética de uso de álcool, a motivação para a mudança de comportamento positiva pode ser representada pelo estímulo à ação, rumo à abstinência ou ao uso reduzido de álcool. Em contrapartida, a motivação ao envolvimento em comportamento-problema pode ser explicitada através do estímulo ao envolvimento no comportamento de uso de álcool.

Deveras, Shiner e Winstock (2015) ilustram que a ambivalência perpassa a experiência de pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, correlacionada à consciência dos custos potenciais e aos benefícios intrínsecos ao consumo da(s) respectiva(s) substância(s). Em que pese a recaída seja encarada como um assunto ligado imediatamente ao fracasso, Geromini (2013) defende que a mesma seja compreendida como uma provável fase do tratamento. Desse modo, Schultz Júnior e Ribeiro (2013) sustentam que a recaída necessita ser vista como uma oportunidade de aprendizado.

Tirando a rede de saúde, ninguém consegue compreender o meu desespero por deixar a droga, por querer deixar a droga e não conseguir. (Sereia)

Ai foi preciso eu procurar um meio pra deixar, porque eu sozinha já tinha tentado várias vezes, e não tinha conseguido ainda né. (Quimera)

As falas supramencionadas retratam o sofrimento subjacente às tentativas malogradas empreendidas pelas pessoas, com o intento de conseguir a manutenção da abstinência total, para interrupção do uso de drogas. No tocante a esse prisma, Rodrigues (2012) atestam que o ideal da abstinência como prática de tolerância zero tem suas origens assentadas na política de guerra às drogas, proveniente dos Estados Unidos, nos anos 1970. Por sua vez, Silva e Pessoa (2019) endossam que a abstinência e a repressão não produzem ações redutoras de vulnerabilidade, não ajudam o indivíduo a se relacionar de outro modo com a droga, nem a construir uma rede de cuidados. Porquanto, Faria (2014) aclara que a dependência não compõe uma entidade única para todos, pois denota um terreno que toca aquilo que é da ordem pulsional, mais forte que a pessoa, que a impele ao pior e sobre o qual não tem controle.

Torres e Vidal (2017) alertam como fundamental descortinar que, em consequência da lógica de tratamento repressor, constata-se no cotidiano dos serviços de saúde a modulação de discurso dos usuários acerca da abstinência, em função do que espera o ideal institucional

encarnado pela equipe profissional. Disso decorre uma divisão entre o discurso rígido dos usuários endereçado à equipe e o discurso fluido proferido pelos mesmos indivíduos nos espaços de convivência com os demais usuários. A propósito, o processo de abstinência total é atravessado pelo ideal médico de cura, que sustenta os tratamentos baseados na internação e está ancorado na fantasia imaginária de uma vida sem drogas. Consequentemente, o fato de estar acolhido em uma internação evoca o ideal da abstinência como ponto de referência, orientando o discurso dos usuários, além de reforçar a ideia de que a única maneira possível de tratamento é através da interrupção definitiva do uso; ou seja, mediante a prevenção de recaídas.

7 USO PREJUDICIAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS, IDIOSSINCRASIAS DA BUSCA E DA PRODUÇÃO DO CUIDADO

Esta seção apresenta as evidências reunidas mediante os depoimentos tecidos pelos entrevistados, no tocante à segunda categoria da Tese, *Uso prejudicial de álcool e outras drogas, idiossincrasias da busca e da produção do cuidado*. Os resultados retratam a respeito das vivências de uso prejudicial de álcool e outras drogas, particularmente relacionadas ao agenciamento da busca pelo cuidado e à consecutiva vivência na produção do cuidado.

Etimologicamente, a palavra cuidado é oriunda do vocábulo latino *cogitatus*, que significa meditado, pensado, refletido. Como substantivo na língua portuguesa, o termo adquire significações diversas, dentre as quais destaca-se: atenção especial, dedicação, precaução com aplicação intelectual e/ou dos sentidos, comportamento vigilante, comportamento precavido, inquietação, preocupação, zelo, desvelo, encargo, incumbência, responsabilidade, lida, trabalho, ocupação (HOUAISS, 2009).

A fenomenologia de Martin Heidegger (2005) focaliza o cuidado associado à ideia de cura, como um ato que ocupa sentido ontológico, peculiar à natureza humana. Conforme essa ótica, o ser humano é apreendido como Ser-aí ou *Dasein* (que significa pre-sença, a pura expressão do Ser), manifesto através da captação da existência do homem como Ser-no-mundo. Assim, estabelece-se uma imprescindível correlação da pessoa humana com outros indivíduos (Ser-com ou *Mitsein*), segundo a qual a pre-sença sempre configura uma co-presença, o mundo é sempre um mundo compartilhado e o viver é sempre uma convivência. Consequentemente, demarca-se o cuidado profundamente implicado com o sentido do Ser.

De acordo com Contatore, Malfitano e Barros (2017), os significados atribuídos ao cuidado anunciam sua dimensão social, tácita na interação entre sujeitos, numa relação de ajuda. Segundo os autores, há muitas décadas, a concepção de cuidado assumiu maior identificação com as ações empreendidas por profissionais de saúde, embora não constitua um ato exclusivo do campo da saúde, pois abarca relações sociais e culturais nas suas efetivações. Nesse sentido, enquanto o cuidado em saúde denota somente parte das ações necessárias para promover atenção às demandas das pessoas, o cuidado do senso comum alcança outras dimensões e necessidades interpessoais intangíveis pela clínica biomédica tradicional. Assim, o imaginário relativo ao cuidar, tal qual a solidariedade em torno dos cuidados e a disponibilidade para estar com o outro, se tornam constituintes das ações de manutenção da vida.

Designadamente ao enfoque do cuidado a pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, Macerata (2014) esclarece que a noção de cuidado carrega o sentido relacional,

para além da atuação de um agente cuidador, posto que abrange a articulação estabelecida entre sujeitos - profissionais, usuários, outros atores - e territórios.

A categoria *Uso prejudicial de álcool e outras drogas, idiossincrasias da busca e da produção do cuidado* encontra-se subdividida em sete subcategorias empíricas de análise, que são apresentadas a seguir: *Heteronomia; Apoio Familiar; Estigma; Coping Religioso/Espiritual; Barreira de Acesso, Distância e Recaída; Modelo Asilar/Manicomial; Profissional de Saúde e Integralidade do Cuidado.*

A primeira subcategoria, *Heteronomia*, apresenta as nuances inerentes ao agenciamento da busca por cuidado, empreendido pelos indivíduos. Nessa ótica, os participantes do estudo apontaram os fatores subjetivos e as circunstâncias da vivência pessoal que estão atrelados à busca por cuidado, em razão do uso prejudicial de álcool e outras drogas.

A segunda subcategoria, *Apoio Familiar*, revela as singularidades atinentes ao apoio recebido dos familiares. Outrossim, são apresentadas ponderações sobre casos de inexistência de apoio por parte das redes informais, no que tange às implicações sobre os processos de busca e produção do cuidado relativamente ao uso prejudicial de álcool e outras drogas.

A terceira subcategoria, *Estigma*, focaliza as idiossincrasias e multidimensionalidades que atravessam o cotidiano da vivência dos depoentes, notadamente vinculadas ao estigma deflagrado nas práticas profissionais cristalizadas pelo preconceito, pela coisificação, negação do sofrimento e invisibilidade da pessoa que busca por cuidado devido ao uso prejudicial de álcool e outras drogas, e que ressoam de modo lancinante por meio do auto-estigma.

Na quarta subcategoria, *Coping Religioso/Espiritual*, são anunciadas as particularidades intrínsecas aos sentidos e aos aportes atribuídos à fé como recurso de enfrentamento e encorajamento, invocada pelas pessoas na tessitura das trajetórias de busca e produção do cuidado, por consequência do uso prejudicial de álcool e outras drogas.

A quinta subcategoria, *Barreira de Acesso, Distância e Recaída*, contempla as diversas barreiras de acesso que irrompem, interpondo obstáculos à experiência de pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas, no que toca ao agenciamento dos itinerários de busca por cuidado nos pontos de atenção da RAPS, assente nas narrativas dos entrevistados.

A sexta subcategoria, *Modelo Asilar/Manicomial*, notabiliza relatos que extravasam os paradoxos, contrassensos, retrocessos e a voracidade próprios do modelo asilar venerado nos hospitais psiquiátricos e nas comunidades terapêuticas, que desrespeitam a cidadania, aviltam os princípios da RAPS e avariaram os ideais da luta antimanicomial.

A sétima subcategoria, *Integralidade do Cuidado*, expõe declarações que apreciam a magnitude e a potência de oportunidades de cuidado alinhado à concepção da RD, às diretrizes

dimensão mais individual para uma dimensão mais coletiva; que pode dirigir-se de um cuidado de si para um cuidado do outro, dependendo dos dispositivos que as pessoas passam a integrar. Logo, os indivíduos podem ser colaboradores no território, podem integrar a gestão das associações, podem ser redutores de danos ou, podem, exclusivamente, cuidar de si. Segundo Oliveira, Andrade e Goya (2012), essa visão se afina com os ideais da integralidade do cuidado, com base na qual os projetos terapêuticos são pautados nas compreensões dos usuários e de suas necessidades, percebendo-os como autônomos, protagonistas e sujeitos em sua totalidade.

Em que pese a consideração da perspectiva da autonomia e do protagonismo associadas aos processos de agenciamento de itinerários terapêuticos de busca e produção do cuidado, em razão do uso prejudicial de álcool e outras drogas, Carneiro (2008) revela que existe uma fronteira tênue fixada por cada cultura entre a autonomia e a heteronomia nas decisões humanas, a qual distingue atos prescritos e proscritos de uma esfera vaga de ações de alçada unicamente individual. Assim, o campo das ações e das opiniões individuais resulta de injunções sociais e toda idiosincrasia se insere num mundo de determinações sociais, inclusive no que diz respeito às atitudes e aos juízos puramente “pessoais”. Notadamente às drogas, permanecem os tabus, com algumas substâncias proscritas e outras reguladas conforme diferentes graus de permissividade (algumas com limitações de idade, espaços e horários permitidos ou não).

Em concordância com o enfoque da heteronomia, que atravessa os processos de busca e de produção do cuidado, evidencia-se a seguinte alocação:

Então eu procurei por livre e espontânea vontade, fui atrás dos meus documentos; aí encontrei alguém que pudesse me ajudar, que me levou até o CRAS e de lá, me envieram até o Centro POP onde me informaram outras casas de tratamento, mas não me aceitaram. Então eu cheguei até aqui, no CAPS AD. Então eu tô tentando aproveitar as portas que estão se abrindo pra mim. (Anfisbena)

O relato supramencionado carrega sentido compatível com o ponto de vista de Bresolin (2013) no tocante à heteronomia, sinalizando um processo de sujeição da pessoa à vontade de terceiros, ou à vontade de uma coletividade, não referente à razão e às leis morais, como uma imposição de forma coercitiva, independente da vontade do indivíduo, e exterior a ele, opondo-se à autonomia da norma moral. Em contrapartida, Franco e Hubner (2019) advertem que o cuidado requer contemplar toda a existência da pessoa, como um ser complexo, que traz sua história de vida, cheia de expectativas, desejos, relações afetivas, familiares e sociais. Daí, incumbe aos profissionais de saúde identificar, naquele encontro firmado entre sujeitos no e pelo ato de cuidar, quais são os projetos de felicidade do sujeito do cuidado.

Especificamente aos projetos de vida que impulsionam pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas a buscarem por cuidado, destaca-se as seguintes narrativas:

Ah, foi muita força de vontade, muita força de vontade. Vontade de querer saúde, querer viver mais em paz, sossegado, com muita paz, com muita experiência. Do meu tratamento, está sendo esse objetivo: encontrar minha mãe. (Pégaso)

Eu quero voltar a trabalhar, quero voltar a ser uma pessoa na sociedade. (Ninfa)

Evidencia-se nos argumentos supratranscritos os projetos de vida moventes, que vivificam e encorajam as pessoas no sentido do agenciamento de itinerários terapêuticos de busca por cuidado. A respeito disso, Salles e Barros (2014) defendem a importância de se estar atento aos projetos de vida, assim como aos desejos e às necessidades individuais nutridas pelos sujeitos, com vistas a ajudá-los a viver a partir de suas próprias singularidades no contexto social nos quais estão inseridos.

Aditivamente, Oliveira *et al.* (2015) clarificam que a reinserção social é um elemento basilar, que possibilita com que a pessoa compartilhe o mundo da vida com seus semelhantes, reconstrua vínculos, reflita sobre o cotidiano pessoal para organizar as próprias escolhas e, conseqüentemente, consiga gerenciar a própria vida.

As falas acima citadas também enaltecem a importância da liberdade de escolha, do protagonismo e da co-responsabilidade nos processos de busca e produção do cuidado, que são aspectos convergentes com os pilares da Política Nacional de Humanização (PNH). Nessa lógica, parte-se da concepção de que a ação, a interlocução e a atitude dos indivíduos assumem lugar crucial nos acontecimentos, da mesma maneira que cooperam na produção do cuidado e na produção de saúde (BRASIL, 2009c). Contudo, Dalmolin (2006) lembra que as pessoas buscam protagonizar suas próprias trajetórias, criando estratégias, produzindo um saber que, rotineiramente, nem mesmo é percebido ou valorizado pelos profissionais e serviços de saúde. Logo, é imperativo o entendimento e a oferta do cuidado em saúde mental em acordo com os princípios e as diretrizes da reforma psiquiátrica, o que solicita:

“colocar questões como as do lugar social do sujeito em sofrimento psíquico, suas potencialidades e possibilidades, sua autonomia diante da vida e sua diferença, no centro de nossas discussões, enquanto trabalhadores de saúde mental. Esse modelo requer, ainda, a proposição de práticas em diferentes níveis, numa reorganização permanente com os diferentes atores sociais, capaz de produzir outras possibilidades de vida, mais inclusivas e mais dignas da condição humana.” (DALMOLIN, 2006, p. 40)

Particularmente à contextura da produção do cuidado a pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, Venturi (2017) assinala que a passagem da perspectiva da heteronomia para o enfoque da autonomia tem como principal propulsor as interações sociais horizontais e dialógicas – não autoritárias – favoráveis ao exercício da reciprocidade e ao respeito à alteridade. Daí, uma política de drogas inspirada na aplicação desses procedimentos depende da promoção de amplo debate público, que valorize as vozes dos diferentes atores envolvidos no dilema enfrentado.

Em conformidade com essa vertente, Campos (2000) situa o método da cogestão, que oportuniza pensar uma coprodução de coletivos e de sujeitos autônomos. Nesse sentido, a autonomia estabelece um dos objetivos ou uma das finalidades principais da política, gestão e do trabalho em saúde (clínica e saúde coletiva), entendendo que cabe aos sistemas de saúde o aporte para a ampliação do grau de autonomia das pessoas.

Adicionalmente, Passos e Souza (2011) correlacionam o panorama em foco com a perspectiva da RD, sinalizando que a co-responsabilidade emerge como efeito da coprodução de saúde, pois as regras de conduta são criadas em um encontro e a partir dos vínculos que esse encontro é capaz de instaurar. Então, a autonomia é constituída ao longo do processo terapêutico, podendo promover a (re)construção da vida da pessoa e fortalecê-la no mundo da vida cotidiana.

7.2 APOIO FAMILIAR

A presente subcategoria reúne declarações pertinentes ao apoio familiar às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, no sentido do encorajamento e do suporte nos processos de busca e de produção do cuidado. Para tanto, parte-se da concordância com Macerata (2014), segundo o qual uma pessoa não compreende algo fechado em si mesmo, visto que o indivíduo somente se constitui nas suas relações, enquanto um nó do tecido de realidade, como uma conjunção singular, como uma particularidade específica, fundamentada em um território de relações.

Nessa óptica, a Figura 6 ilustra a nuvem de palavras representativa do núcleo de sentido *apoio familiar*, em que se constatou o predomínio dos termos, ter (9 vezes), ajuda (5), família (4), dia (4), mãe (4), pessoa (4), culpa (4), abandono (4), hoje (3), esposo (3), sempre (3), ser (3), desprezo (3), droga (3), buscar (2), vida (2), pai (2), oportunidade (2), não (2), nunca (2), totalmente (2), resistir (2).

prejudicial de álcool e outras drogas pode proporcionar melhorias no tratamento, já que oportuniza à pessoa apoio e suporte, favorecendo sua adesão ao processo de cuidado.

Saliente-se que Lima (2012) proclama que todo indivíduo que faz uso de drogas tem como identidade primária um lugar na família. Deste modo, a família atua como um sujeito ativo na ‘rede’, que demanda ser apreendida como uma unidade, desconstruindo-se a cisão entre a pessoa que faz uso de drogas e a sua família; ou seja, rompendo-se com a delimitação entre membros que consomem drogas e aqueles que não as utilizam.

Gabatz *et al.* (2013) apontam que a busca pelo tratamento é fortemente influenciada pelos familiares, bem como pelos amigos do sujeito. Inclusive, Sanches e Vecchia (2020) asseguram que o envolvimento da família na produção do cuidado respectivo ao uso prejudicial de álcool e outras drogas é crucial, porque auxilia no fortalecimento e no prolongamento dos benefícios alcançados no processo de cuidado. Por sua vez, Sanches *et al.* (2015) reconhecem que o vínculo e a interação familiar colaboram com a reinserção do indivíduo na sociedade, auxiliando-o a se sentir mais seguro e a acreditar na capacidade de viver sem as drogas.

Para além dos casos de êxito no recebimento do apoio por parte dos familiares, nos processos de busca e produção do cuidado, em razão do uso prejudicial de álcool e outras drogas, evidenciou-se relatos concernentes à fragilização e à ausência do apoio familiar.

Hoje eu dia, a única pessoa que eu tenho na minha vida é a minha esposa, porque minha mãe desistiu de mim e eu não tenho pai. Então muitas vezes quando a pessoa pergunta, ‘tu tens pai, tem mãe?’ Não! Que nunca mais ela me ajudou em nada, ela virou as costas pra mim, totalmente, ela virou! Totalmente ela virou as costas pra mim. Por causa da droga, eu não vou culpar ela, dizer que a culpa é dela, não. Pode ser que ela tenha uma parcela de culpa nisso, mas a culpa maior é minha, mesmo. É minha porque eu nunca dei ouvidos ao que ela dizia: ‘se afasta disso’, ‘tu não vais atrás disso’. (Minotauro)

Na primeira vez, eu fui buscar ajuda na minha família, e não encontrei. Como não encontrei na minha família, eu comecei a me desesperar e entrei mais profundamente nas drogas, me escondendo atrás das drogas. (Hipocampo)

Especificamente às singularidades acima delineadas, Sanches *et al.* (2015) explicitam que a ausência do apoio familiar influencia a pessoa que faz uso prejudicial de álcool e outras drogas a uma recaída. Igualmente, De Moura *et al.* (2012) anunciam que a ausência do apoio por parte da família pode comprometer a recuperação dos sujeitos, aprofundando o quadro de dependência de drogas, na medida em que reforça a solidão, o isolamento e o preconceito historicamente alimentado pela sociedade.

Além do mais, Cantão e Botti (2017) indicam que a fragilidade e a falta de apoio ou o abandono familiar junto ao ente que possui problemas relacionados ao uso de drogas é uma situação presente na tentativa de suicídio.

Em contrapartida, Silva *et al.* (2015) destacam que a família pode se constituir enquanto uma estratégia de apoio/proteção em relação ao uso prejudicial de álcool e outras drogas. Portanto, como afirmam Freitas e Souza (2015), torna-se categórico considerar estratégias que envolvam as relações familiares nas políticas públicas no âmbito da saúde, relativamente ao uso de álcool e outras drogas.

7.3 ESTIGMA

Esta subcategoria dedica-se à contemplação de explicações sobre conteúdos associados ao estigma sofrido por pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas, particularmente no que tange aos caminhos percorridos em busca do cuidado.

De acordo com Goffman (2008), o termo estigma faz referência a expectativas normativas impostas pela própria sociedade, ao criar formas de categorizar as pessoas com determinada “identidade social”; abrange características, atributos julgados como muito depreciativos, que afetam negativamente o sujeito. De modo consequente, algumas vezes tais idiosincrasias são consideradas como um defeito, uma fraqueza ou desvantagem; constituindo uma discrepância específica entre a identidade social virtual (imputada, atribuída pela sociedade) e a identidade social real (intrínseca, que o indivíduo possui). Assim, existem três tipos de estigma: (1) referente às abominações do corpo; (2) associado às culpas de caráter individual; (3) relacionado à raça, nação e religião.

Teixeira *et al.* (2019) aclaram que o vocábulo estigma remete a uma marca, visível ou invisível, física ou social. Também, assinalam que estigma associado às culpas de caráter individual abrange a situação vivida por pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas, dado que está simbolicamente associado a uma atitude individual, a uma percepção de fragilidade do caráter como vontade fraca para interromper o uso da droga.

Conforme essa lógica, a Figura 7 ilustra a nuvem de palavras que representa o núcleo de sentido *estigma*, a partir da qual se constatou a predominância dos vocábulos, desprezo (10 vezes), pessoa (7), lugar (6), ser (5), perceber (4), insignificante (4), oportunidade (3), grave (3), sentir (3), estar (3), lixo (3), violência (3), desrespeito (2), pessoa em situação de rua (2), tratamento (2), difícil (2), novamente (2), nunca (2) e encontrar (2).

Figura 7 - Nuvem de palavras a partir dos relatos dos entrevistados sobre conteúdos alusivos à subcategoria Estigma.



Fonte: WordArt, 2021.

Segundo Ronzani *et al.* (2014), o estigma existe imbuído em um círculo vicioso, que encoraja o preconceito e a discriminação; os quais, por sua vez, robustecem a ocorrência do estigma. No tocante a pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas, Melo (2013) anuncia que as representações hegemônicas do estigma reportam às acepções de criminoso e doente, integrando à representação que a sociedade tem sobre tais sujeitos, culpabilizando-os pelos males ocorridos no corpo social. Essas significações avaliam o uso de drogas como um mal ligado ao campo jurídico-policial e médico-psiquiátrico, correlacionando-o à criminalidade.

Camargo e Sinibaldi (2019) expõem que os usuários de álcool e outras drogas são vistos como desviantes, mesmo sem querer, carregando essa marca construída pela sociedade; são julgados como não merecedores de respeito. Por seu turno, Camargo *et al.* (2018) aludem que tais pessoas são amiúde estigmatizadas pela sociedade, que as deixa à margem, julgando-as como loucas, doentes, irresponsáveis, porque não se enquadram no que é imposto e esperado.

No que toca ao estigma sofrido por pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, respectivamente aos processos de busca e produção do cuidado, as falas a seguir demonstram as singularidades que atravessam tais experiências.

O CAPS até que foi complicado, porque existem pessoas que não ligam muito, não dão muito valor ao paciente; principalmente para quem é morador de rua, entendeu. (Anfisbena)

Já fui tão humilhado... As pessoas às vezes são humilhadas. 'Oh rapaz, tá aqui de novo? Olha o tanto de oportunidades que eu já te dei. E aí tu tá aqui de novo? Na mesma merda?' Eu já disse isso até pra minha esposa. 'Pô nega, fui lá em tal lugar atrás de uma ajuda, aí a pessoa lá me virou as costas, simplesmente virou as costas pra mim!' (Minotauro)

Nota-se a partir dos enunciados dos participantes a proeminência do estigma associado aos sentidos de preconceito, negligência, desvalorização e humilhação, ratificando o ponto de vista de Camargo e Sinibaldi (2019), segundo os quais o preconceito está incrustado no cotidiano das pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas, juntamente com as “verdades” construídas ao longo da história sobre esses indivíduos, compelindo-os a carregar a marca de serem anormais, desviantes, marginais. Em que pese esse panorama, Stangl *et al.* (2019) alertam que as pessoas não se definem apenas devido a uma doença ou a uma diferença percebida, pois elas possuem realidades complexas que manobram para proteger sua saúde e bem-estar; logo, as intervenções de saúde pública devem ser responsivas a essas realidades.

Ferreira e Engstrom (2017) observam que nos serviços de saúde existem padrões mais ou menos fixos de representação que os profissionais têm a respeito de pessoas que usam álcool e outras drogas, por conta de sua condição mais privilegiada na sociedade. Nessa direção, admite-se que essas representações se originam na história de cada um, do mesmo jeito que, em geral, se desenvolvem nas pressões e nos constrangimentos das instituições ou da sociedade.

Rossi e Tucci (2020) apontam que os sentimentos de estigma, discriminação e preconceito, vividos na relação firmada com os profissionais de saúde, são fatores cruciais na obstrução do acesso à rede de cuidados para questões atinentes ao uso de drogas, sobretudo nos casos de pessoas em situação de rua. Nesse sentido, Ronzani *et al.* (2014) manifestam que os efeitos prejudiciais da estigmatização se exasperam por meio de consequências tais como, a perda da autoestima, a restrição das interações sociais e as perspectivas limitadas de recuperação, que influenciam desfavoravelmente no cuidado. Ao mesmo tempo, o estigma e a discriminação afetam negativamente a qualidade dos serviços prestados, podendo radicar uma barreira para a busca por ajuda, limitando o acesso e a utilização dos serviços.

Em vista disso, Sanches e Vecchia (2020) justificam que o estigma, na qualidade de uma “marca social”, desvaloriza o sujeito diante da sociedade e da própria família, constituindo uma barreira importante para a reabilitação psicossocial e a inclusão social de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, visto que pode provocar a redução da circulação dos sujeitos em diversos espaços sociais que não são estimados como sendo o seu lugar. Os depoimentos ulteriores focalizam aspectos convergentes com essa óptica.

Ah mas, ficam me julgando, você cai ai, você pode passar/ transmitir isso ai pra alguém. Não é assim, entendeu? Eu acho que é uma falta de respeito perante o morador de rua. Deveriam tratar mais sobre essa questão, porque vontade própria a gente tem, mas não tem oportunidade. (Anfisbena)

Aonde eu ia, todo mundo fechava a porta. (Sereia)

Percebe-se, a partir dos pontos de vista acima descritos, a alusão a vivências dramáticas, que revelam condutas profissionais perversas, constrangedoras, carimbadas por preconceito, desrespeito e exclusão. Conseqüentemente, reverberam através da superposição de barreiras de acesso aos pontos de atenção da RAPS, desferidas, sobretudo, a pessoas em situação de rua.

Em harmonia com tais achados, Ronzani *et al.* (2014) alegam que pessoas que usam álcool e outras drogas sofrem com a desconfiança, com a laceração por meio de estereótipos negativos, tal qual experimentam o preconceito e a discriminação. Nesse seguimento, Melo (2013) admoesta que o indivíduo que faz uso de drogas é encarnado como alguém não confiável, um viciado, sem valor, doente, sem caráter e responsável pela destruição da família. Essa percepção acarreta diversas implicações, pois as representações sociais contêm status de verdade, guiando as condutas dos sujeitos. Igualmente, corrobora o que Camargo *et al.* (2018) tecem, segundo os quais a sociedade em geral foca apenas a substância e o respectivo uso, culpando os usuários e reforçando o preconceito, fazendo com que eles se sintam esquecidos pela sociedade, pelos amigos, familiares e, inclusive, pelos próprios serviços de saúde.

Rossi e Tucci (2020) asseveram que o estigma, o preconceito e a discriminação na RAPS fortificam a exclusão, fundando barreiras de acesso aos serviços, notadamente para pessoas em situação de rua. Deveras, Silva *et al.* (2020) acentuam que, apesar dos contrassensos, a visibilidade de estar na rua é mantida como invisibilidade, pois as vozes e as histórias de vida dessas pessoas - que vivem como sobreviventes e resistentes - muitas vezes, são silenciadas. Isto posto, Rossi e Tucci (2020) defendem que, por trás da condição de rua e do problema do uso de drogas, é imperativo entender que há seres humanos, e que são para tais sujeitos que as políticas públicas de saúde carecem ser pensadas, sem distinções.

Notabilizou-se nos argumentos dos participantes, narrativas sobre os sentidos do auto-estigma deflagrado por consequência do estigma que sofrem nas vivências de busca e produção do cuidado, em razão do uso prejudicial de álcool e outras drogas. Fernandes e Ventura (2018) explicam que o auto-estigma é um construto influenciado pelo estigma público propagado, maiormente, por entidades acatadas como autoridades e pelos profissionais de saúde – que

representam referências sociais. Com base em Ronzani *et al.* (2014), esse panorama se reflete na internalização do estigma, impulsionando a pessoa que usa álcool e outras drogas a tentar esconder sua condição de outras pessoas, na expectativa de evitar a exposição a experiências discriminatórias; então, o indivíduo passa a concordar com a visão negativa que lhe é imposta pela sociedade, aplicando a si mesmo os estereótipos negativos, o que caracteriza o auto-estigma.

Que essa droga faz você ser um nada, você ser ninguém. É sério. Eu não queria essa vida aqui nem pra um inimigo meu. Eu não queria! Pois lhe deixa abaixo do chão. É sério! (Ninfa)

Me sinto rejeitado. No sistema de saúde eu nunca encontrei um lugar melhor do que este aqui, o Hospital Geral com leitos de saúde mental; nunca. Nos outros lugares ou encontrei muitas dificuldades, humilhação, má alimentação, maus tratos, desprezo. Porque a pessoa não tem valor, não é valorizada, é tratada como se fosse um lixo. (Hipocampo)

Fui recebida no Hospital Geral com leitos de saúde mental e os profissionais me deram roupa, cuidaram de mim, fizeram eu me sentir um ser humano, porque eu já estava me sentindo um lixo. (Sereia)

Capta-se a partir dos relatos supracitados as nuances viscerais do auto-estigma, subjacentes às acepções de ‘se sentir um nada’, ‘abaixo do chão’, ‘um lixo’, diante de experiências de busca pelo cuidado, nas quais as pessoas foram tratadas pelos profissionais de saúde com hostilidade, frieza, indiferença, desprezo; contribuindo com a emergência e a inflamação do sentimento de invisibilidade, assim como para a despersonalização, a coisificação, a anulação da identidade humana, reduzindo a pessoa simbolicamente a um lixo.

Camargo *et al.* (2018) apontam a vergonha e o medo como sentimentos comuns entre os usuários de drogas, simultaneamente à sujeição aos processos de discriminação, estigmatização, exclusão e marginalização pela sociedade. Nesse sentido, Melo (2013) traça que existe um ciclo no qual os estereótipos e as concepções negativas que a sociedade construiu sobre pessoas que usam álcool e outras drogas são apropriados e reconstruídos por esses sujeitos, como representações que reafirmam o estigma social a eles atribuído, refletindo na continuidade do ciclo de exclusão social a que estão subjugados.

Paralelamente, Dalmolin (2006) afirma que, o código moderno e humanizado que atravessa os discursos e os projetos institucionais do campo da saúde não é capaz de romper com práticas que desvalorizam e fazem desaparecer o sujeito do sofrimento. Assim, ao

chegarem ao serviço de saúde, pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas parecem saber o que podem ou não, o que vai ser valorizado ou não naquele espaço; dessarte, agem segundo o que pensam que se espera delas, deixando de explicitar os próprios recursos e mascarando a própria singularidade.

Friedrich *et al.* (2019) atestam que, quando a conjuntura acima se refere a pessoas em situação de rua, estas se sentem invisíveis, em processo de objetualização e normalização que as oprime, impelindo-as ao distanciamento do sistema de saúde porque sentem medo, se comparam a uma espécie de “lixo social”. Ao mesmo tempo, passam a se perceber como menos humano que o restante da população, devido à acusação pelo olhar do outro e pelo modo como são tratados ou destratados, principalmente quando estão diante de um trabalhador de saúde. Para mais, Teixeira *et al.* (2019) esclarecem que pessoas em situação de rua sofrem de estigmas vinculados a uma percepção de fragilidade do caráter, tal como se esses indivíduos tivessem vontade fraca para cessar o uso da droga e fossem perigosos. Essa realidade coopera com o isolamento social, a perda da autoestima, a dificuldade para acessar os serviços de saúde, provocando o afastamento da busca de suporte social e de saúde pelos indivíduos; o que piora suas condições de vida.

Segundo Fernandes e Ventura (2018), uma das consequências do auto-estigma sofrido por pessoas que usam álcool e outras drogas é a ocultação do uso das substâncias, o alto índice de recaídas, além da dificuldade de alcançarem vidas sociais e pessoais dignas e saudáveis. Isto posto, Rossi e Tucci (2020), avaliam como sendo indubitável a oferta de oportunidades de capacitação aos profissionais de saúde, incluindo gestores, para que promovam acolhimento e cuidado compatível, sem discriminação ou preconceitos.

7.4 COPING RELIGIOSO/ESPIRITUAL

Esta subcategoria agrupa testemunhos indicativos do *coping* religioso/espiritual, como estratégia adotada por pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas nos seus itinerários de busca e produção do cuidado. Segundo Lazarus e Folkman (1984), o *coping* abrange um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais utilizados pela pessoa com o propósito de lidar com demandas e exigências internas ou externas, que estão presentes em situações de estresse e são avaliadas como sobrecarga que ultrapassa os recursos pessoais do indivíduo para administração de determinado fenômeno estressante. Alicerçado nesse enfoque, Pargament (1997) lança o conceito de *coping* religioso/espiritual (CRE), que diz respeito à recorrência à religião para lidar com o estresse. Assim, é um recurso que se propõe a auxiliar o

na forma de ser humano que a ergue ou de um livro que toca o seu coração - e novamente a encoraja. Para Cardoso, Oliveira, Piani (2016), a procura pela religião evidencia uma tentativa por parte do sujeito de atribuição de sentido ao processo de saúde e doença, sem que isso implique na desvalorização do cuidado ofertado pelo sistema de saúde. Então, a busca pela religião dá-se como primeiro recurso possível de acolhida singular frente ao sofrimento e para atenuação deste, ainda que o indivíduo previamente não frequentasse determinada religião.

Especificamente ao campo da saúde mental, Dalgarrondo (2008) exalta que a religião, substancialmente, parece fazer bem à saúde, pois, atua como um fator de proteção da dependência de álcool e outras drogas, oferecendo alento a quem sofre de dolorosas vivências depressivas, ansiosas ou psicóticas. Por outro lado, a religião pode proporcionar sensações paradoxais, complexas e contraditórias atinentes a libertação e ao aprisionamento, à consciência maior e à alienação, ao alívio e ao sofrimento; acompanhando o ser humano no seu estranho modo de ser.

Foram marcantes nas entrevistas depoimentos respectivos ao CRE associado à conotação de amparo, alento e fortaleza, como se constata a seguir:

O remédio para a droga é Deus. Se você se afastar de Deus, a doença volta de novo. Foram vários caminhos que eu já procurei. Mas o que me aliviou, pelo menos aliviou por um certo tempo, enquanto eu queria, foram os caminhos de Deus. Porque a palavra de Deus diz: que venha a mim aqueles cansados, enfadados, que eu vos aliviarei. E diz também, em Provérbios 15, capítulo 3, que Deus está em todo lugar, contemplando, olhando os maus e os bons. E Deus sabe quem é mau e quem é bom. (Minotauro)

Eu sei que eu tenho uma doença, mas, eu sei que eu tenho um grande Deus, que me deu uma luta e uma vida pra estudar e curar minhas feridas. (Hipocampo)

Nota-se nas arguições dos indivíduos a ênfase dada à correlação entre as demandas relativas ao uso prejudicial de álcool e outras drogas e o emprego da fé como recurso potente para proporcionar alívio, remédio, cura do sofrimento. Acerca dessas interpretações, Cardoso, Oliveira e Piani (2016) exprimem que há pessoas que buscam a religião com o intuito de compreender por meio de explicações religiosas a causa de seu adoecimento, na expectativa de obter uma possível cura para a doença. Por seu turno, Melo (2013) assevera que as representações sociais sobre as drogas estão fortemente ligadas à espiritualidade, tal como o sucesso do tratamento, suposto como vinculado ao investimento na vida espiritual. Daí, passe-se a admitir que a espiritualidade ajuda nos processos de cuidado em saúde, uma vez que, se as

drogas são concebidas como algo ligado ao diabo, apenas Deus pode ajudar a combatê-las.

Thiengo *et al.* (2019) sugerem que as estratégias de enfrentamento baseadas na religiosidade para lidar com o estresse, com as consequências negativas advindas da vivência dos problemas da vida e do adoecimento, comumente balizam o único apoio encontrado pelo sujeito para compreender e enfrentar as dificuldades impostas pelos sintomas. Assim, a prática religiosa auxilia o indivíduo a descobrir força e consolo na espiritualidade, informalmente por meio de conexões profundas com familiares e amigos e, formalmente, no envolvimento em comunidades e práticas religiosas. Porém, os clínicos modernos ignoram as dimensões tácitas da espiritualidade quando avaliam a saúde dos outros - ou de si mesmos.

Importante clarificar também enunciados proferidos a respeito do emprego do CRE como recurso de ressignificação dos sentidos subjacentes ao sofrimento e à existência, bem como para a valorização da vida.

Eu sou sozinha, eu vivo sozinha, sozinha e Deus, ele quem está me segurando até o momento porque eu estou sendo muito forte, porque um prato de comida, uma moradia, é muito difícil. (Anfisbena)

Estou aqui, não perdi a vida ainda porque Deus não quis. (Ninfa)

Segundo os sentidos intrínsecos aos conteúdos expostos por Anfisbena e Ninfa, a adoção da estratégia do CRE vivifica e inspira, como um sustentáculo da vida de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas. Conforme essa óptica, Santos *et al.* (2020) endossam que a busca do apoio religioso denota um mecanismo de empoderamento e enfrentamento para restabelecimento da vida cotidiana. Por sua vez, Grün (2019) argumenta que a experimentação do cuidado de Deus na doença instiga o sujeito à ressignificação dos sentidos, em vista de viver de jeito mais autêntico e cuidadoso.

Aliás, Durkheim (1982) medita que a religião protege a pessoa do suicídio porque se constitui como uma força de integração e coesão. Adicionalmente, Zimpel, Mosqueiro e Da Rocha (2015) enfatizam que a espiritualidade cumpre um papel protetor, na redução do risco de suicídio, tanto quanto na promoção de bem-estar e da qualidade de vida, propiciando resiliência em situações de adversidade, traumas e estresse agudo ou crônico.

Notadamente à potência intrínseca às estratégias de CRE voltadas ao impulsionamento da resiliência em pessoas que usam álcool e outras drogas, nos processos de busca e produção do cuidado, apresenta-se as seguintes explanações:

Mas a própria palavra de Deus, lá em Lucas 1:37 fala que ‘para Deus nada é impossível’. Não é impossível a gente sair dessa vida! O ser humano, do escritor Dostoiévski, escritor de “Crime e Castigo”, ele fala que o ser humano tem um vazio tão grande do tamanho de Deus. Pois, vamos começar por preencher esse vazio com Deus, não o Deus da igreja católica ou igreja pentecostal; mas, o Deus verdadeiro. (Fênix)

Quando eu estou meio naquele tempo que eu estou querendo, principalmente num final de ano desse, que a pessoa quer usar e aí a pessoa... Quem eu tenho que procurar? Eu tenho que procurar a Deus. Um ambiente, uma casa espiritual, a casa de Deus. Não importa o que seja. Pode ser de uma Assembleia tal, qualquer órgão espiritual. Você tem que se aproximar de Deus, e assim com Deus você consegue se desvencilhar da droga, você consegue totalmente. Eu tenho fé, graças a Deus, e vai dar certo! Com fé em Deus, com Deus na fé a gente consegue. Agora sem Deus irmão, nem tente! Porque você não vai conseguir nada. Você sempre vai voltar para a merda de novo, porque você vai pensar que está superior a tudo..., mas não, isso não vai mais me dominar. (Minotauro)

As declarações acima avigoram a influência que a fé e as crenças religiosas podem exercer na vida de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, como um recurso potente no manejo e convivência com o próprio vazio existencial. Ao mesmo tempo, representa um diferencial para potencializar o encorajamento e a perseverança na prática do (auto)cuidado, da ressignificação de sentidos e de projetos de vida.

No tocante ao reconhecimento da espiritualidade e da religiosidade como fatores protetivos do uso prejudicial de álcool e outras drogas, Diniz *et al.* (2020) afirmam que a fé e a religião proporcionam efeitos cognitivos moduladores da quantidade de consumo, da mesma maneira que auxiliam no autocontrole do sujeito. Zimpel, Mosqueiro e Da Rocha (2015) legitimam que as estratégias de CRE podem cooperar favoravelmente com o reforço da resiliência do indivíduo. Por sua vez, De Oliveira *et al.* (2017), avaliam que a espiritualidade e a religiosidade favorecem uma visão positiva no enfrentamento do tratamento e são recursos promissores de manutenção da saúde, da prevenção e da reabilitação.

Além do que já foi dito, é substancial ter em consideração que a busca do CRE como recurso de auxílio na abstinência deriva da compreensão da abstinência como uma renúncia de si, e está imbuída da conotação de passividade (em oposição a autonomia). Nessa esteira, Foucault (2006) explica que a renúncia de si consiste em um dispositivo paradoxal proposto pelo Cristianismo, segundo o qual o conhecimento de si mesmo perfaz uma via de renúncia das próprias vontades. Também, se refere a uma direção de consciência voltada à salvação, que se

oportunizados.

Travassos e Castro (2012) assinalam que as barreiras geográficas envolvem as características do espaço físico e da localização geográfica, que impossibilitam os usuários de chegarem aos serviços de saúde. Daí, quanto maior a distância, maior será o tempo de deslocamento e o custo financeiro, e menor será o uso dos serviços de saúde. Segundo as autoras, as barreiras organizacionais abrangem atributos da organização do serviço, o tipo e a qualidade dos recursos humanos e os tecnológicos, que facilitam ou dificultam sua aplicação. Estas propriedades incluem, o tempo de espera para ser atendido, o horário de funcionamento dos serviços, os profissionais (em termos de especialidade, idade e gênero), assim como o acolhimento e a humanização.

Assis e Jesus (2012) analisam que as políticas de saúde devem ser capazes de identificar as barreiras econômicas, sociais, culturais e físicas, para que seja possível proporcionar equidade na organização dos serviços de saúde, assim como nos diferentes níveis de complexidade do sistema.

Quanto às barreiras físicas e geográficas que comprometem o acesso aos pontos de atenção da RAPS por pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas, destaca-se as exposições a seguir.

Aí eu venho de lá pra cá a pé; aí eu tenho que sair daqui três horas pra tá lá quatro horas. Eu também acho que fica tudo contramão, não tem condução. (Anfisbena)

O mais difícil foi encontrar, porque eu andei até no Hospital Universitário, HU; lá eu botei meu nome e não fui porque dependia de ônibus. Um dia eu tinha e outra vez não... Então, eu desisti! (Harpia)

Percebe-se nas falas supratranscritas que as barreiras externas associadas à distância geográfica, da mesma maneira que a inexistência de condição financeira para subsidiar o deslocamento, são componentes decisivos no impedimento do acesso aos pontos de atenção da RAPS e da continuidade do cuidado, em razão do uso prejudicial de álcool e outras drogas. Essa realidade atesta o parecer de Albuquerque e Nobrega (2016), no que concerne às barreiras externas de acesso aos pontos de atenção da RAPS, respectivas à difícil localização geográfica do serviço de saúde e à carência de dinheiro para custear o transporte até a instituição, aspectos que comprometem o direito, como cidadão, de acesso aos serviços de saúde com rapidez.

Além disso, Sanches e Vecchia (2020) asseguram que a exiguidade de recursos cria

obstáculos à execução de ações de reabilitação psicossocial ou de inclusão social, pois requerem recursos para o deslocamento dos usuários e geram despesas adicionais ao serviço. Aditivamente, Friedrich *et al.* (2019) defendem como fundamental a articulação da RAPS e a constituição de uma lógica de acesso a populações específicas, porque, em virtude das barreiras de acesso, pessoas em situação de rua esporadicamente conseguem chegar voluntariamente aos pontos de atenção, o que ocasiona um agravamento da situação de vulnerabilidade.

Outra dimensão de barreira externa de acesso que se sobressaiu nas declarações dos entrevistados se reporta à burocracia e às atitudes pouco acolhedoras de profissionais de saúde nos pontos de atenção da RAPS.

*Tem sido muito difícil, botam muita barreira, botam muitas dificuldades. Não, vem amanhã. Não, vem depois. Não, aqui não tem vaga agora não, tem que fazer primeiro exame. É muita dificuldade....
Aí a pessoa quer, só que a pessoa diz “Ah, eles não vão dar”. Aí pronto, a pessoa vai e desiste. (Ninfa)*

Quando saía das Comunidades Terapêuticas, saía com a esperança de mudar de vida; mas, quando chego, as portas se fecham pra mim; não recebo ajuda, não sou acolhido. Então, eu entro em depressão, e o caminho que me resta é me esconder atrás das drogas, pensando que tenho uma solução; mas, muito pelo contrário, sobrou mais depressão pra mim. (Hipocampo)

Constata-se a partir dos depoimentos acima descritos que, a burocracia juntamente com o acolhimento deficitário nos pontos de atenção da RAPS, concorrem com o irrompimento do auto-estigma e, de modo conseqüente, com a desistência de persistir no investimento na busca e na produção do cuidado.

Segundo Ronzani *et al.* (2014), amiudamente o uso prejudicial de álcool e outras drogas não é visto na qualidade de um problema de saúde, mas enquanto uma falha de caráter, fazendo com que seja atribuído ao usuário a responsabilidade pelo aparecimento e pela solução do seu problema. Como efeito dessa postura estigmatizante, são reduzidas as possibilidades de acolhimento e de acesso nos pontos de atenção da RAPS. Assim, ao sofrerem os efeitos da estigmatização, os indivíduos evitam buscar ajuda profissional, fato que piora seus problemas de saúde; e, quando buscam por cuidado, a adesão é baixa, evidenciando-se idas e vindas aos serviços de saúde, devido, muitas vezes, a uma intervenção desumanizada e discriminatória.

Quando esse problema se refere a pessoas em situação de rua, Teixeira *et al.* (2019) ponderam que os profissionais de saúde produzem barreiras no acesso através da exigência da documentação do sujeito para ser atendido, e mediante a imposição da obrigatoriedade da

abstinência para a consulta, mantendo pessoas desse grupo, comumente, excluídas do cuidado.

De acordo com Souza (2017), a burocracia no acesso à RAPS resulta em abordagens de baixa intersetorialidade, como também em situações que demandariam um planejamento integrado de ações a partir de um fluxo articulado de políticas públicas. Acerca desse contexto, Friedrich *et al.* (2019) explicam que a RAPS, ainda marcadamente compacta e linear, com processos rígidos e fechados, tem restringido os avanços no cuidado a pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, uma vez que não permite a porosidade devida para potencialização do acolhimento das subjetividades, nem consegue oferecer uma resposta efetiva às necessidades em saúde desses indivíduos. Logo, torna-se um grande desafio para o SUS a geração de estratégias orientadas ao reconhecimento da saúde como um direito constitucional, em que a garantia do acesso aos serviços seja um dos elementos centrais para sua efetivação.

A conjuntura aqui tracejada ratifica a opinião de Rachadel (2019), relativamente à imprescindibilidade do aprimoramento do acesso ao cuidado nos pontos de atenção da RAPS em aspectos vários, que incluem: distância geográfica; acesso aos dispositivos mediante a melhoria do transporte público; melhoria da qualificação e do preparo dos profissionais de saúde para atendimento às demandas da população; combate a estigmas e preconceitos. Similarmente, pela maior eficiência na gestão dos serviços, em vista de garantir um acesso satisfatório, de qualidade, que olhe integralmente para as demandas dos sujeitos do cuidado.

7.6 MODELO ASILAR/MANICOMIAL

A subcategoria reúne manifestações que revelam o modelo asilar/manicomial, no que tange à visão relativa ao cuidado, que foi identificado por pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, no agenciamento de seus itinerários terapêuticos. De acordo com Basaglia (2015), a instituição manicomial, sustentada pelo modelo asilar, caracteriza-se pela cultura da exclusão e da marginalização, pela objetivação do indivíduo na busca do órgão doente, pela expropriação de todo elemento subjetivo na vivência de ‘estar fora da norma’.

A Figura 10 expõe a nuvem de palavras representativa dos núcleos de sentido *modelo asilar/manicomial*, em verificou-se a supremacia dos termos, comunidade terapêutica (12 vezes), profissional de saúde (8), violência (8), ser (7), perceber (6), dinheiro (6), Piauí (5), desprezo (4), trabalho (2), dever (2), existir (2), lei (2), lugar (2), encontrar (2), evangélico (2), desgraça (2), escravo (1), sistema arcaico (1), arrogância (1), prepotência (1), autossuficiência (1), líder (1), capitalista (1), empresário (1), vida (1), voluntário (1), pastor (1).

natalidade, fluxos de migração, epidemias e o aumento da longevidade.

Imanente à perspectiva supramencionada, emerge a necropolítica, conceituada por Achille Mbembe (2018), como sendo formas pelas quais o Estado subjuga populações inteiras, menosprezando-as à condição de “mortos-vivos”, a corpos objetificados, destituídos de humanidade; passíveis, pois, de deixar morrer ou matar. Depreende-se do viés de compreensão de Mbembe, que pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas são desprezíveis, repudiantes; logo, justifica-se o proibicionismo e a guerra às drogas. Relativamente a esse tópico, Ribeiro Júnior (2016) considera que o proibicionismo, tal como a criminalização seletiva de algumas drogas, impele ao cometimento de práticas racistas, sendo utilizado como dispositivo de necropolítica para justificar violências a determinados grupos étnicos.

Seguindo esse entendimento do uso de substâncias psicoativas como um dano social, Fossi e Guareschi (2019) retratam que o indivíduo é enclausurado em uma instituição fechada, ordenada com base na proposta da remoção dos defeitos de caráter, para que, após, tenha condições de retornar à sociedade. Desta forma, o ponto de vista neoliberal transparece nesse panorama ao julgar a pessoa que faz uso prejudicial de álcool e outras drogas como improdutiva, que necessita reaver-se com a sociedade, regressando arrependida de seus "erros" e que, por tê-los praticado, se compromete com a reparação por meio de uma conduta de abstinência.

As enunciações a seguir apontam nuances específicas relacionadas ao modelo asilar/manicomial, as quais se associam aos preceitos do biopoder, da necropolítica e do neoliberalismo, assente na experiência subjetiva dos participantes deste estudo.

90% das comunidades terapêuticas do estado do Piauí só visam uma coisa: lucro. Porque a arrogância, a prepotência e autossuficiência dos líderes desses lugares, que são meros capitalistas e ganham dinheiro através da desgraça dos outros; porque quanto mais a clínica cheia, mais dinheiro para eles, e menos recuperação. (Fênix)

Dentro de casas de recuperação, a maioria são simplesmente empresários da desgraça do usuário de crack, álcool e cocaína. Eu vivi dentro de clínicas de recuperação e eu sei muito bem o que é clínica de recuperação e trabalhei em algumas casas de recuperação como voluntário. Muitas delas exploram a família. (Fênix)

No outros lugares, Comunidades Terapêuticas, eu encontrei pessoas ambiciosas; por exemplo, pastores, que mais se interessam pelo dinheiro. (Hipocampo)

As arguições dos indivíduos, ancoradas nas evocações respectivas às vivências pessoais de tratamento em CT, revelam situações de maximização do lucro, em detrimento da oferta do

cuidado integral a pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Segundo Fossi e Guareschi (2019), é flagrante que as CT configuram uma estratégia disciplinar e biopolítica, executada por intermédio do alisamento e do isolamento, que forja a segregação de pessoas que usam drogas, com a justificativa de que, a posteriori, retornem ao seu andar da vida curados da necessidade de uso de substâncias psicoativas, para que possam estabelecer outras relações de consumo, atravessadas pelo prisma neoliberal. Vasconcelos, Paiva e Vecchia (2018) apontam que os "restos humanos", que não são acatados funcionais pelo sistema capitalista neoliberal, devido ao uso de drogas (julgado) problemático, e por pertencerem a parcelas já excluídas, recebem um cuidado que nega a probabilidade de uma possível autonomia e liberdade, ainda que nos limites da ordem vigente.

Sobre esse cenário, Silva e Silva (2020) captam uma significativa expansão dos riscos de retrocessos, quanto a estratégias empreendidas a partir da Reforma Psiquiátrica, deixando evidente que o lucro da classe dominante prepondera sob qualquer política pública humana de qualidade. Aliás, o modo como o Estado focaliza as drogas se associa à maneira como são pensadas as políticas de saúde em geral, bem como as questões alusivas aos direitos humanos e ao papel do Estado, na garantia dos direitos sociais e da sua relação com os interesses privados.

No mais, é proeminente ajuizar que a suposta necessidade de institucionalização de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, sob os moldes asilar/manicomial, se adere ao paradigma proibicionista, uma vez que a proibição do consumo de substâncias psicoativas opera como um recurso de normatização; e que a institucionalização é apreendida nesse caso como uma estratégia de corrigir o desvio. Inclusive, contribui para que prossigam a conviver regularmente com violações de direitos humanos, tal e qual, com a criminalização e o descaso. Nessa direção, a preferência pela prática assistencial punitiva não aponta para a valorização da autonomia, pois coloca os indivíduos como culpados pelo lugar que ocupam; julgando-os como dependentes, fracassados, incapazes, se não conseguem a interrupção do uso de drogas.

A despeito dessa conjuntura atroz, sórdida e complexa, como atos louváveis de audácia, ousadia e empoderamento, escapam desses cenários sombrios vozes insurgentes que possibilitam à ciência e à sociedade o descortinamento das práticas perversas que condicionam o modelo asilar/manicomial.

*Nos outros lugares, comunidades terapêuticas, eu encontrei muitas dificuldades: humilhação, má alimentação, maus tratos, desprezo.
(Hipocampo)*

Comecei com clínicas psiquiátricas, entendeu? Era um sistema extremamente arcaico, opressor e torturador. E eu acho que eu fui muito oprimido, pela psiquiatria, pela psicologia e pela medicina dos anos 90, que não sabiam tratar nada sobre droga, dentro do meu estado eu posso falar, estado do Piauí. Deveria existir uma lei também de menos opressão dentro das comunidades terapêuticas. Porque não precisa impor uma religião... Se você é espírita, você é malvisto dentro de uma comunidade evangélica; se você é um evangélico, você é malvisto dentro de uma comunidade católica. (Fênix)

Muitas comunidades terapêuticas utilizam do trabalho escravo; desacreditam da medicina; desacreditam nos profissionais, no psicólogo, no psiquiatra, na assistente social. (Fênix)

As narrativas acima citadas evidenciam que os hospitais psiquiátricos, tanto quanto as comunidades terapêuticas ostentam características de instituições totais, abalizadas na execução de práticas vexatórias, que violam os direitos humanos, por meio da tortura, da opressão, do trabalho escravo.

Segundo Goffman (2001), as instituições totais são locais de residência e trabalho onde muitas pessoas com situação idêntica são confinadas, levam uma vida fechada e formalmente administrada, separadas da sociedade, permanecendo durante um considerável período. Outrossim, as pessoas enclausuradas enfrentam uma série de degradações, humilhações, rebaixamentos e profanações do eu - que, muitas vezes, é deformado, desfigurado, mutilado mortificado, concorrendo para que os indivíduos adquiram características de objetos inanimados. Assim, as instituições totais criam e mantêm uma tensão entre o mundo doméstico e o mundo institucional, usando a tensão persistente enquanto força estratégica no controle de sujeitos. Como efeito, “o eu não é uma propriedade da pessoa a que é atribuído, mas reside no padrão de controle social que é exercido pela pessoa e por aqueles que a cercam” (p.142).

De acordo com Rocha, Lima e Ferrugem (2021), no interior do Estado neoliberal de cunho penal, o conservadorismo, tal qual o racismo e o ódio de classe, expandem os mecanismos de controle justificados pela guerra às drogas. Paralelamente, em harmonia com Barbosa et al. (2016), externaliza-se as formas de biopoder e biopolítica, representativas dos dispositivos de saúde mental brasileiro, que são materializadas por via da medicalização do sofrimento, por meio da reprodução de práticas clínicas disciplinares remanescentes do modelo biomédico hospitalocêntrico, pela verticalidade das relações profissionais e pela compreensão biologicista do processo saúde-adoecimento mental.

Nessa lógica, Alarcon, Belmonte e Jorge (2012) explicam que, os hospitais e as CT passam a ser considerados como espaços onde aparecem as relações de dominação, por parte

daquele que exerce seu poder ‘terapêutico’, e de ‘adestramento’ do cidadão, que é subitamente tornado sem direitos, abandonado à arbitrariedade institucional. Então, institucionalizar alguém se torna o artifício utilizado para anular uma subjetividade até fazê-la o seu correlato lógico, **até torná-la mero objeto** (grifo nosso), como aquele que, sem liberdade, apenas sofre a ação de um outro, que é a própria instituição.

Em que pese a persistência de grandes desafios para rompimento de vez com o modelo asilar/manicomial, Cardoso, Oliveira e Piani (2016) alertam que distintas estratégias louváveis estão sendo construídas no cotidiano das práticas de cuidado, produzindo novos modos de cuidar, novas maneiras de estabelecimento de relações sociais pautadas por princípios e por valores que buscam reinventar a sociedade, compor um novo lugar de acolhimento do sofrimento psíquico.

7.7 INTEGRALIDADE DO CUIDADO

A presente subcategoria focaliza declarações atinentes aos conteúdos respectivos ao cuidado estabelecido sob a égide da integralidade. A integralidade em saúde é apresentada nos descritores em ciências da saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)(2017) na qualidade de um princípio vital de sistemas públicos de saúde, que é focado na garantia ao cidadão do direito de ser atendido desde a prevenção de doenças até o tratamento mais difícil de uma doença, sem excluir nenhum tipo de adoecimento; que prioriza atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. Para tanto, o cuidado integral supõe que o cuidado em saúde possui como alicerces a autonomia e a diversidade cultural e social das pessoas e populações.

Em conformidade com Oliveira (2016), o cuidado integral e humanizado se contrapõe ao modelo asilar/manicomial, uma vez que é promotor de cidadania e está em consonância com o paradigma e o modelo psicossocial.

Nesse sentido, a Figura 11 apresenta a nuvem de palavras tocante ao núcleo de sentido *integralidade do cuidado*, em que se testemunhou a citação dos vocábulos, profissional de saúde (que foi mencionado 28 vezes), pessoa (14), ter (10), ser (10), lugar (9), ajuda (6), estar (6), perceber (6), anjo (5), tratamento (5), dar (5), amor (5), buscar (4), Hospital Geral com leitos de saúde mental (4), mentir (4), falar (4), acontecimento (4), droga (4), sempre (3), solução (3), beber (3), não (3), poder (3), CAPS (3), cuidado (3), medicamento (3), prevenção (3), portaria (3).

Notadamente acerca desse ponto de vista, Pinheiro e Torrente (2020) evocam que a desinstitucionalização visa ao resgate da cidadania das pessoas em sofrimento psíquico e usuárias de álcool e outras drogas, usando uma rede ampliada de serviços que oportuniza o cuidado integral. Assim, quanto mais o princípio da integralidade é alcançado nas práticas concretas de cuidado, maior probabilidade existe de que, por seu intermédio, se enfrentem as necessidades derivadas de múltiplas dimensões da vida da pessoa, a saber: biológicas, psíquicas, sociais, econômicas, e suas interconexões. Esses enfrentamentos ampliariam a possibilidade de desinstitucionalização das pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Silva *et al.* (2020) sustentam que o cuidado sob a égide da integralidade requisita o conhecimento da realidade de vida das pessoas em uso de álcool e outras drogas, como também a percepção de seus territórios como espaços de identidades, culturas, poder e enfrentamento das vulnerabilidades, por artifício do apoio mútuo construído pelo grupo. A propósito, Duarte, Barros e Cabral (2020) defendem a magnitude de garantir, de fato, não apenas a voz a usuários/as, mas, sobretudo, a deferência do que dizem, como um fio condutor, com vistas à construção de projetos terapêuticos singulares e delimitação de atividades pertinentes.

Em conformidade com a dialética tracejada, são expostas a seguir arguições atinentes à integralidade do cuidado na RAPS, especificamente à dimensão do acolhimento promovido pelos profissionais de saúde às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Mas aqui não, aqui no Hospital Geral com leitos de saúde mental é um ótimo lugar. Aqui dá valor à pessoa, dá remédio, dá refeições na hora certa, e boas refeições! Dá um bom tratamento, a pessoa não é maltratada, tem televisão, tem psicólogo, fisioterapeuta. Pra mim, é ótimo; é um dos melhores lugares que eu já encontrei. (Hipocampo)

Aí foi que eu conheci o CAPS, a instituição do CAPS, foi que me abriu muitas portas pra mim sair das drogas. Me tirou das drogas, eu vim pra cá todo dia, foi aí que eu fui me afastando das drogas. (Pégaso)

Depreende-se dos depoimentos supracitados que o acolhimento constitui um dispositivo potente para a humanização do cuidado, além de uma postura ética/estética/política substancial e uma tecnologia do encontro estabelecido entre profissional de saúde e usuário nos pontos de atenção componentes da RAPS, traduzindo-se mediante o respeito, a solidariedade e a valorização do indivíduo como um protagonista do processo de saúde e adoecimento.

Tal significação está harmônica com o ideais da PNH, que inclui o acolhimento entre suas diretrizes, entendendo-o como um compromisso de resposta às necessidades apresentadas pelos cidadãos que buscam os serviços de saúde (BRASIL, 2009c). Nessa lógica, o acolhimento

representa uma das diretrizes de maior relevância ética/estética/política da PNH, uma vez que pressupõe a ética no compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo nas suas diferenças e idiossincrasias, nas suas dores e alegrias; nos seus modos de viver, sentir e estar na vida. Paralelamente, circunscreve a estética porque traz para as relações e para os encontros cotidianos a invenção de estratégias que cooperam para a dignificação da vida e do viver; para a construção da nossa própria humanidade. E, tem valor político porque carrega o compromisso coletivo de envolver-se no ‘estar com’, potencializando protagonismos e vida nos diferentes encontros (BRASIL, 2010b).

Em vista disso, Gabatz *et al.* (2013) consideram que a boa acolhida é imprescindível para o sucesso de um tratamento. Já Souza (2017) advoga que as experiências de acolhimento são basais para a ressignificação da relação construída pela pessoa com os equipamentos de saúde. Uchoa (2015) acredita que o cuidado não se opõe às intervenções cientificamente fundadas e sofisticadas, contanto que tenham a finalidade de aliviar o sofrimento e, se possível, curar. Para a autora, o cuidado não significa apenas a aplicação de uma técnica, o uso de determinado aparato tecnológico em um corpo, em parte dele, ou nas suas virtualidades. O cuidado compreende como basilar o encontro com o usuário, porquanto oportuniza, acolhimento, respeito aos valores do sujeito, apoio mútuo, solidariedade e compaixão, cogitando contribuir com a promoção do alívio do impacto do seu sofrimento e do adoecimento.

Em contrapartida, Fernandes e Ventura (2018) admoestam sobre a persistência da crença de que pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas não são dignas da obtenção do cuidado em saúde e, com isso, surge a recusa de atendimento e da oferta de tratamento terapêutico a essas pessoas - uma expressão óbvia do estigma público, fator tão demolidor que resulta no auto-estigma. Assim, as autoras destacam que o apoio social positivo por parte dos profissionais de saúde e autoridades, tanto quanto o apoio demonstrado pelos familiares e amigos, podem auxiliar com que pessoas em uso de álcool e outras drogas se sintam amparadas, de fato, garantindo-se que o acolhimento triunfe sobre o estigma.

Portanto, Ribeiro *et al.* (2020) atestam como irrefutável o investimento em estratégias de educação continuada e de capacitação da equipe multiprofissional, para aprimoramento da qualidade da assistência prestada ao usuário e aos seus familiares, de modo que saibam distinguir este binômio de forma integrada e holística. Paralelamente, Camargo *et al.* (2018) avaliam a relevância do investimento na formação de profissionais, no sentido de que estes consigam enxergar o sujeito do cuidado na sua totalidade e em suas especificidades. Em suma, Teixeira *et al.* (2019) deduz como meritório a sensibilização da rede de saúde e intersetorial para o acolhimento e o cuidado humanizado à luz da equidade, de maneira que todos sejam

compreendidos e tratados como sujeitos de direitos.

Para além dessa perspectiva, evidenciou-se nas entrevistas discursos que enaltecem a potência característica do apoio e do vínculo, que se constroem no encontro estabelecido entre profissionais de saúde e usuários nos pontos de atenção da RAPS.

Eu não sei esconder nada de ninguém, dos meus profissionais aqui, da minha psiquiatra, do meu psicólogo, da minha nutricionista. Toda vez quando eu tenho recaída, são as três primeiras pessoas a quem eu recorro, porque eu não sei mentir para elas. Se eu mentir, eu estou enganando a mim mesmo e elas mesmo também, que só ... Se eu mentir, como é que elas vão poder me ajudar? (Manticore)

Quando eu vim pra cá, as pessoas sempre me deram apoio, os profissionais todos, quando eu cheguei: 'Karkinos, é desse jeito aqui, se quiser beber você bebe, mas não bebe do jeito que você bebia antigamente não... Sai cedo, vai se levantando devagarzinho, não precisa ter pressa, porque se você tiver pressa, você nunca sobe com jeito; e tem que se subir devagarzinho.' E eu pedia mais ajuda e mais forças pra esse pessoal que ajuda a gente nos hospitais; aquela força pra poder a pessoa não recair e se levantar. (Karkinos)

Constata-se nas argumentações supradescritas que o apoio demonstrado pelos profissionais de saúde às pessoas que buscam por cuidado em razão do uso prejudicial de álcool e outras drogas, do mesmo modo que o vínculo construído no encontro tecido entre profissional de saúde e usuários nos pontos de atenção da RAPS, esculpem o alicerce constitutivo dos processos de produção do cuidado em saúde mental sob a égide da integralidade e do paradigma da RD. Essa evidência concorda com a perspectiva assinalada por Oliveira *et al.* (2015), de que o relacionamento social entre profissional de saúde e usuário é essencial no processo de cuidado, pois enseja o fortalecimento do vínculo e o entendimento do contexto social da pessoa que consome álcool e outras drogas, impulsionando o empreendimento da reabilitação psicossocial orientada para a reconstrução da subjetividade.

Dias e Macerata (2014) explicitam que o paradigma da RD se interessa por práticas de cuidado guiadas pelo debate da clínica ampliada, tal e qual da autonomia e dos direitos humanos. Assim, o cuidado sob a ótica da RD não possui meta, pois o destino se faz caminhando, ao passo que a trajetória de 'evolução' do usuário e a prática do profissional não podem ser comparadas com outra experiência, mas só em relação a si mesma. Levando isso em conta, um possível indicador de sucesso obtido pelo indivíduo não seria a abstinência total, mas pequenas práticas de abstenção seguidas no cotidiano da vida social. Consequentemente, corrobora-se com a opinião de Oliveira, Andrade e Goya (2012), segundo os quais a

integralidade deve ser construída tendo como guia as necessidades sociais, afetivas e espirituais dos usuários, e não as ofertas de cuidado dos serviços. Então, torna-se imperativo captar pelo olhar dos usuários suas reais necessidades em saúde, percebendo-as na totalidade, porque sem a apropriação ou o conhecimento das apreensões dos usuários sobre o cuidado, essas pessoas não poderão assumir o protagonismo na efetivação de uma atenção em saúde mental que coadune com os princípios e diretrizes do SUS, nem com os pressupostos da reforma psiquiátrica.

Com respeito a esse tópico, Romanholi (2004) percebe que os serviços de saúde mental necessitam se diversificar e se tornar mais flexíveis, da mesma forma que os profissionais precisam estar abertos ao novo e ao imprevisível. Então, é cogente evocar a todo momento que caminhamos pelo fio da navalha, pois nosso discurso e nossas práticas somente irão significar mudanças no sentido da aposta na potência da vida e das pessoas se estiverem clara e seguramente pautadas numa ética oposta à racionalidade hegemônica, embasadas nos valores da solidariedade e da cooperação para a construção de uma nova organização social marcada pela diversidade e pela multiplicidade.

Portanto, como sustentam Silva e Pessoa (2019), a RD exprime o melhor caminho para a prática do cuidado a pessoas que usam álcool e outras drogas, porque oportuniza através da escuta, do respeito e da liberdade, o resgate daquilo que atravessa o íntimo do indivíduo, refletindo sua verdade e trazendo novas possibilidades existenciais. Conjuntamente, como adverte Souza (2017), é mister a identificação de estratégias de cuidado numa perspectiva intersetorial, para a concretização da saúde como um direito de cidadania, fortalecendo modelos específicos de atenção, em defesa do princípio da equidade, da consolidação de uma RAPS que aspire melhores condições de vida e de acesso.

Para além das dimensões do apoio e do vínculo, como sustentáculos da produção do cuidado sob a égide da integralidade e ancorados no paradigma da RD, foram externalizadas pelos participantes do estudo ponderações acerca da amorosidade, na qualidade de princípio e habilidade constitutiva, facilitadora e de manutenção do processo relacional entre profissionais de saúde e indivíduos que usam álcool e outras drogas, no engendramento do cuidado na RAPS.

De acordo com Pedrosa (2021), a amorosidade constitui um dos princípios teóricos e metodológicos fundamentais da Política Nacional de Educação Popular em Saúde (Pnep-SUS). Seguindo essa acepção, a Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013, situa a Pnep-SUS, como uma prática político-pedagógica que reafirma o compromisso com a integralidade, tanto quanto com a universalidade, a equidade e a efetiva participação popular no SUS, que perpassa ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde; assente no diálogo entre a

diversidade de saberes, que valoriza os saberes populares, a ancestralidade, da mesma maneira que o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos e a inserção destes no SUS. Nomeadamente à dimensão do cuidado, a amorosidade compreende uma ampliação do diálogo nas relações estabelecidas, que se concretiza mediante a incorporação das trocas emocionais e da sensibilidade, propiciando ir além do diálogo baseado tão-somente em conhecimentos e em argumentações logicamente organizadas (BRASIL, 2013).

Para Maturana (1998), a amorosidade consiste na aceitação do outro como legítimo outro na convivência. Assim, a preocupação amorosa com o próximo é designada por meio de ações guiadas pela empatia, pelo compartilhamento, assim como pela cooperação, tolerância e, especialmente, pelo acolhimento do outro enquanto sujeito complexo e diferente de nós mesmos. Por sua vez, Amorim e Calloni (2017) assinalam que a amorosidade se refere, principalmente, a um compromisso existencial com o outro, seja ele humano, seja não humano.

Saliente-se que Flávia Silva (2014) avalia que o espaço relacional delimitado no tratamento, até mesmo transferencial e de construção de vínculo, oportuniza a tessitura de algo que aponta para uma demanda e quiçá um desejo. Assim, talvez seja necessário que algo em nós profissionais de saúde, que nos propomos a tratar, seja emprestado a este outro (sujeito do cuidado), para darmos partida à construção conjunta do tratamento. Dessarte, a radicalidade de uma escuta impulsiona o profissional à apreensão das narrativas dominantes contadas pelos usuários, no sentido cavar brechas por onde passem dissonâncias e sejam tecidas as diferenças, as possibilidades de ser e existir no mundo mais largas e livres. Para tanto, é precípua lembrar que a pessoa em uso prejudicial de álcool e outras drogas possui liberdade, escolha e vontade.

A evolução que eu vejo dentro do tratamento de substâncias psicoativas é a caridade e o amor que os profissionais, psicólogos, psiquiatras e enfermeiros, técnicos de enfermagem, e até as pessoas que trabalham na portaria de um hospital psiquiátrico ou de uma clínica psiquiátrica demonstram. Para mim, o dependente químico tem que ser tratado com amor, com medicamento no começo (porque a crise de abstinência é muito forte), com a palavra de Deus, sem ser uma doutrina religiosa (sem fazer a propaganda religiosa da sua igreja); com caridade, com respeito; com uma psicóloga, com uma assistente social, com um psiquiatra. Onde eu estou sou muito bem tratado - pelo menos no lugar onde eu estou: Hospital Geral com leitos de saúde mental. E olha que eu sou um cara chato, mas as pessoas continuam me tratando bem; e isso para mim, vejo como uma evolução. (Fênix)

Infere-se do depoimento de Fênix que a amorosidade denota uma tecnologia leve potente, que auxilia a reinventar, aprimorar, imprimir excelência ao cuidado na RAPS, no

sentido da humanização, de fato. Para mais, representa um atributo aproximativo, compreensivo, que se entrelaça na micropolítica do trabalho vivo em saúde mental, consubstanciado à ética antimanicomial em ato, e se exprime nos encontros constituídos entre profissional de saúde e pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Em consonância com essa perspectiva, a amorosidade e sua valorização na RAPS remete à ampliação do diálogo nas relações de cuidado, pela incorporação das trocas emocionais e da sensibilidade, propiciando ir além do diálogo baseado exclusivamente em conhecimentos e argumentações logicamente organizadas. Outrossim, a amorosidade aciona um processo subjetivo de elaboração, não integralmente consciente, que traz valiosas percepções, motivações e intuições acerca da realidade para o processo de produção da saúde. Como efeito, através do vínculo afetivo, se fortalece o reconhecimento e o acolhimento do outro, como portador de direitos e construtor de saberes, cultura e história. A amorosidade configura, pois, uma dimensão extraordinária na superação de práticas desumanizantes e na criação de novos sentidos e de novas motivações para o trabalho em saúde. Inclusive, o afeto e a humildade, constituintes da amorosidade, se distinguem das situações de submissão presentes nas relações de dependência emocional, não podendo ser confundidos com sentimentalismo ou infantilização das relações de cuidado. Ao contrário, fortalecem o compromisso com a superação de situações de sofrimento e injustiça (BRASIL, 2012b).

Aliás, Almeida e Merhy (2020) focalizam que princípios tais como, vínculo, acolhimento e escuta, são imprescindíveis na relação firmada entre trabalhadores e sujeitos do cuidado mental, propiciando o antimanicomial em ato, como ética do agir, na qual importa, além do cuidado com o outro, o cuidado de si e o cuidado com o encontro. Como resultado, aposta-se que os bons encontros são caminhos para o firmamento da ética antimanicomial, para fecundar as práticas dos trabalhadores em suas relações cotidianas, para produzir mais bons encontros e maior sustentabilidade micropolítica aos seus agires no olho do furacão antimanicomial. Destarte, a respeito da dimensão subjetiva do trabalho, própria da micropolítica dos encontros tecidos entre trabalhadores e usuários dos serviços de saúde mental, é imperativo o estabelecimento de pausas analíticas no olho do furacão antimanicomial e a multiplicação de bons encontros, como estratégias que podem ajudar a trazer maior sustentabilidade para tais agires, frente aos seus desafios do cotidiano da prática do cuidado.

Notadamente ao olho do furacão antimanicomial, Merhy (2013) apresenta como sendo o lugar na prática do cuidado onde estão aqueles atores que tentam produzir novos sentidos para o viver, que propõem a desinterdição do desejo e a produção de redes de acolhimento, tanto como o tensionamento e a crítica das formas hegemônicas de produzir saúde. Também, denota

uma encruzilhada de sistemas de referência que atuam na produção da subjetividade, em que muitos trabalhadores buscam produzir desvios nos processos de produção de subjetivação, e abrir espaço para a singularização das existências.

Constata-se, pois, na cadência laboral no olho do furacão antimanicomial, que a sinfonia da amorosidade confere exuberância e vivacidade aos encontros tecidos entre profissionais de saúde e pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, em vista da produção de cuidado com sentido humanizado na RAPS, de modo emblemático ao que Flávia Silva (2014) descreve como um ritmo vivo, tecido no tempo singular, no calor do encontro e do entorno. Conseqüentemente, como alerta Faria (2014), o trabalho assistencial com pessoas que usam álcool e outras drogas exige o compromisso com o indivíduo, percebendo-o como usuário do serviço de saúde, da RAPS, do SUS. Sincronicamente, requer do profissional de saúde o desejo para lidar com o que claudica; além do desejo por aceitar a dimensão “desorganizada” de apresentação dos indivíduos que, amiúde, os conduz ao tênue fio das fronteiras com a morte; o desejo por lidar com o que fracassa; o desejo e a abertura para se despir de um “saber prévio” quanto ao que é melhor para o outro; assim como o exercício da escuta e da humildade, para reconhecer que nós não sabemos o que é melhor para o outro (sujeito do cuidado).

Em que pese a pujança da amorosidade impregnada aos encontros e aos processos de produção do cuidado a pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas, é imperativo refletir sobre as implicações advindas dos maus encontros tecidos pelos profissionais de saúde na RAPS, que coexistem nesse cenário, transvasando frieza, sequidão, insensibilidade, apatia em relação à dor, ao sofrimento, à cidadania do usuários nos pontos de atenção da RAPS.

Eu penso que deveriam se olhar no espelho, mas se colocando no lugar do próximo. Se ver naquela situação porque aquilo acontece com qualquer um; e isso que está acontecendo comigo pode acontecer com você, com qualquer outra pessoa. (Anfisbena)

A narrativa de Anfisbena sublinha o valor da adoção da amorosidade e da empatia por parte dos profissionais de saúde mental na RAPS, em contextos em que preponderam maus encontros, instituídos mediante práticas assistenciais moralizantes e redes de conexões frágeis, imbuídas de intolerância com as diferenças.

Essa comprovação valida o pensamento de Almeida e Merhy (2020), segundo os quais os maus encontros, produzidos por trabalhadores da saúde mental nos seus cotidianos de práticas, podem ter efeitos de agires militantes, fundamentados em imperativos ideais. De modo precípuo a tais fragilidades, Severo *et al.* (2020) apontam que o cuidado personalizado e as

estratégias de atenção psicossocial vêm deixando a linha de frente, cedendo espaço à retomada de um modelo centrado em práticas que desconsideram as demandas e os desejos dos indivíduos que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Por sua vez, Salles e Barros (2014) explicam que, devido ao estigma associado à doença mental, forma-se um ciclo vicioso de preconceito e discriminação sobre os sujeitos do cuidado, a partir do qual a sociedade estabelece a crença que não é possível que esses indivíduos realizem seus projetos de vida. Com isso, os usuários acabam vivenciando conjunturas de discriminação que dificultam a realização de seus projetos; e, na ausência de oportunidades no contexto social, são excluídos; ciclo este que é retroalimentado, perpetuando a exclusão social. À vista disso, Teixeira *et al.* (2019) acenam como imprescindível ofertar cuidados fundamentados na noção de respeito à dignidade, à autonomia e à liberdade de pessoas que usam álcool e outras drogas, pois são cidadãos possuidores de direitos constitucionalmente garantidos, embora tenham feito escolhas de vida não necessariamente saudáveis do ângulo individual e coletivo.

Inclusive, Pombo-de-Barros e Fernandez (2012) sugerem como imperativo o empreendimento de intervenções de saúde mental que ultrapassem os juízos morais, que sejam guiadas pelo olhar aberto às múltiplas dimensões da saúde e não exclusivamente pautados sob a ótica biomédica. Em outras palavras, Alarcon (2014) abaliza que essa óptica pressupõe ajuda, porque uma ‘amizade terapêutica’ se constitui e permite, na reativação da ‘fábrica de afetos’ que somos, conferir intensidade, sentido e alegria à vida de cada um de nós.

Como efeito, Cardoso, Oliveira e Piani (2016) asseguram que o redirecionamento do modelo assistencial, com vistas ao resgate da cidadania das pessoas em sofrimento psíquico, oportuniza a construção de novas práticas, firmadas no comprometimento, no compromisso e na responsabilização. Essas práticas implicam, indubitavelmente, que cuidar da saúde de alguém equivale a mais do que construir um objeto e intervir sobre ele, pois significa, de fato, ser capaz de acolher, dialogar, produzir novas subjetividades; tal e qual exigem o exercício da capacidade crítica, a transformação criativa dos modos de ver, sentir e pensar já constituídos.

A propósito, Almeida e Merhy (2020) incluem como forçoso que o cuidado se desdobre para mais de uma prática-produto dirigida aos usuários, porque compõe um relevante método-ética de encontro entre trabalhadores. Dessarte, propõem a valorização, para além do cuidado com o outro, do cuidado de si, e do cuidado com o encontro tecido entre profissional de saúde e usuário nos espaços da RAPS. Segundo os autores, os serviços de saúde mental, na qualidade de contextos antimanicomiais, precisam cumprir a complexa tarefa de acolher e cuidar de um jeito diferente, da diferença, das inseguranças e das dúvidas, sem promover a exclusão e a tutela que foram construídas ao longo dos séculos no manicômio – que encerra o lugar das certezas,

das respostas simples e reducionistas, onde a dúvida é julgada como negatividade.

Considerando-se a multiplicidade de elementos intrínsecos, copartícipes, mutuamente influentes e adversos que coocorrem no âmago do engendramento dos encontros firmados na RAPS, o cuidado às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas deve assumir sentido e significação ética-estética-crítica-política-emancipatória; carece do compromisso com os ideais da autonomia, do protagonismo, empoderamento, da resistência, liberdade, reinvenção e do fomento da esperança. Assentado nessa compreensão multifacetada, apresenta-se os depoimentos a seguir:

Pois é, doutora, porque, quando eu vou morrendo, uma luz chega". Aí, doutora, os meus caminhos. Aí eu fui naquela luta, naquela luta, mas sempre aparece um anjo, meus anjos da guarda estão todos no CAPS, no Hospital Geral com leitos de saúde mental. Sempre eu encontro um anjo; os anjos da guarda. Por isso que eles vestem branco, porque são uns anjos, muito amigos! Fui recebida no Hospital Geral com leitos de saúde mental e eles me deram roupa, cuidaram de mim, fizeram eu me se sentir um ser humano (Sereia)

Mas como eu ainda tenho pessoas que gostam de mim, como minha mulher, meus dois filhos, minhas duas netas, eu estou tentando de novo (Minotauro)

As declarações supramencionadas revelam que a experiência subjetiva de agenciamento de itinerários terapêuticos por pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas é assinalada por tensionamentos persistentes, de cadências hesitantes e melindrosas; pelo transitar na corda bamba da vida, tendo a esperança como impulso, que é aquecida e potencializada pelos profissionais de saúde e pela rede de apoio familiar. Daí, o axiomático poder intrínseco à voz dessas pessoas, no extravasamento de subsídios para a tessitura e a reinvenção da produção do cuidado pelos profissionais de saúde nos pontos de atenção da RAPS.

Consonante a essas reverberações, Ronzani *et al.* (2014) apregoam que o cuidado deve ser visto como uma parceria entre profissional de saúde, usuário, família e comunidade. Por seu turno, Bermudez e Siqueira-Batista (2017) delineiam que a trajetória da pessoa que usa álcool e outras drogas na RAPS pode ser rompida, retomada, (re)iniciada em qualquer ponto, pois a rede mantém uma distribuição entre serviços e é composta de furos e desvios. Ademais, de acordo com os autores, sem buracos na rede não há fluxo, pois é o vazio que permite o encontro. Todavia, esses buracos são amarrados por **nós** (grifo nosso) - primeira pessoa do plural, atinente a um grupo de indivíduos, abrangendo aquele que fala, e a forma substantiva do termo (nó), relativa à técnica de laços dados em cordas, para prendê-las a algum ponto ou para uni-las umas

às outras. Logo, metaforicamente, os barbantes nos encontros com os sujeitos do cuidado são nós, profissionais acompanhando o trajeto dos usuários pelas redes que ambos tecemos, transformando a visão do SUS da letra fria da legislação para a potência de criação do cuidado.

Isto posto, Romanholi (2004) adverte que o equilíbrio na corda bamba da vida implica um fazer artista, no qual a práxis na saúde mental seja guiada pela ética, articulada com a estética, com a política e com um projeto de defesa da vida potente para impulsionamento de práticas de saúde como dispositivos de mudança dos modos de ser e de viver, que é o objetivo tanto da desinstitucionalização, quanto do próprio SUS.

Para mais, Dias e Macerata (2014) sustentam a bravura e o valor da RD, como paradigma clínico, ético e político, em direção da integralidade do cuidado e alternativo ao fracassado, mas ainda não superado, paradigma proibicionista hegemônico de enfoque às drogas. Nessa lógica, atestam que é preciso cuidar da experiência do usuário e da experiência do cuidado praticado pelos profissionais de saúde; também, percebem que é preciso criar condições para que o cuidado ocorra em um movimento reflexivo, de agir sobre a ação, no qual cuidar da experiência do outro tenha como pressuposto cuidar de sua experiência de cuidado.

Adicionalmente, Almeida e Merhy (2020) concordam que, no olho do furacão (que pode ser julgado como uma potencialidade) para abertura ao encontro com o outro (sujeito do cuidado), o cuidado do outro é tão basilar quanto o cuidado de si e o cuidado com o encontro. Daí, o antimanicomial em ato como ética do agir, potente para a sustentabilidade das práticas de cuidado na conjuntura da reforma psiquiátrica, do ponto de vista micropolítico, ocorre no possível do tempo presente, a cada encontro que nos acontece e que pode nos transformar. Em função disso, Sampaio e Bispo Júnior (2021), demarca como cogente o questionamento sobre o lugar da saúde mental na sociedade e acerca da abordagem coerente para se alçar processos emancipatórios e encorajadores de potências de vida, de sorte que os serviços da RAPS possam abarcar as demandas dos usuários e incluam a promoção de potência subjetiva e de cidadania na comunidade. Enfim, a luta pela reforma psiquiátrica envolve a luta pelo direito ao exercício da cidadania, por uma sociedade mais igualitária, pela horizontalização do poder em arenas de conflitos de interesses e pela ocupação de espaços públicos para que se torne audível e validada a voz de pessoas que vivem o sofrimento mental.

Afinal, Camargo *et al.* (2018) sugerem a necessidade do investimento em mais espaços produtores de cuidado, e de formação de profissionais que consigam enxergar o usuário na sua totalidade e em suas especificidades. Simultaneamente, como exortam Teixeira *et al.* (2019), é urgente sensibilizar a rede de saúde e intersetorial para a garantia da oferta do acolhimento e do cuidado humanizado, sob a égide da equidade, em que todos são sujeitos de direitos.

8 ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DE PESSOAS EM USO PREJUDICIAL DE ÁLCOOL E DROGAS

Segundo Bellato, Araújo e Castro (2008), a compreensão dos itinerários terapêuticos guia-se pela construção analítica da experiência de adoecimento e de busca por cuidado. Deste modo, carece ser apreendida através da dimensão vivida pela pessoa, cuja trajetória percorrida é traçada singularmente pelo usuário e sua família, tal qual os modos como vão tecendo os sentidos nos variados percursos que compõem a experiência.

Nessa acepção, Bonet (2014) sugere a passagem da noção de itinerários terapêuticos para a acepção de itinações de busca por cuidado, visto que concebe os itinerários na qualidade de processos abertos, que estão em permanente fluxo, inclinados a constantes improvisações criativas por parte dos usuários e dos profissionais implicados nos processos cotidianos da vida. Assim, o autor pondera que, nos deslocamentos pelos serviços, os usuários tomam decisões e, por meio destas, vão construindo uma história.

A propósito, Machado, Modena e Luz (2020) sustentam como meritório a contemplação do comportamento de busca, associado aos processos individuais, sociais, políticos e históricos. Por seu turno, Bellato, Araújo e Castro (2008), entendem que o enfoque da “peregrinação” de usuários em busca da resolução de suas necessidades em saúde pode colocar em evidência as implicações dos sistemas de saúde nos seus itinerários, desde aquilo que dão conta, possibilitando resolutividade, a tudo que “escapa” aos mesmos, além dos efeitos que produzem sobre a experiência dos usuários e suas famílias.

Em vista disso, a presente seção apresenta os itinerários terapêuticos agenciados pelos treze participantes deste estudo, com respeito à busca por cuidado no município de Teresina/PI, em razão do uso prejudicial de álcool e drogas. Para tanto, partiu-se das narrativas produzidas para apreender as idiossincrasias de cada um dos declarantes e, conseqüentemente, proceder-se com a tessitura da reconstituição dos caminhos percorridos pelos indivíduos.

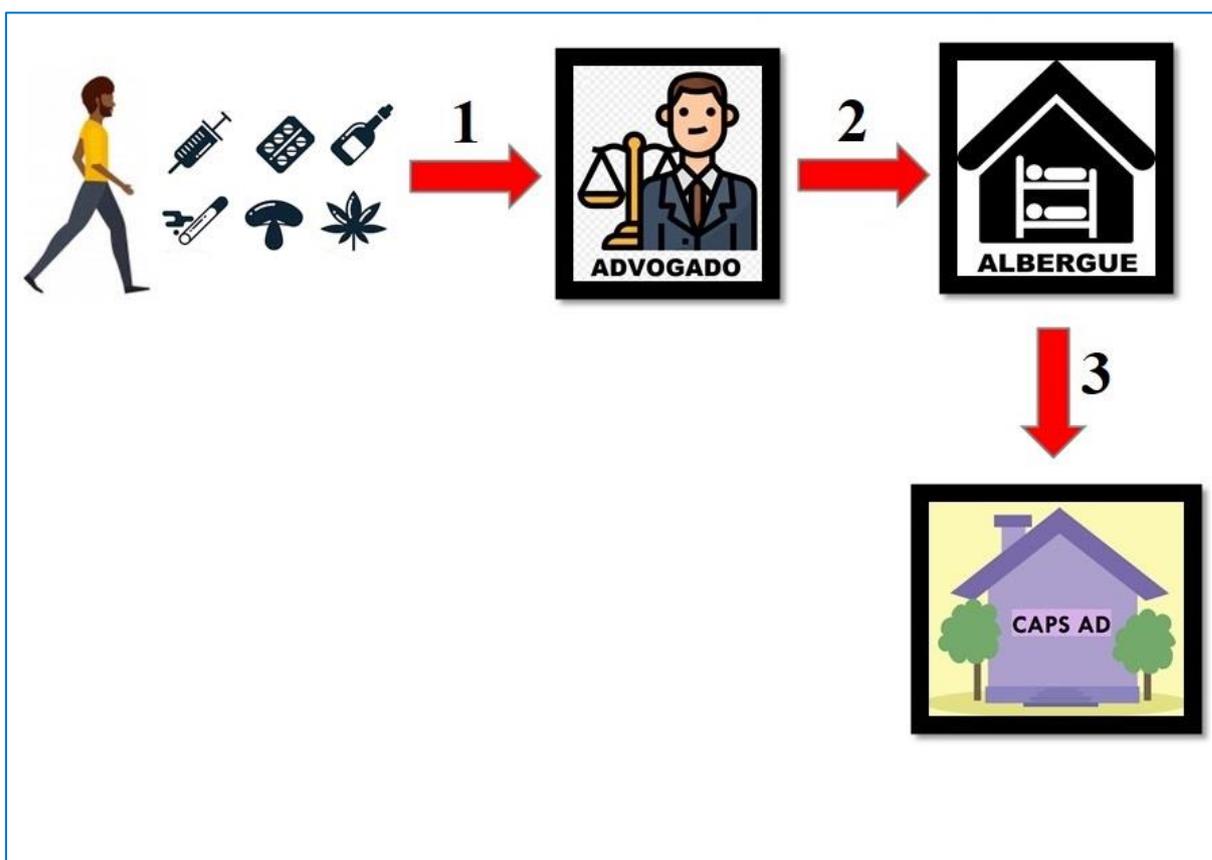
8.1 ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE PÉGASO

Pégaso, homem negro, 31 anos, solteiro; criado pela avó e morando com a mesma, conviveu com a mãe apenas durante os três primeiros meses de vida, tem pai desconhecido e vínculos familiares fragilizados; está em situação de desemprego e desprovido de auxílio por benefício; possui histórico de prisão devido ao uso prejudicial de múltiplas drogas. Iniciou o uso de drogas aos 8 anos, com crack. Sua droga de maior consumo é o crack; mas também

utiliza álcool, tabaco, maconha, solvente, cola e rupinol. Segundo autorrelato, não apresenta nenhuma comorbidade clínica ou mental, nem possui histórico de comportamento suicida.

Seu itinerário terapêutico teve como ponto de partida o aconselhamento que buscou junto ao advogado, logo que obteve soltura do presídio, como está ilustrado na Figura 12:

Figura 12 - Representação visual do itinerário terapêutico empreendido por Pégaso, na busca por cuidado no município de Teresina/PI.



Fonte: Barbosa (2021).

Baseando-se na orientação do advogado, Pégaso foi ao Albergue, onde recebeu abrigo provisoriamente e de lá buscou por cuidado no CAPS AD, instituição que tem frequentado regularmente e perante a qual se sente bem acolhido pelos profissionais de saúde. Com o seguimento dos cuidados em saúde mental no CAPS AD, retornou a morar com a avó.

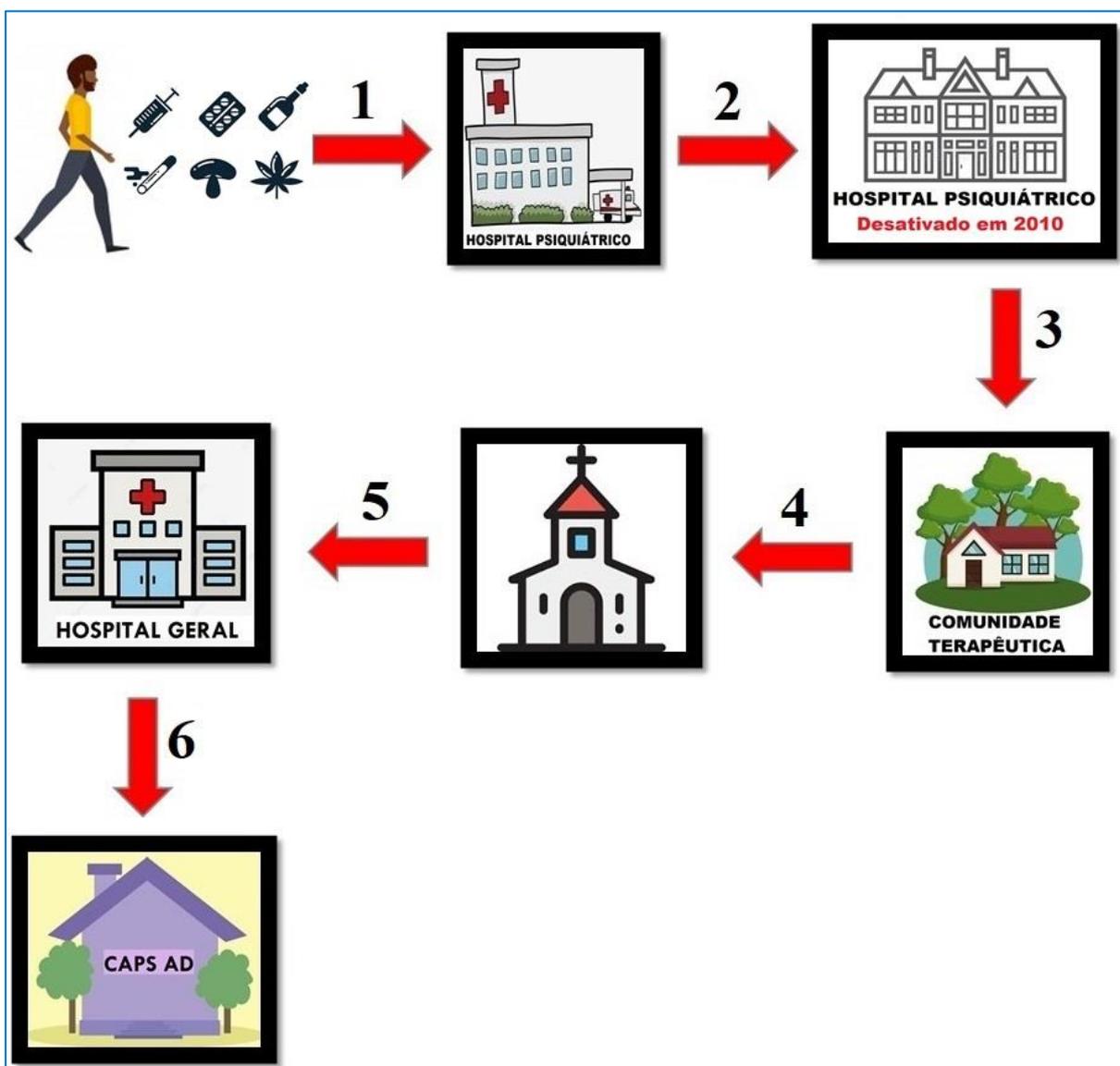
O informante destacou a força de vontade pessoal, aliada ao desejo de melhora da saúde e da qualidade de vida, assim como o apoio recebido da avó, da mãe e dos profissionais do CAPS, como fatores cruciais para seu êxito na continuidade do tratamento. E, ressaltou como projeto de vida o reencontro com a mãe, que atualmente reside no estado de São Paulo.

8.2 ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE MANTICORE

Manticore, homem negro, com 52 anos, solteiro; reside com a mãe e possui vínculos familiares mantidos; trabalha como servidor público, não tem auxílio por benefício, nem histórico jurídico-criminal. Iniciou o uso de drogas aos 12 anos, para divertimento, com o álcool. Sua droga de maior consumo ainda é o álcool; também utiliza maconha, crack e tabaco.

Conforme autorrelato, não apresenta nenhuma comorbidade clínica ou mental, nem possui histórico de comportamento suicida. Seu itinerário terapêutico teve como ponto de partida o Hospital Psiquiátrico, como mostra a Figura 13:

Figura 13 - Representação visual do itinerário terapêutico empreendido por Manticore, na busca por cuidado no município de Teresina/PI.



Fonte: Barbosa (2021).

Em seguida, Manticore foi internado em outro Hospital Psiquiátrico (atualmente desativado). Mediante a obtenção da alta médica, retomou às atividades profissionais; no entanto, teve recaída novamente e decidiu buscar ajuda em uma Comunidade Terapêutica, onde permaneceu durante o período de oito meses e quinze dias.

Posteriormente, percebeu que precisava se afastar das “más companhias” e fortalecer a própria fé. Daí, passou a frequentar regularmente a igreja, com o intuito de prevenir recaídas. Logo após, direcionou-se ao CAPS AD, onde permanece frequentando com êxito

Como fatores decisivos para a perseverança na continuidade do cuidado, o informante enfatizou a respeito da confiança e da gratidão nutridas em relação à equipe de profissionais que lhe dão suporte no CAPS AD.

8.3 ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE KARKINOS

Karkinos é um homem pardo, com 48 anos de idade, casado; reside com a esposa e possui vínculos familiares fragilizados; é trabalhador informal, não possui nenhum tipo de auxílio por benefício, nem histórico jurídico-criminal. Iniciou o uso de drogas aos 12 anos, com o álcool, por incentivo de amigos.

A droga que mais consome é o álcool, mas também utiliza tabaco. De acordo com o autorrelato, não possui nenhuma comorbidade clínica ou mental, nem histórico de comportamento suicida.

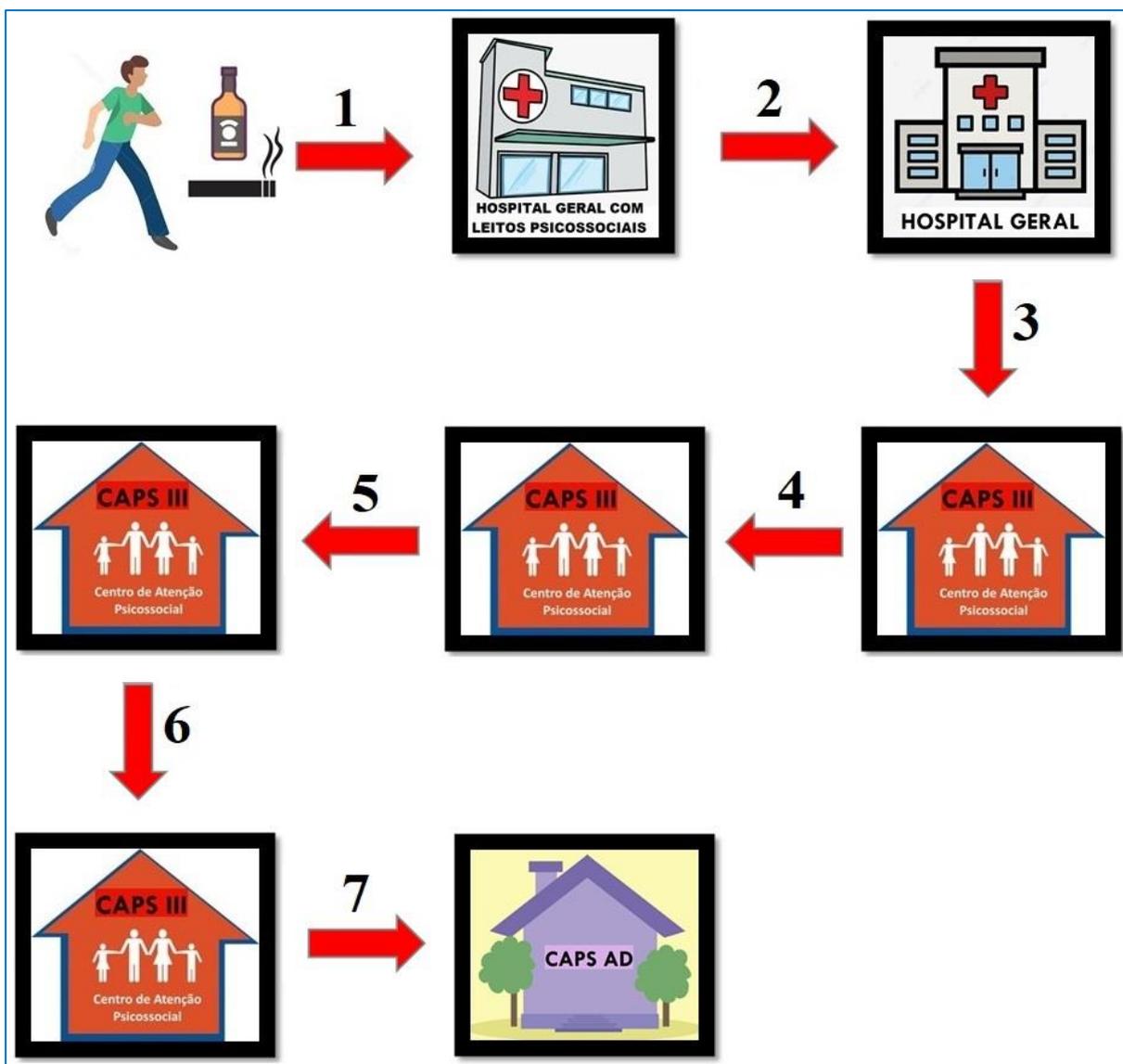
Seu itinerário terapêutico teve como ponto de partida o Hospital Geral com leitos de saúde mental, como está ilustrado na Figura 14.

Em seguida, foi internado em um Hospital Geral, concluindo o tratamento com êxito; posteriormente à obtenção da alta hospitalar, retornou às atividades profissionais. Todavia, teve recaída novamente e, em razão disso buscou ajuda no CAPS III, onde teve quatro passagens consecutivas, para fins de acolhimento noturno, durante fase da vida em que estava em situação de rua, devido a separação conjugal.

Posteriormente, voltou a trabalhar, se reconciliou com a esposa e encaminhou-se ao CAPS AD, ponto de atenção da RAPS onde, primeiramente, realizou tratamento intensivo, com periodicidade semanal, de segunda a sexta-feira, nos turnos manhã e tarde.

Em virtude do êxito na regularidade da participação, passou a frequentar o tratamento semi-intensivo no CAPS AD, durante três dias da semana, respectivamente, segunda, quinta e sexta-feira, modalidade à qual permanece vinculado.

Figura 14 - Representação visual do itinerário terapêutico empreendido por Karkinos, na busca por cuidado no município de Teresina/PI.



Fonte: Barbosa (2021).

Sobre os caminhos percorridos em vista da busca e da produção do cuidado, Karkinos reconheceu o mérito do apoio recebido da esposa, da mãe e da irmã (únicos membros familiares que o apoiam). Outrossim, enalteceu a qualidade do acolhimento e do vínculo constituído com a equipe multiprofissional do CAPS AD.

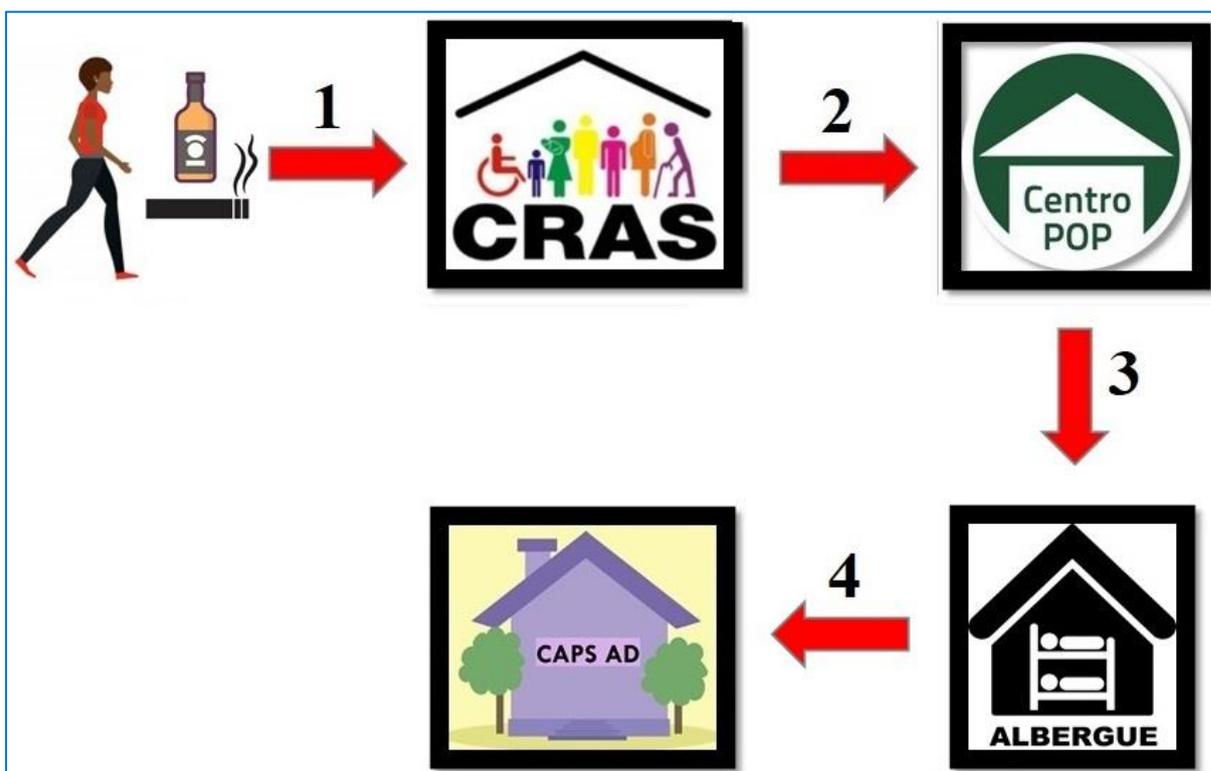
8.4 ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE ANFISBENA

Anfisbena, mulher negra, 54 anos, solteira; em situação de rua e com vínculos familiares

rompidos; não possui trabalho, sequer auxílio por benefício, nem histórico jurídico-criminal. Iniciou o uso de drogas aos 20 anos, com o álcool, sua droga preferida; também utiliza tabaco.

No tocante à presença de comorbidade clínica, apresenta sífilis. Relativamente a comorbidade mental, possui epilepsia. Ademais, tem histórico de comportamento suicida. Seu itinerário terapêutico teve como ponto de partida o CRAS, como está ilustrado na Figura 15:

Figura 15 - Representação visual do itinerário terapêutico empreendido por Anfisbena, na busca por cuidado no município de Teresina/PI.



Fonte: Barbosa (2021).

Em seguida, Anfisbena foi ao Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP), onde recebeu orientações sobre o Albergue, levando-se em conta que vive em situação de rua, e sobre os pontos de atenção da RAPS de Teresina/PI, devido ao uso prejudicial de álcool e tabaco.

Com base nas prescrições obtidas, a depoente foi ao Albergue, onde conseguiu êxito na acolhida noturna. Após, percorreu diversos pontos de atenção da RAPS local em busca de ajuda, tentativas as quais foram malsucedidas, porquanto encontrou barreiras no acesso. Então, foi ao CAPS AD, onde continua frequentando regularmente.

Em conformidade com a autorreflexão da entrevistada, o acolhimento e o cuidado recebidos no CAPS AD tem sido fundamentais na prevenção de recaídas e no manejo do

sofrimento psíquico subjacente aos episódios de crise suicida.

8.5 ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE FÊNIX

Fênix, homem branco, 43 anos, separado; em situação de rua e com vínculos familiares rompidos; não possui trabalho e está desprovido de auxílio por benefício; tem histórico de prisão devido ao uso abusivo de múltiplas drogas.

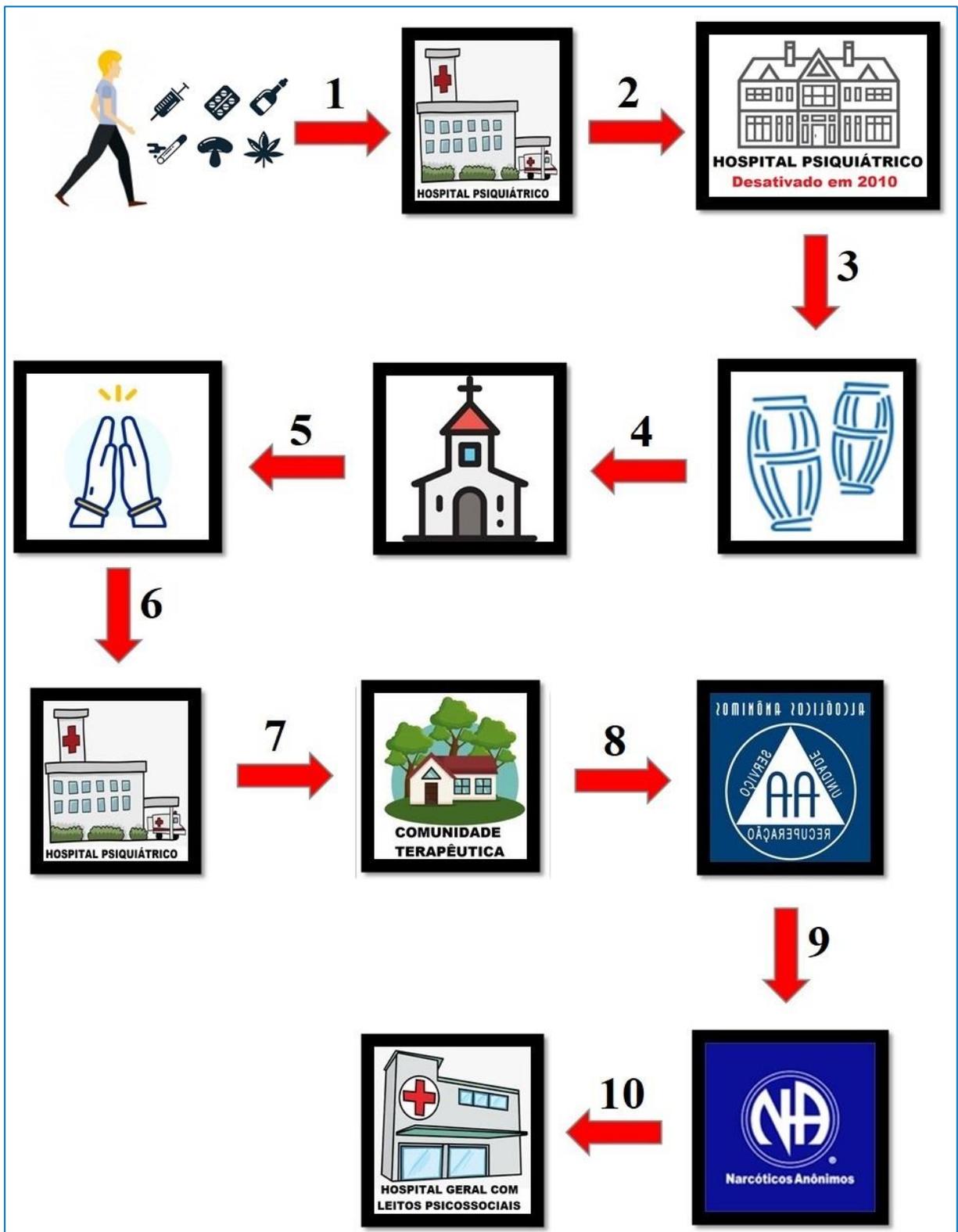
Iniciou o consumo de drogas aos 15 anos, com a maconha. É usuário de múltiplas drogas, a saber: psicofármacos (artane, rupinol, tussiflex, elitox, belacodid, benadryl, benflogin, dolantina, dolosal, lorazepam, bromazepam), potenas, drogas injetáveis, anfetaminas, LSD, chá alucinógeno, álcool, cocaína e crack (droga de maior consumo). Nega a presença de comorbidade clínica, ao passo que destaca como comorbidade mental, transtorno afetivo bipolar. Além disso, declarou que possui histórico de comportamento suicida.

Seu itinerário terapêutico teve como ponto de partida o Hospital Psiquiátrico, como está ilustrado na Figura 16. Logo após a obtenção da alta médica, teve recaída e foi internado em um outro Hospital Psiquiátrico do município. Depois dessas experiências iniciais de tratamento, fez autorreflexão, com base na qual entendeu que necessitava fortalecer a fé. Nessa perspectiva, decidiu buscar ajuda em um terreiro de candomblé; seguidamente, passou a participar dos rituais e solenidades da igreja; e, adiante, frequentou um centro espírita.

Em momento ulterior, foi internado novamente em um Hospital Psiquiátrico. Por motivo de recaída subsequente à alta hospitalar, direcionou-se a uma Comunidade Terapêutica, investida que julgou não ter sido proveitosa, uma vez que ao longo da vivência desenvolveu posição contrária aos preceitos basilares da instituição, e, devido à ausência de suporte especializado de profissionais de saúde mental. Daí, buscou ajuda em um grupo de Alcoólicos Anônimos. Em razão do uso prejudicial de múltiplas drogas, logo após, passou a frequentar com regularidade um grupo de Narcóticos Anônimos. Posteriormente, foi internado no Hospital Geral com leitos de saúde mental, para tratamento de desintoxicação, oportunidade à qual aderiu com êxito.

Notadamente aos itinerários terapêuticos agenciados, Fênix assinalou a importância da modalidade terapêutica adotada no Hospital Geral com leitos de saúde mental, uma vez que, nesta instituição, se sentiu respeitado, valorizado como ser humano e grato pelo cuidado humanizado ofertado pela equipe multiprofissional de saúde.

Figura 16 - Representação visual do itinerário terapêutico empreendido por Fênix, na busca por cuidado no município de Teresina/PI.



Fonte: Barbosa (2021).

O participante também admitiu o valor da prática de CRE, estratégia estimada como

um sustentáculo no enfrentamento das situações adversas que atravessaram sua vida.

8.6 ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE NINFA

Ninfa, mulher negra, 23 anos, separada; em situação de rua e com vínculos familiares rompidos; está em situação de desemprego, nem ao menos possui auxílio por benefício; não tem histórico jurídico-criminal. Iniciou o consumo de drogas aos 12 anos, com a maconha. Hodiernamente, utiliza apenas crack. Consoante o autorrelato, não apresenta nenhuma comorbidade clínica ou mental, nem possui histórico de comportamento suicida.

Como está ilustrado na Figura 17, seu itinerário terapêutico teve como ponto de partida o apoio que buscou em um amigo, que a acompanhou nos caminhos em busca por cuidado.

Figura 17 - Representação visual do itinerário terapêutico empreendido por Ninfa, na busca por cuidado no município de Teresina/PI.



Fonte: Barbosa (2021).

A primeira instituição a que se direcionou foi o CAPS II, tendo em vista a proximidade da residência do amigo. Lá recebeu orientações sobre os pontos de atenção da RAPS específicos para a promoção do cuidado a pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas. Nessa esteira, seguiu ao Hospital Geral com leitos de saúde mental, onde não havia vagas disponíveis no momento, devido à lotação máxima. Assim, colocou o nome na lista de espera, e ficou no

aguardo do contato institucional sobre o momento pertinente de sua internação

Obstinada quanto ao desejo de realização de tratamento especializado, com o propósito de resgatar a cidadania e, conseqüentemente, a reinserção no mercado de trabalho, prosseguiu em direção ao CAPS AD, onde também não havia vagas disponíveis naquele momento. Logo em seguida, recebeu contato do Hospital Geral com leitos de saúde mental, para onde foi imediatamente, e conduziu o tratamento de modo exitoso.

No que tange à experiência pessoal de busca por cuidado, Ninfa foi contundente na referência da queixa quanto às barreiras enfrentadas no acesso aos pontos de atenção da RAPS.

8.7 ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE MINOTAURO

Minotauro, homem pardo, 43 anos, casado; reside com a família e possui vínculos familiares fragilizados; trabalha como vendedor, não possui auxílio por benefício; possui histórico de prisão devido aos maus-tratos perpetrados contra a mãe. Iniciou o consumo de drogas aos 16 anos, por meio do álcool. É usuário de múltiplas drogas, a saber: maconha, rupinol, aranha, cocaína e crack (droga de maior consumo).

No tocante à presença de comorbidade clínica, apresenta diabetes. Não possui comorbidade mental, nem histórico de comportamento suicida.

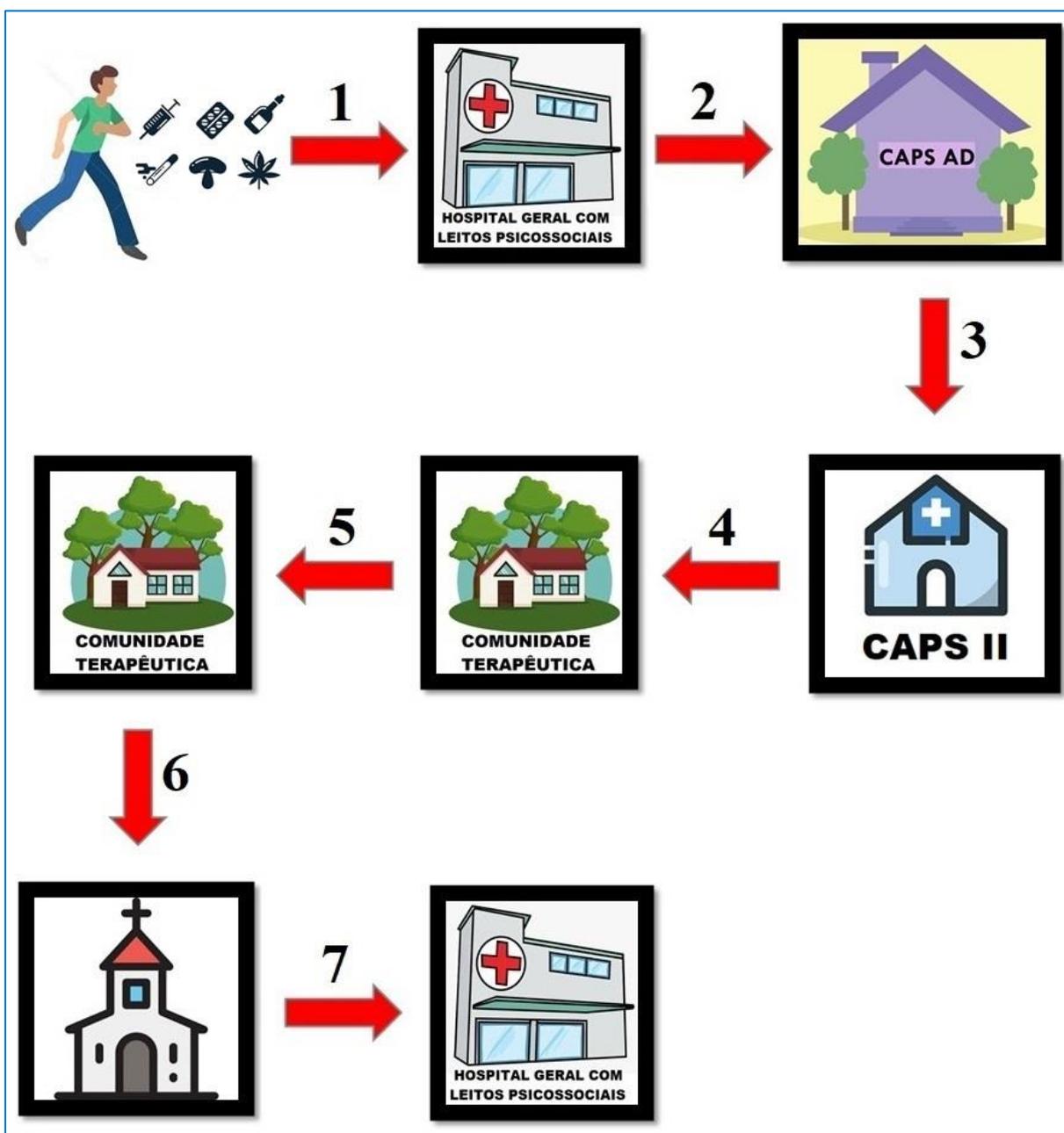
O itinerário terapêutico que agenciou teve como ponto de partida o Hospital Geral com leitos de saúde mental, como está ilustrado na Figura 18.

Depois da conclusão do tratamento hospitalar de desintoxicação, Minotauro seguiu para o CAPS AD, onde realizou tratamento na modalidade intensiva. Sua terceira experiência de busca por cuidado foi o CAPS II, investida que frequentou com regularidade e cumpriu exitosamente o projeto terapêutico singular durante o período de três anos. Então, decidiu pela busca de ajuda em uma Comunidade Terapêutica, oportunidade que abandonou em poucos dias seguidos do ingresso na instituição.

Em momento ulterior, por motivo de recaída, se direcionou a outra Comunidade Terapêutica, vivência à qual aderiu satisfatoriamente e foi percebida pelo entrevistado como transformadora, sobretudo com respeito à ressignificação dos valores pessoais e à valorização da prática religiosa/espiritual. Deste modo, após a conclusão do prazo previsto do tratamento, buscou ajuda em uma igreja.

Posteriormente, Minotauro buscou por cuidado no Hospital Geral com leitos de saúde mental, local onde estava quando participou desta pesquisa.

Figura 18 - Representação visual do itinerário terapêutico empreendido por Minotauro, na busca por cuidado no município de Teresina/PI.



Fonte: Barbosa (2021).

Particularmente aos caminhos agenciados na busca por cuidado, Minotauro foi incisivo na referência do estigma e do preconceito com que se depara habitualmente, configurando barreiras de acesso aos pontos de atenção da RAPS. Além disso, o depoente reforçou sobre a importância de ter aderido à prática do CRE, enquanto estratégia potente para o auxílio do fortalecimento de habilidades voltadas à prevenção de recaídas.

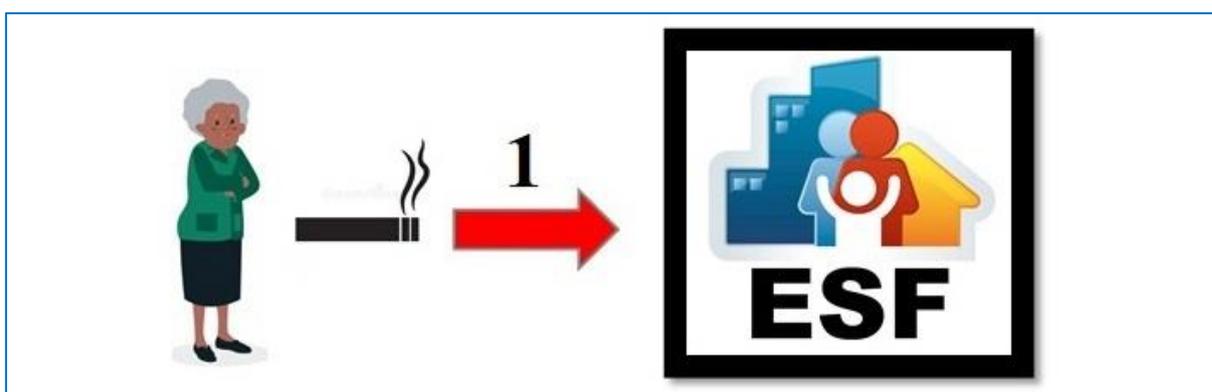
8.8 ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE UNICÓRNIO

Unicórnio, mulher negra, idosa, viúva; mora na própria residência com filhos e netos, tem vínculos familiares mantidos; recebe o benefício da aposentadoria; não possui histórico jurídico-criminal. Iniciou o uso de tabaco na adolescência, com cigarro de palha (“pau-ronca”), induzida pelo irmão, com a expectativa de aliviar dores de dente. Ao longo da vida consumiu apenas este tipo de droga.

No tocante à presença de comorbidade clínica, apresenta diabetes. De acordo com o autorrelato, não tem nenhuma comorbidade mental, nem histórico de comportamento suicida.

Como aponta a Figura 19, seu itinerário terapêutico se concentrou apenas na frequência regular à UBS, onde recebe cuidado por parte da Equipe de Saúde da Família (EqSF).

Figura 19 - Representação visual do itinerário terapêutico empreendido por Unicórnio, na busca por cuidado no município de Teresina/PI.



Fonte: Barbosa (2021).

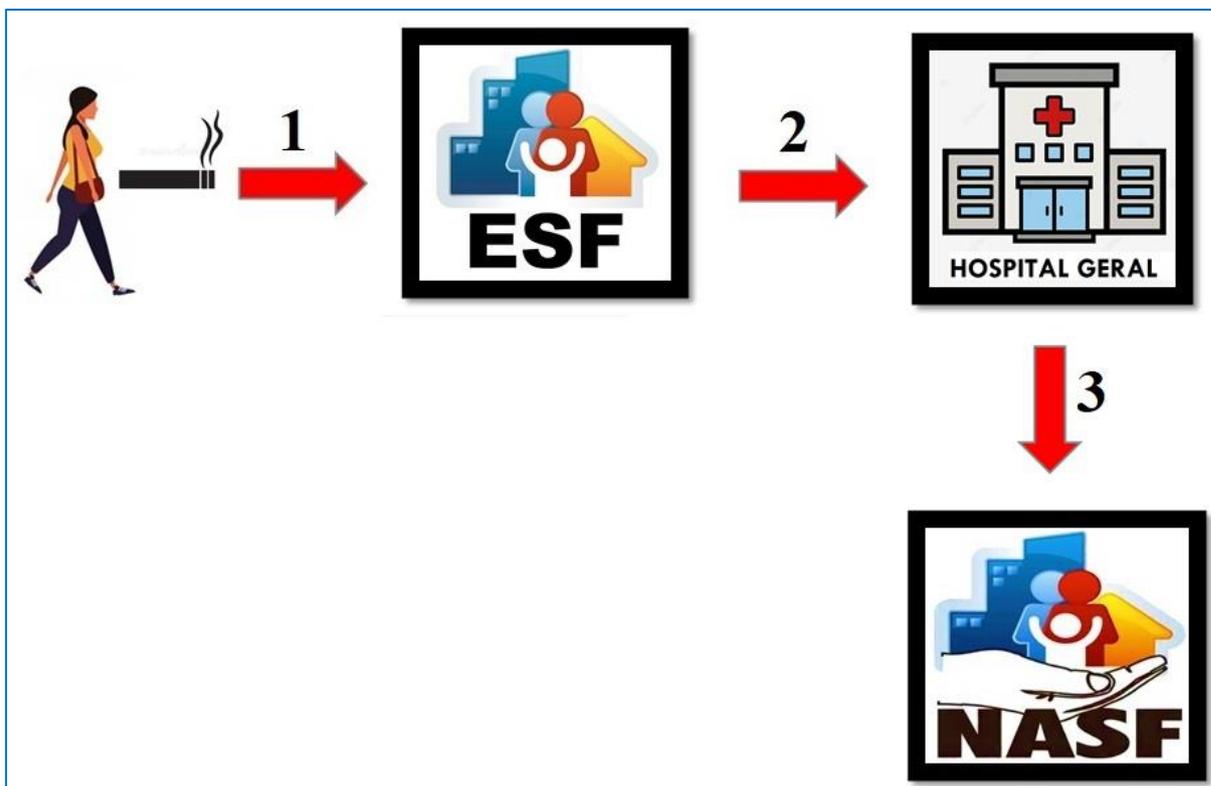
Com respeito ao caminho percorrido em busca por cuidado, Unicórnio ponderou que se sente satisfeita com o acolhimento e vínculo estabelecido com os profissionais da ESF. Por este motivo, não procurou assistência em outros pontos de atenção da RAPS.

8.9 ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE HARPIA

Harpia, mulher parda, 28 anos, casada; mora na própria residência com o esposo, tem vínculos familiares mantidos; está em situação de desemprego e desprovida de auxílio por benefício; não possui histórico jurídico-criminal. Iniciou o uso de tabaco aos 18 anos, única droga que consome. Em conformidade com o autorrelato, não possui nenhuma comorbidade clínica ou mental, nem histórico de comportamento suicida.

De acordo com a Figura 20, seu itinerário terapêutico teve como ponto de partida a UBS, onde recebeu assistência dos profissionais da EqSF.

Figura 20 - Representação visual do itinerário terapêutico empreendido por Harpia, na busca por cuidado no município de Teresina/PI.



Fonte: Barbosa (2021).

Em seguida, Harpia foi ao Hospital Geral, onde se inscreveu no Programa de Tratamento do Tabagismo. No entanto, devido à localização distante e à dificuldade financeira que apresentava, relativamente ao custeio de transporte coletivo para o deslocamento até o Hospital, desistiu da participação. Posteriormente, encontrou no NASF um grupo operativo destinado exclusivamente a fumantes, no qual frequentou regularmente as reuniões semanais e fez terapia de reposição de nicotina (adesivo transdérmico), obtendo êxito na remissão do tabagismo.

A declarante advertiu sobre a importância da busca por cuidado qualificado, em que destacou a potência do suporte recebido no NASF, em acordo com a lógica da clínica ampliada.

8.10 ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE CRISÓMALO

Crisómallo, homem pardo, jovem adulto, separado; mora na casa da mãe desde o rompimento conjugal; possui vínculos familiares fragilizados; está em situação de desemprego,

não possui auxílio por benefício, nem histórico jurídico-criminal. Iniciou o uso de drogas aos 12 anos, com maconha, por influência de amigos, já que “só andava com gente que não presta”. É usuário de múltiplas drogas, a saber: álcool, loló, cola e crack (droga de maior consumo).

Não apresenta nenhuma comorbidade clínica ou mental, nem histórico de comportamento suicida.

De acordo com o autorrelato, iniciou o itinerário terapêutico devido ao uso prejudicial de crack, em que buscou ajuda na igreja, como está ilustrado na Figura 21:

Figura 21 - Representação visual do itinerário terapêutico empreendido por Crisómallo, na busca por cuidado no município de Teresina/PI.



Fonte: Barbosa (2021).

Após, buscou por cuidado em uma Comunidade Terapêutica, onde permaneceu durante seis dias, quando teve episódio de crise de fissura e fugiu da instituição, pulando o muro.

Sua tentativa posterior foi a de pedir ajuda, aconselhamento e inspiração junto a amigos que possuem histórico de uso prejudicial de drogas e conseguiram êxito na remissão.

Por conseguinte, foi à UBS em busca de tratamento odontológico, motivado pelos danos ocasionados à saúde oral, em razão do uso das drogas. No entanto, teve recaída e perdeu a consulta odontológica; assim, agendou atendimento novamente.

O entrevistado foi taxativo ao apontar a vulnerabilidade a recaídas como fator

preponderante que compromete sua trajetória de busca, adesão e prática do cuidado.

8.11 ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE QUIMERA

Quimera, mulher parda, 63 anos, solteira; mora na própria residência com a família, cujos vínculos estão mantidos; recebe o benefício da aposentadoria; não possui histórico jurídico-criminal. Iniciou o uso de tabaco na infância, persuadida pelo pai adotivo. Ao longo da vida consumiu apenas este tipo de droga.

No tocante à presença de comorbidade clínica, apresenta diabetes. Segundo o autorrelato, não possui nenhuma comorbidade mental, nem histórico de comportamento suicida. Como está ilustrado na Figura 22, seu itinerário terapêutico teve início na UBS, onde recebeu cuidado promovido pela EqSF.

Figura 22 - Representação visual do itinerário terapêutico empreendido por Quimera, na busca por cuidado no município de Teresina/PI.



Fonte: Barbosa (2021).

Em seguida, recebeu orientações da enfermeira da ESF sobre a existência no NASF de um grupo operativo destinado a fumantes, onde passou a frequentar as reuniões semanais e fez terapia de reposição de nicotina (adesivo transdérmico).

Quimera destacou a qualidade do acolhimento e do vínculo estabelecido com a EqSF, assim como o cuidado recebido no NASF, como componentes fundamentais para que se sentisse confiante, segura e continuasse no cuidado para cessação do tabagismo.

8.12 ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE SEREIA

Sereia, mulher parda, 42 anos, separada; mora na casa da filha, com a qual possui relacionamento é conflituoso e de quem é vítima de maus-tratos. Seus vínculos familiares estão

fragilizados; está em situação de desemprego, nem sequer possui auxílio por benefício; não tem histórico jurídico-criminal. Iniciou o uso de drogas aos 21 anos, com loló, por curiosidade. Faz uso de múltiplas drogas, a saber: maconha, álcool e crack (droga mais consumida).

No tocante à presença de comorbidade clínica, apresenta HAS e diabetes. Relativamente a comorbidade mental, possui depressão. Ademais, tem histórico de comportamento suicida.

Seu itinerário terapêutico teve como ponto de partida o Hospital Geral, como está ilustrado na Figura 23, onde recebeu orientações sobre o serviço hospitalar especializado em tratamento de desintoxicação de álcool e outras drogas. Assim, foi encaminhada ao Hospital Geral com leitos de saúde mental, tratamento que concluiu com êxito. Em seguida, decidiu dar continuidade ao cuidado no CAPS AD, mas, abandonou esta experiência, pois ficava muito dispendioso seu deslocamento, dada a localização em bairro demasiado distante.

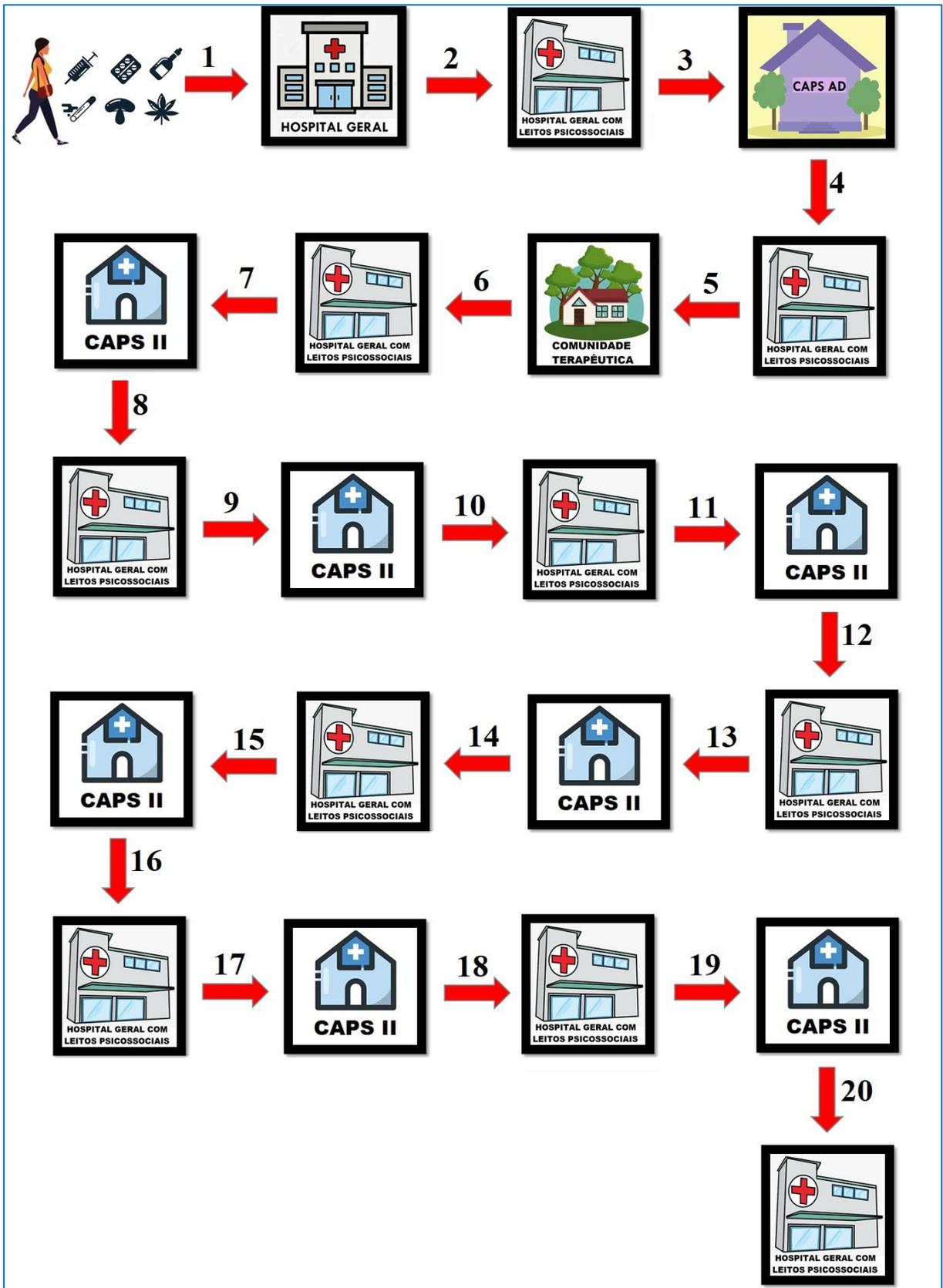
Por motivo de recaída, buscou ajuda novamente no Hospital Geral com leitos de saúde mental, investida que cumpriu com sucesso. Logo após, prosseguiu para a Comunidade Terapêutica, vivência considerou profícua, no sentido da continuidade da prevenção de recaídas. Nada obstante, assim que recebeu alta e retornou para casa, teve um desentendimento com a filha, fato que repercutiu em estado de crise, resultando em recidiva.

Conseqüentemente, a declarante retornou ao Hospital Geral com leitos de saúde mental, onde cumpriu satisfatoriamente o tratamento de desintoxicação, no prazo estipulado de quinze dias. Após a obtenção da alta hospitalar, procurou o CAPS II para dar continuidade ao cuidado, haja vista a proximidade da residência e a consecutiva praticidade para deslocamento.

A partir de então, passou a frequentar regularmente o CAPS II e, em todos os momentos subsequentes de recaídas, se direcionava ao Hospital Geral com leitos de saúde mental, ponto da atenção da RAPS que considera como sendo sua preferência pessoal no tocante à busca por cuidado frente às necessidades em saúde associadas ao uso prejudicial de álcool e outras drogas - e onde se encontrava hospitalizada pela décima vez, no ato da concessão da entrevista para este estudo.

Sobre os caminhos percorridos em busca por cuidado nos pontos de atenção da RAPS de Teresina/PI, Sereia reconheceu a importância do acolhimento e do cuidado humanizado recebidos dos profissionais de saúde, como enfatizou no seguinte trecho da entrevista: *Tirando a rede de saúde, ninguém consegue compreender o meu desespero por deixar a droga, por querer deixar a droga e não conseguir.*

Figura 23 - Representação visual do itinerário terapêutico empreendido por Sereia, na busca por cuidado no município de Teresina/PI.



Fonte: Barbosa (2021).

8.13 ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE HIPOCAMPO

Hipocampo, homem branco, 54 anos, solteiro; em situação de rua e com vínculos familiares rompidos; está em situação de desemprego e desprovido de auxílio por benefício; não possui histórico jurídico-criminal. Iniciou o consumo de drogas aos 11 anos, por meio do álcool, como estratégia de atenuação do sofrimento decorrente dos maus-tratos perpetrados pelos pais adotivos. A partir de então, passou a utilizar múltiplas drogas, a saber: cola, maconha, drogas injetáveis, psicofármacos (rupinol, diazepam), cocaína e crack. Atualmente, faz uso de álcool, maconha, rupinol e crack (droga de maior consumo).

Relativamente à presença de comorbidade clínica, possui tuberculose. No que tange a comorbidade mental, possui depressão. Ademais, tem histórico de comportamento suicida.

Sua busca por cuidado teve início ainda adolescência, através do apoio que buscou na família adotiva (Figura 24), com a qual morava na Argentina. Porém, a tentativa foi infrutífera, exacerbando os sentimentos de desamparo, abandono e desespero, que repercutiram na intensificação do consumo de drogas e, conseqüentemente, na fuga de casa. A partir de então, passou a viver como andarilho.

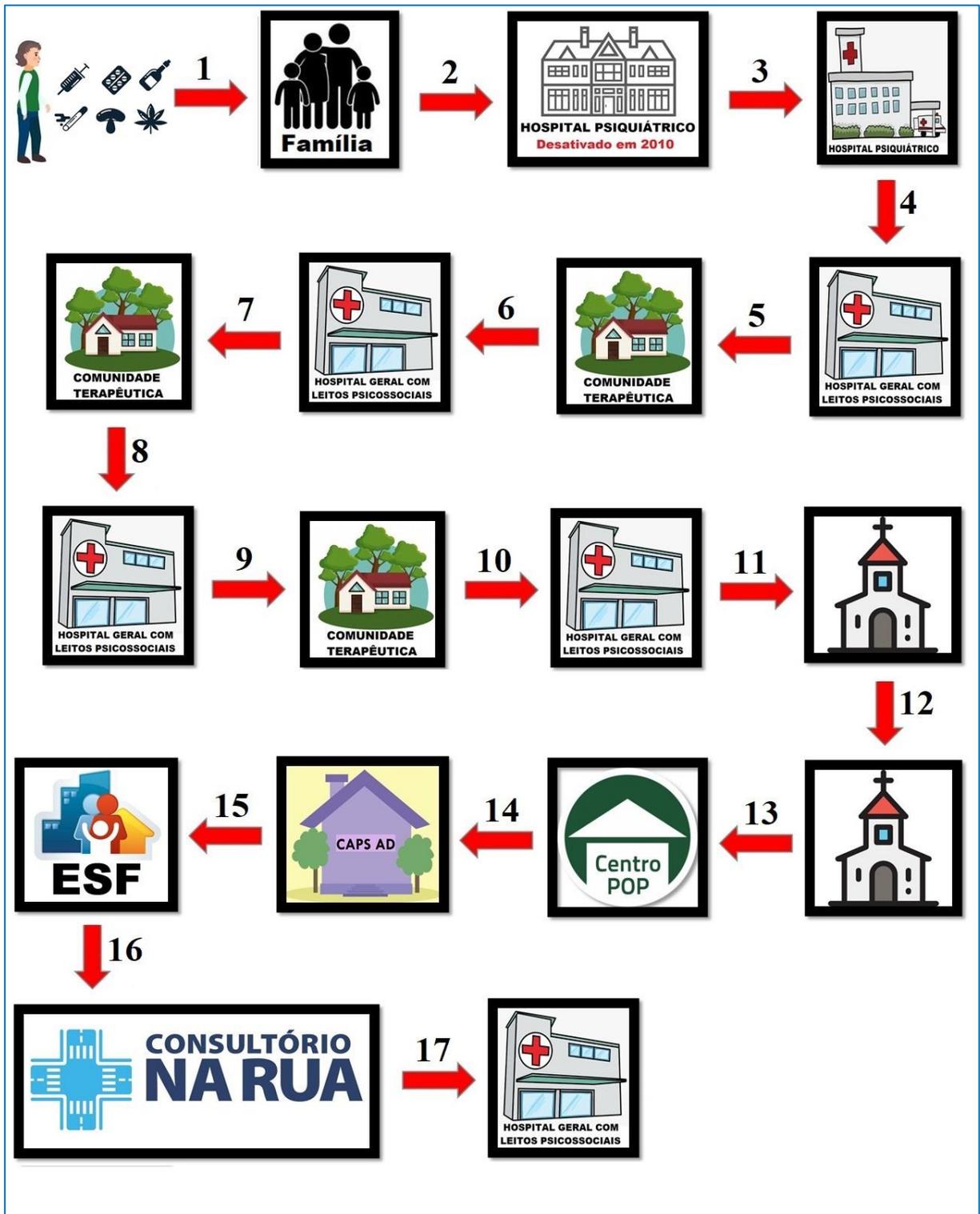
Nessa esteira, Hipocampo partiu em direção ao Brasil, mais precisamente, em peregrinação e procura pelo município de São Pedro do Piauí/PI, com a esperança de reencontrar os pais biológicos, que lá moravam, em conformidade com o relato dos pais adotivos. Contudo, ao chegar no destino desejado, não encontrou os pais biológicos, nem ao menos qualquer informação alusiva à sua origem familiar. Em virtude disso, continuou a trajetória, chegando ao município de Teresina/PI, onde vive a partir de então.

Isto posto, Hipocampo buscou ajuda em um Hospital Psiquiátrico (desativado em 2010), onde ficou internado por determinado tempo. Logo após a obtenção da alta médica, procurou por tratamento em outro Hospital Psiquiátrico, onde cumpriu o tratamento com êxito, sendo encaminhado posteriormente ao Hospital Geral com leitos de saúde mental, para dar continuidade ao cuidado. Dessarte, realizou o tratamento de desintoxicação e, em seguida, prosseguiu em direção a uma Comunidade Terapêutica.

Depois da conclusão do tratamento na Comunidade Terapêutica, teve outra recidiva e se direcionou novamente ao Hospital Geral com leitos de saúde mental, experiência que foi concluída com sucesso; sendo encaminhado a seguir para outra Comunidade Terapêutica. De acordo com o depoente, ele passou por três internações sucessivas, alternadamente, no Hospital Geral com leitos de saúde mental e na Comunidade Terapêutica. Após a última experiência na Comunidade Terapêutica, teve novo episódio de recaída; por este motivo, retornou ao Hospital

Geral com leitos de saúde mental, tratamento que foi cumprido a termo.

Figura 24 - Representação visual do itinerário terapêutico empreendido por Hipocampo, na busca por cuidado no município de Teresina/PI.



Fonte: Barbosa (2021).

O local seguinte do percurso de busca por ajuda e cuidado foi uma igreja católica; vivência que teve como seguimento, a ida a uma igreja evangélica. Em momento ulterior, Hipocampo encontrou o Centro POP, que o encaminhou para o CAPS AD, em virtude das demandas decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Já no CAPS AD, foi diagnosticado com tuberculose, comorbidade que exigia suporte da AB. Assim, foi encaminhado à ESF, ponto de atenção da RAPS que lhe apresentou o CnR. Em vista disso, passou a receber cuidado prestado por equipes do CnR. Como teve outro episódio de recaída, retornou ao Hospital Geral com leitos de saúde mental, para realizar tratamento de desintoxicação de álcool e outras drogas.

Singularmente à trajetória empreendida em busca por cuidado, Hipocampo enalteceu sobre as barreiras de acesso com as quais comumente se deparou ao longo dos anos, que reverberavam na expansão do sentimento de impotência, no agravamento da depressão e, por conseguinte, na intensificação do uso prejudicial de álcool e outras drogas.

8.14 ENTRE ITINERÁRIOS, BARREIRAS E ITINERÂNCIAS NA RAPS

A evocação e a tessitura dos itinerários terapêuticos agenciados por pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas revelou que a busca por cuidado nos pontos de atenção da RAPS do município de Teresina, Piauí, comumente possui como condicionantes o sofrimento psíquico e as vicissitudes associadas a comorbidades e aos prejuízos biopsicossociais correlacionados à experiência subjetiva de relacionamento com a(s) substância(s) psicoativa(s). Em que pese os esforços empreendidos, amiúde os indivíduos enfrentam barreiras de acesso estruturais, geográficas, culturais e atitudinais (por parte dos profissionais de saúde), nos seus movimentos caóticos e aleatórios de busca por cuidado, a depender da disponibilidade do momento, mais do que impulsionados por escolhas suficientemente reflexivas e informadas; portanto, convergente com a lógica da heteronomia.

Esse painel demonstra, segundo Marques (2010), que o percurso não resulta de escolhas prévias racionais, mas de experiências que são construídas no processo. Nesse sentido, Freire (1996) defende que os profissionais precisam estar atentos à difícil passagem da heteronomia para a autonomia. Para tanto, devem considerar a responsabilidade inerente à própria presença como técnicos, cuja postura necessita ser a de respeito ao outro, e o papel assumido deve ser o de quem testemunha o direito de comparar, escolher, romper, decidir e de estimular a assunção desse direito por parte dos [experientes].

No tocante às particularidades dos caminhos percorridos por pessoas em uso prejudicial

de tabaco, evidenciou-se que a busca e a continuidade do cuidado se concentram no âmbito da AB, notadamente nos espaços da ESF e do NASF. À vista disso, dado que esses pontos de atenção da RAPS se encontram em posição privilegiada no território, próximos à residência dos usuários, se mostram favoráveis ao fortalecimento do vínculo e da efetividade do tratamento para cessação de tabagismo (BRASIL, 2015d).

Por outro lado, observou-se que pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e tabaco buscam e continuam o cuidado em pontos de atenção da RAPS responsáveis pela atenção psicossocial estratégica, especialmente, no CAPS AD e no CAPS III.

Relativamente a pessoas em uso prejudicial de múltiplas drogas, notabilizou-se como aspectos característicos dos itinerários terapêuticos, o empreendimento de buscas recorrentes por cuidado nos Hospitais Psiquiátricos, em CT e no Hospital geral com leitos de saúde mental; bem como a adoção do CRE. Outrossim, revelou-se trajetórias marcadamente atravessadas por perdas afetivas, sociais e materiais; pelo estigma; por dificuldade de (re)inserção social, e pela exibição de altas taxas de recaídas.

Em relação a pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas e estão em situação de rua, observou-se que o CAPS AD é um ponto de atenção eminentemente estratégico para a oferta do acolhimento e do cuidado na RAPS. Sincronicamente, atestou-se a importância exercida pelo Sistema de Garantia de Direitos, com destaque para o Centro POP, o CRAS e o Albergue. Ademais, identificou-se que esses indivíduos enfrentam, com maior severidade, barreiras de acesso diversas (geográficas, financeiras, e atinentes ao estigma), se deparam com maiores dificuldades para conseguir (re)inserção social e exibem altas taxas de recaídas.

É imperativo avaliar que, no tocante à busca por cuidado em CT, identificou-se pontos de vistas paradoxais, em que parte dos entrevistados expuseram nuances alusivas a experiências demasiado negativas, atinentes a violações dos direitos humanos (com base nos relatos de Fênix e Hipocampo), enquanto outra parcela transpareceu a impressão difusa positiva, quanto à valorização do CRE e ao enfoque da prevenção de recaídas ancorado à prática da abstinência total (de acordo com os relatos de Minotauro e Sereia).

Nomeadamente às idiosincrasias da RAPS de Teresina, Piauí, as vozes insurgentes de pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas permitiram descortinar um cenário trespassado por processos rígidos, herméticos, descontínuos, de parcas articulações. A propósito, observa-se uma rede híbrida, na qual os serviços de base comunitária coexistem com o hospital psiquiátrico e com as CT. Inclusive, o hospital psiquiátrico ainda assume a posição de serviço de referência e epicentro da atenção à crise no município, para onde os usuários com maior comprometimento psicossocial podem ser referenciados preferencialmente.

Testificou-se, pois, uma RAPS fragmentada, heterogênea, em que as altas taxas de recidiva se sobrepõem às lacunas na assistência, às fragilidades na coordenação do cuidado (apesar da existência dos diversos pontos de atenção), à escassa tomada de responsabilidade e interlocução pelos serviços comunitários, assim como à inexistência de um efetivo acompanhamento longitudinal. Daí, a produção do cuidado acontece de forma aleatória e caótica, o usuário percorre um itinerário terapêutico muito individualizado e a família participa timidamente do projeto terapêutico singular. Conseqüentemente, Raupp e Adorno (2015) asseveram que os usuários seguem por itinerários terapêuticos que resultam na ocupação “permanente” e cíclica dos espaços públicos, conjuntura que corrobora o agravamento da trajetória de vida e de adoecimento desses indivíduos, acarretando ônus sobre si e sobre a família, além de potencializar a segregação social.

Essa contextura, segundo Passos e Barros (2009), traz à tona preocupantes dificuldades no que tange à possibilidade de estabelecimento do modelo de rede quente, do ponto de vista clínico-político, para execução de intervenções nas quais as experiências do coletivo e do público sejam retomadas como plano de produção de novas formas de existência, resistentes às formas de equalização ou de serialização intrínsecas ao capitalismo. Como efeito, o panorama revelado impõe como desafio à RAPS de Teresina a execução de iniciativas voltadas para a efetiva articulação intersetorial com outros sistemas e serviços de políticas públicas (BRASIL, 2019), com destaque para os serviços da assistência social e para os órgãos do Sistema de Garantia de Direitos (CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO, 2015);

Além de tudo, é fundamental pontuar que testemunhou-se no município a preponderância da cultura orientada pelos vieses do paradigma biomédico e do modelo asilar/manicomial, em detrimento da valorização da perspectiva da redução de danos. Logo, é improtelável a readequação da formação profissional, tal e qual a redefinição de planejamentos terapêuticos e profissionais preparados para exercer tais funções nos pontos de atenção da RAPS local.

Mormente, Teixeira (2018) adverte que a abordagem do uso prejudicial de álcool e outras drogas exige, no cuidado, tanto como no tratamento e na prevenção, ações em diferentes âmbitos ou setores, cujo alcance extrapole os aspectos biológicos, privilegie o desenvolvimento socioemocional das pessoas, assim como a promoção dos direitos humanos e uma atitude acolhedora e cidadã aos indivíduos, familiares e comunidades. Paralelamente, Carvalho e Dimenstein (2017) destacam a potência intrínseca às iniciativas de RD, no sentido do resgate da dimensão de liberdade em um campo historicamente marcado pela imposição moral e pelo controle dos comportamentos dos usuários, por meio da abstinência de substâncias psicoativas. Nada obstante, os autores também reconhecem que o preconceito moral e a resistência dos

profissionais de saúde em trabalhar com a RD constitui um obstáculo para sua implementação.

Portanto, como atestam Lemke e Silva (2011) é factível reverberar a itinerância, que produz uma ética de cuidado a favor da potência política do movimento, que não se restringe à extensão da cobertura da atenção, mas amplia a possibilidade de produzir mudanças nas práticas do cuidado, transformando o território dos usuários num laboratório de invenção de vida. Nessa direção, Barros (2021) sugere o cuidado emancipador, que possibilita ao processo de saúde-doença-cuidado a aplicação de estratégias e intervenções que provoquem mais autonomia e menos heteronomia. Dessarte, o cuidado emancipador hibridiza um conjunto de saberes e configura um conhecimento tácito-técnico, socializador-reificador, sem que haja sobreposição de um conhecimento sobre o outro. Nele, se desenvolve uma competência de saber-fazer e saber-por que-fazer que implica não somente a submissão às regras, mas a influência na mudança nas regras e na tradição. Representa, pois, um “recurso ponte” de linguagem e perspectiva, para auxiliar no rompimento de dificuldades nas tentativas de construções intersetoriais e interdisciplinares do campo da saúde.

Deveras, uma vez que é inviável pensar em práticas de cuidado a pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas a partir de indicações assistenciais generalizadas, não singularizadas, cujos elementos psicossociais e culturais são desprezados em relação àqueles biomédicos, Amaral e Torossian (2018) sugerem que o caminho a ser seguido, para resgatar a potência da vida, necessita articular as inventividade nas relações entre as especificidades e a farmacodinâmica das substâncias psicoativas, tanto quanto as singularidades do sujeito e os condicionantes do contexto. Isto posto, é indispensável colocar em agenciamento o contexto social, econômico, político e de subjetivação dos indivíduos, porque é no movimento da subjetividade que se delinham as linhas plausíveis de reconexão com as pessoas, cuja liberdade está violada pela conjuntura estigmatizante de “não ter escolha”.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A contemplação dos itinerários terapêuticos agenciados por pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, no município de Teresina, Piauí, oportunizou a compreensão dos sentidos imanentes e das vivências dos indivíduos em relação às substâncias psicoativas, evidenciando as idiosincrasias que lhe são conexas. Nessa lógica, constatou-se que o uso de drogas repercute em perdas diversas, sobretudo nas relações familiares, seguidamente às dimensões relativas a moradia, trabalho, amigos e dignidade; indicando em sentido metafórico a destruição. Como efeito, emerge o sentimento de fracasso, em virtude do insucesso nos relacionamentos interpessoais e nos projetos de vida previamente estabelecidos; e no tocante à compreensão dos processos de recaída enquanto falhas, que impelem a pessoa à busca por ajuda especializada. Imbrica-se a essas nuances o sofrimento deflagrado em decorrência das tentativas malogradas de interrupção do uso de drogas e de manutenção da abstinência total, juntamente ao sentimento de culpa, impregnado da correlação simbólica que vincula o uso de drogas às acepções de pecado e castigo.

Por consequência, o sofrimento reverbera na perda do sentido da vida, irrompendo na manifestação do comportamento suicida; ou, impele ao movimento de ressignificação de sentidos, por intermédio do florescimento da resiliência - com conotação de resistência, recuperação, re-existência – como fator protetor que é potencializado pelo suporte social recebido pelo indivíduo, e que se articula positivamente com as estratégias de *coping* e de auto-regulação dos comportamentos de uso prejudicial de álcool e outras drogas. A resiliência, então, vivifica a esperança-equilibrada, como uma força motriz que direciona o indivíduo ao enfrentamento das situações antagônicas e reversas com as quais se depara na travessia pessoal.

Especificamente ao processo de recaída, identificou-se que o prazer imanente à experiência do uso prejudicial de álcool e outras drogas impele a pessoa à busca recorrente do consumo da(s) substâncias; também, observou-se que a tonalidade da (des)motivação, tal qual os eventos estressores e as situações adversas (sobretudo, de caráter familiar), eliciam emoções negativas que concorrem como fatores de risco para a emergência de episódios de recaídas.

Diante da evidência dessa trama emaranhada de sentidos e vivências, Lima *et al.* (2018) pregam como decisivo o avanço na compreensão do uso prejudicial de álcool e outras drogas, para além da condição de dependência; em que abarque os significados de uso e estime as pessoas como seres de vivências singulares, relacionando a experiência subjetiva de consumo com a história de vida pessoal. Para tanto, torna-se mandatório que o ponto de partida da compreensão seja a voz do próprio indivíduo, pois é ele quem vivencia no seu cotidiano o

sofrimento psíquico e a rotulagem de dependente químico marginal ou anormal. Genuinamente, há carência de um olhar mais atento à subjetividade, a fim de que se possa promover o atendimento às reais demandas advindas e proporcione às pessoas maior liberdade para agirem como copartícipes dos seus processos de cuidado.

Ante o exposto, e, considerando-se os objetivos que foram os fios condutores deste estudo, atestou-se que a produção do cuidado na RAPS a pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas urge uma interpretação caleidoscópica, holística, de tal maneira que extrapole a apreensão das especificidades e da farmacodinâmica inerentes às substâncias, abarque as nuances respectivas aos sentidos e às vivências dos indivíduos e valorize a magnitude dos movimentos empreendidos por estes atores na tessitura dos seus itinerários terapêuticos.

Desse modo, os projetos de vida, que vivificam e encorajam as pessoas, são componentes insubstituíveis no agenciamento dos itinerários terapêuticos, convergindo com os pilares da PNH. Igualmente, o apoio por parte dos familiares coopera no engendramento de processos de busca e produção do cuidado; enquanto a fragilidade ou a inexistência do apoio familiar concorre negativamente com iniciativas de busca por cuidado.

A fé, por meio do CRE, foi enaltecida como recurso potente, que propicia alívio, ressignificação dos sentidos subjacentes ao sofrimento e ao vazio existencial; ao mesmo tempo que vivifica, encoraja, inspira como um sustentáculo da vida e dos projetos de vida; exortando à resiliência, à perseverança e à esperança-equilibrada, nos movimentos de agenciamento de itinerários terapêuticos, em favor da busca e da produção do cuidado.

Adicionalmente, revelou-se o estigma sofrido por pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas, nas tentativas tracejadas de busca por cuidado na RAPS. Assim, evidenciou-se experiências dramáticas, perversas e excludentes, marcadas por constrangimento, hostilidade, frieza, indiferença, preconceito, protagonizadas por profissionais de saúde; desferidas, sobretudo, em relação a pessoas em situação de rua; impulsionando auto-estigma, invisibilidade, despersonalização, coisificação, anulação da identidade das pessoas; contribuindo para que os indivíduos se sentissem “um lixo”. Além de se superpor às barreiras de acesso aos pontos de atenção da RAPS.

Relativamente às barreiras de acesso enfrentadas por pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, comprovou-se que o acesso aos pontos de atenção da RAPS de Teresina é comumente atravessado por barreiras externas relativas à distância geográfica e à precária condição financeira do usuário para subsidiar o deslocamento, demarcando entraves peremptórios à possibilidade de dar início e continuidade ao cuidado. Outra dimensão apontada foi a burocracia e o acolhimento deficitário, que colaboram para a deflagração do auto-estigma,

para a desistência da continuidade do cuidado; correlacionando-se a recaídas.

Em que pese a existência de serviços de base territorial e comunitária para tratativa de demandas associadas ao uso prejudicial de álcool e outras drogas na RAPS de Teresina, esses pontos de atenção se contrapõem com serviços condicionados no modelo hegemônico proibicionista, asilar e manicomial. Nessa perspectiva, vozes insurgentes de entrevistados descortinaram nuances específicas relacionadas ao modelo asilar/manicomial, convergentes com os preceitos do biopoder, da necropolítica e do neoliberalismo, com os quais frequentemente se deparam nos itinerários terapêuticos. Dessarte, os hospitais psiquiátricos, juntamente com as CT, ostentam localmente características de instituições totais, abalizadas em práticas vexatórias, de violação dos direitos humanos.

Na cadência laboral no olho do furacão antimanicomial, legitimou-se que as tecnologias leves sinalizam estratégias potentes ante o panorama de fragilidades que foram descortinadas em uma RAPS híbrida, fragmentada, heterogênea, na qual preponderam altas taxas de recidiva, sobrepostas às lacunas na assistência e às fragilidades na coordenação. Nesse seguimento, se harmonizam: o acolhimento; o apoio; o vínculo; a empatia. Outrossim, se exalta a amorosidade, como atributo aproximativo, compreensivo, entrelaçada na micropolítica do trabalho vivo, consubstanciada à ética antimanicomial em ato, que verte exuberância e vivacidade aos encontros tecidos entre profissionais de saúde e usuários. Logo, a valorização das tecnologias leves estão em consonância com a égide da integralidade, da humanização e da RD.

Ciente da multiplicidade de elementos intrínsecos, copartícipes, mutuamente influentes, adversos e paradoxais que coocorrem no âmago do engendramento dos encontros firmados na RAPS, a pesquisa ensejou identificar que o cuidado a pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas deve assumir feito ético-estético-político-crítico-emancipatório; ao passo que deve estar comprometido com os ideais da autonomia, do protagonismo, empoderamento, da resistência e (re)existência, da liberdade, da emancipação e do fomento da esperança-equilibrista.

Admite-se, então, que a experiência subjetiva de agenciamento de itinerários terapêuticos por pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas é atravessada por tensionamentos persistentes, de cadências hesitantes e melindrosas; pelo transitar na corda bamba da vida, tendo a esperança-equilibrista como impulso, que pode ser aquecida e potencializada pelos profissionais de saúde e pelo apoio familiar. Daí, o axiomático poder intrínseco à voz insurgente dos indivíduos, no extravasamento de subsídios para a tessitura e reinvenção do cuidado continuado em rede.

O panorama desvelado ratifica o ponto de vista de Santos e Costa (2016), que defendem

como imprescindível validar a visão de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, em vistas do empreendimento de processos de desalienação subjetiva e coletiva, ante a dureza dos métodos de normatização implícitos nas intervenções de saúde voltadas a esse público. Paralelamente, segundo Inoue et al. (2019), reivindica a ressignificação dos sentidos da operacionalização do cuidado, de maneira que alcance a acepção holística, humana, integral, acolhedora. Para Claudia Silva (2014), exige clínica que amplie a mirada que excede a dimensão química, que olhe para a história da pessoa (e da sociedade), para a geografia, até mesmo afetiva dos usos; que alargue possibilidades de intervenção em acordo com a RD, no que ela acumula como ética do cuidado.

Para mais, entre retrocessos e desafios em tempos de crise política, expansão de medidas arbitrárias favoráveis ao desmonte dos avanços alcançados pela reforma psiquiátrica, além do deplorável crescimento do autoritarismo e do tensionamento das relações entre ciência e Estado, ostentados pelo atual e inepto desgoverno federal, a luta no campo da saúde mental no Brasil não pode ser descolada de um campo maior de luta social, exigindo o fortalecimento da luta antimanicomial em ato, como ética do agir. Notadamente a essa tônica, Degenhardt et al. (2019) conclamam que as políticas e as ações exigem ser alicerçadas mais na ciência e menos em julgamentos morais para conseguir dar conta do enfrentamento dos desafios crescentes que o uso de drogas representa para a saúde global futura.

Indubitavelmente, o tema das drogas está na margem do SUS, como protesta Souza (2018). E, ao olhar o SUS a partir da vasta contextura das drogas, capta-se que existem muitas brechas no próprio sistema, por meio das quais é possível empreender movimentos de poder que contrariam seus próprios princípios. Logo, Pinheiro e Torrente (2020) assinalam que há a necessidade do investimento em futuras pesquisas com maior número de usuários e em outras partes do Brasil, de modo a aprofundar o conhecimento sobre a função dos serviços abertos e fechados integrantes da RAPS, assim como sobre a disseminação e o financiamento crescentes das CT no país e acerca de seus respectivos efeitos no processo de desinstitucionalização de pessoas que usam álcool e outras drogas.

Enfim, na encruzilhada da tessitura dos itinerários terapêuticos agenciados por pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, em busca por cuidado na RAPS, coexistem consensos, dissensos, paradoxos, percalços e barreiras, estremecidos pela corda bamba da vida. Portanto, o cuidado urge adquirir feições de uma postura uma postura ética-estética-crítica-política-emancipatória, que valorize, de fato e em ato, o indivíduo como protagonista, cidadão, detentor de voz e vez. Sincronicamente, o cuidado deve pulsar amorosidade, encorajar no sentido da reinvenção de si (profissional), do outro (usuário dos serviços de saúde mental), do

encontro com sentido terapêutico (lócus da produção do cuidado), em vista da redução de danos. Exige, pois, o fortalecimento da esperança-equilibrada; o reconhecimento e a validação do sofrimento psíquico enquanto totalidade; a reverberação da itinerância, em vista da produção de uma ética de cuidado, em favor da potência política do movimento, da invenção, da florescência e do fortalecimento da defesa da vida.

REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, Ana Lúcia *et al.* O pesquisador IN-MUNDO e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde (a título de fechamento, depois de tudo que escrevemos. In: GOMES, Maria Paula Cerqueira; MERHY, Emerson Elias (Orgs). **Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental.** Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. p.155-170.
- ABREU, Cristiano Nabuco de. *et al.* **Síndromes Psiquiátricas: Diagnóstico e Entrevista para Profissionais de Saúde Mental.** Porto Alegre: Artmed, 2006.
- ALARCON, Sergio. O uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas. In: JORGE, Marco Aurélio Soares; CARVALHO, Maria Cecília de Araujo; SILVA, Paulo Roberto Fagundes da. (Orgs.) **Políticas e Cuidado em Saúde Mental: contribuições para a prática profissional.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2014. p.201-228.
- ALARCON, Sergio; BELMONTE, Pilar Rodriguez; JORGE, Marco Aurélio Soares. O Campo de Atenção ao Dependente Químico. In: ALARCON, Sergio; JORGE, Marco Aurélio Soares. (Orgs.). **Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p.63-81. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/8q677/pdf/alarcon-9788575415399.pdf#page=63> Acesso em 22 jun. 2021.
- ALBUQUERQUE, Caroline de Souza; NOBREGA, Maria do Perpétuo Socorro Sousa. Barreiras e facilidades encontradas por mulheres usuárias de substâncias psicoativas na busca por tratamento especializado. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 22-29, mar. 2016. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762016000100004&lng=pt&nrm=iso Acesso em 28 abr. 2019.
- ALI, Mir M.; TEICH, Judith L.; MUTTER, Ryan. Reasons for not seeking substance use disorder treatment: variations by health insurance coverage. **The Journal of Behavioral Health Services & Research.** January 2017, v.44, n.1, pp 63–74. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11414-016-9538-3> Acesso em 05 mar. 2019.
- ALIM, Tanja N. *et al.* Resilience to meet the challenge of addiction: psychobiology and clinical considerations. **Alcohol research: current reviews**, v.34, n.4, p.506-515, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3860393/> Acesso em 01 fev. 2021.
- ALMEIDA, Simone Alves de; MERHY, Emerson Elias. Micropolítica do trabalho vivo em saúde mental: composição por uma ética antimanicomial em ato. **Rev. psicol. polít.**, São Paulo, v. 20, n. 47, p. 65-75, abr. 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2020000100006&lng=pt&nrm=iso Acesso em 20 jun. 2021.
- ALVAREZ, Simone Quadros; GOMES, Giovana Calcagno; XAVIER, Daiani Modernel. Causas da dependência química e suas consequências para o usuário e a família. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, [S.l.], v. 8, n. 3, p. 641-648, jan. 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/9720> Acesso em: 11 abr. 2021.

ALVES, Paulo César B.; SOUZA, Iara Maria A. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: Rabelo MC, Alves PCB, Souza IMA, organizadores. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999. p. 125-138.

AMARAL, Belchior Puziol; TOROSSIAN, Sandra Djambolakdjian. Drogas, o que são? Por que usamos? Por que devemos repensá-las? In: ALEXANDER, Bruce; MERHY, Emerson Elias; SILVEIRA, Paulo (Orgs.) **Criminalização ou acolhimento?** Políticas e práticas de cuidado a pessoas que também fazem o uso de drogas. 1.ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2018. p.113-130.

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

AMORIM, Filipi Vieira; CALLONI, Humberto. Sobre o conceito de amorosidade em Paulo Freire. **CONJECTURA: filosofia e educação**, v. 22, n. 2, p. 380-392, 2017. Disponível em: <http://www.ucs.br/etc/revistas/index.php/conjectura/article/view/4807> Acesso em 10 jun. 2021.

ANDRADE, Eliane Oliveira de; GIVIGI, Luiz Renato Paquiela; ABRAHÃO, Ana Lúcia. A ética do cuidado de si como criação de possíveis no trabalho em Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.22, n. 64, p.67-76, Mar. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000100067&lng=en&nrm=iso Acesso em 03 Mar. 2019.

ARAÚJO, Joyce Brito; SÁ, Marilene de Castilho. Cenários de restrição e formas de (r)existência no campo da saúde mental: um relato de experiência. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, v. 10, n. 1, p. 141-157, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpds.v10i1.3303> Acesso em 20 jul. 2021.

ARAÚJO, Lília Oliveira de. A atenção aos usuários de álcool e outras drogas na rede básica de saúde: considerações acerca do acesso. In: TAVARES, Luiz Alberto, NUÑEZ, Maria Eugênia; COUTINHO, Mônica. (Orgs.) **A atenção integral ao consumo e aos consumidores de psicoativos: conexões interdisciplinares**. Salvador: EDUFBA: CETAD, 2018. p.207-235.

ARAUJO, Raflésia Rodrigues; COSTA, Raul Max Lucas da. Subjetividade e política sobre drogas: considerações psicanalíticas. **Rev. Epos**, Rio de Janeiro, v.3, n.1, jun. 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-700X2012000100008&lng=pt&nrm=iso Acesso em 20 jan. 2021.

ASSIS, Marluce Maria Araújo; JESUS, Washington Luiz Abreu de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100002> Acesso em 04 jun. 2021.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro, CEPESC: UERJ/IMS: ABRASCO, 2009.

BARBOSA, Valquiria Farias Bezerra *et al.* O cuidado em saúde mental no Brasil: uma leitura

a partir dos dispositivos de biopoder e biopolítica. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n.108, p. 178-189, mar. 2016. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000100178&lng=pt&nrm=iso Acesso em 24 abr. 2021.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. 3ª Reimpressão da 1. ed. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARROS, Nelson. Cuidado emancipador. **Saúde e Sociedade**, v. 30, n.1, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200380> Acesso em 10 jul. 2021.

BASTOS, Francisco Inácio. Política de drogas na segunda década do novo milênio. **Argumentum**, Vitória (ES), v. 7, n.1, p. 8-16, jan./jun. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18315/argumentum.v7i1.9873> Acesso em 03 mar. 2019.

BASTOS, Francisco I.; SCHENKER, Miriam. Abuso e dependência de drogas na perspectiva da saúde pública. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.4, jan. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000100004&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 01 nov. 2018.

BASAGLIA, Franca Ongaro. Saúde/doença. In: AMARANTE, Paulo; CRUZ, Leandra Brasil da. (orgs.) **Saúde mental, formação e crítica**. 2.ed. Rio de Janeiro: Laps, 2015. p.17-36.

BAUER, Martin W.; Gaskell, George. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. 7. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

BELLATO, Roseney; ARAUJO, Laura Filomena Santos de; CASTRO, Phaedra. O itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; SILVA JUNIOR, Aluisio Gomes da.; MATTOS, Ruben Araujo de. (Orgs). **Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde / Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO**, 2008. p. 167-185.

BELOTTI, Meyrielle; FRAGA, Higor Lucio; BELOTTI, Lorryne. Família e atenção psicossocial: o cuidado à pessoa que faz uso abusivo de álcool e outras drogas. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 25, n. 3, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAR0988> Acesso em 23 mai. 2021.

BERMUDEZ, Karina Moraes; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. “Um monte de buracos amarrados com barbantes”: o conceito de rede para os profissionais da saúde mental. **Saúde e Sociedade**, v. 26, p. 904-919, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170298> Acesso em 03 jun. 2021.

BERRIDGE, Bonita *et al.* Perceived Barriers and Enablers of Help-Seeking for Substance Use Problems During Adolescence. **Health promotion practice**. v.19, n.1, p.86-93, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29161886/> Acesso em 10 jan. 2019.

BERTOLOTE, José Manuel. Em busca de uma identidade para a reabilitação psicossocial. In: PITTA, Ana Maria Fernandes (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 155-158.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE (BVS). Integralidade em Saúde. In: **Descritores em Ciências da Saúde**: DeCS. ed. rev. e ampl. São Paulo: BIREME / OPAS / OMS, 2017.

Disponível em:

https://decs.bvsalud.org/ths/resource/?id=55475&filter=ths_exact_term&q=INTEGRALIDADE Acesso em 13 jun. 2021.

BOFF, Leonardo. **Saber Cuidar: Ética do humano, compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 2008.

BONET, Octavio. Itinerações e malhas para pensar os itinerários de cuidado. A propósito de Tim Ingold. **Sociol. Antropol.**, Rio de Janeiro, v.4, n. 2, p. 327-350, Dez. 2014. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-38752014000200327&lng=en&nrm=iso Acesso em 30 dez. 2020.

BORGES, José Manuel *et al.* Relações entre suporte social, autorregulação e consumo de outras substâncias em adultos portugueses. **Act.Psi**, v.30, n.121, p.67-75, dez. 2016.

Disponível em: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2215-35352016000200067&lng=en&nrm=iso Acesso em 01 fev. 2021.

BRANDÃO, Juliana Mendanha; MAHFOUD, Miguel; GIANORDOLI-NASCIMENTO, Ingrid Faria. A construção do conceito de resiliência em psicologia: discutindo as origens.

Paidéia (Ribeirão Preto) [online], v. 21, n. 49, p.263-271, 2011. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/S0103-863X2011000200014> Acesso em 01 jun. 2021.

_____. **Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002**. Institui a Política Nacional Antidrogas. Brasília, DF: Presidência da República, 2002a. Disponível em:

<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2002/decreto-4345-26-agosto-2002-451545-publicacaooriginal-1-pe.html> Acesso em 12 mar. 2019.

_____. **Decreto nº 6.117, de 22 de maio de 2007**. Aprova a Política Nacional sobre o Alcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2007. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6117.htm Acesso em 12 mar. 2019.

_____. **Decreto nº 7.179 de 20 de maio de 2010**. Institui o plano integrado de enfrentamento ao crack e outras drogas, cria o seu comitê gestor, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2010a. Disponível em:

<https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=DEC&numero=7179&ano=2010&ato=602ETRU5EMVpWT8d6#:~:text=INSTITUI%20O%20PLANO%20INTEGRADO%20DE,GESTOR%2C%20E%20D%C3%81%20OUTRAS%20PROVID%C3%8ANCIAAS>. Acesso em 12 mar. 2019.

_____. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2011a. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm Acesso 01 mai. 2021.

_____. **Decreto nº 7.637, de 8 de dezembro de 2011.** Altera o Decreto no 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. Brasília, DF: Presidência da República, 2011b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7637.htm Acesso em 12 mar. 2019.

_____. **Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019.** Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Brasília, DF: Presidência da República, 2019a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm Acesso em 28 abr. 2019.

_____. **Decreto nº 11.481, de 10 de fevereiro de 1915.** Promulga a Convenção Internacional do Opio e o respectivo Protocolo de Encerramento, assignados na Haya, a 23 de Janeiro de 1912. Rio de Janeiro, RJ: Presidência da República, 1915. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1910-1919/decreto-11481-10-fevereiro-1915-574770-publicacaooriginal-97865-pe.html> Acesso em 15 jul. 2021.

_____. Gabinete de Segurança Institucional. Conselho Nacional Antidrogas. **Resolução nº 3, de 27 de outubro de 2005.** Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Brasília, DF: Conselho Nacional Antidrogas, 2005. Disponível em: https://dspace.mj.gov.br/bitstream/1/1267/1/RES_CONAD_2005_3.pdf Acesso em 12 mar. 2019.

_____. **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. Brasília, DF: Presidência da República, 2001a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm Acesso em 10 jun. 2019.

_____. **Lei nº 10.409, de 11 de janeiro de 2002.** Dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica, assim elencados pelo Ministério da Saúde, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2002b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110409.htm Acesso em 10 jun. 2019.

_____. **Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006.** Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD); prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm Acesso em 12 mar. 2019.

_____. **Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009.** Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social; regula os procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social; altera a Lei no 8.742, de 7 de dezembro de 1993; revoga dispositivos das Leis nos 8.212, de 24 de julho de 1991, 9.429, de 26 de dezembro de 1996, 9.732, de 11 de dezembro de 1998, 10.684, de 30 de maio de 2003, e da Medida Provisória no 2.187-13, de 24 de agosto de 2001; e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2009a. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/112101.htm Acesso em 12 mar. 2019.

_____. **Lei nº 13.840, de 05 de junho de 2019.** Altera as Leis nos 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho de 1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997, os Decretos-Leis nos 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. Brasília, DF: Presidência da República, 2019b. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13840.htm Acesso em: 23 jul. 2021.

_____. **Lei nº 13.886, de 17 de outubro de 2019.** Altera as Leis nos 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 10.826, de 22 de dezembro de 2003, 11.343, de 23 de agosto de 2006, 9.503, de 23 de setembro de 1997 (Código de Trânsito Brasileiro), 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e 13.756, de 12 de dezembro de 2018, para acelerar a destinação de bens apreendidos ou sequestrados que tenham vinculação com o tráfico ilícito de drogas. Brasília, DF: Presidência da República, 2019c. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13886.htm Acesso em: 23 jul. 2021.

_____. **Medida Provisória nº 2.216-37, de 31 de agosto de 2001.** Altera dispositivos da Lei no 9.649, de 27 de maio de 1998, que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2001b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/mpv/2216-37.htm Acesso em 10 jul. 2021.

_____. Ministério da Justiça. Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. **Resolução nº 1, de 19 de agosto de 2015.** Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas Sisnad, as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas. Brasília, DF: Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas, 2015a. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/32425953/do1-2015-08-28-resolucao-n-1-de-19-de-agosto-de-2015-32425806 Acesso em 10 jul. 2021.

_____. Ministério da Justiça. **Resolução nº 1, de 9 de março de 2018.** Define as diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da PNAD - Política Nacional sobre Drogas, aprovada pelo Decreto 4.345, de 26 de agosto de 2002. Brasília, DF: Ministério da Justiça, 2018a. Disponível em: https://dspace.mj.gov.br/bitstream/1/2972/1/RES_GM_2018_1.pdf Acesso em: 18 jul. 2021.

_____. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Portaria nº 1, de 10 de janeiro de 2020.** Regulamenta o art. 63-D da Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, dispondo sobre a incorporação e a doação de bens do Fundo Nacional Antidrogas, e dispõe sobre a indicação para uso provisório no curso de processo judicial e sobre os casos de destruição e de inutilização de bens objetos de apreensão e perdimento em favor da União. Brasília, DF:

Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2020. Disponível em:

<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1-de-10-de-janeiro-de-2020-237871602>

Acesso em: 18 jul. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf Acesso em 10 mai. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017**. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Brasília, DF: Comissão Intergestores Tripartite, 2017a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0032_22_12_2017.html Acesso em: 21 ago. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Nota técnica nº 11, de 4 de fevereiro de 2019**. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019d. Disponível em: <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf> Acesso em: 21 jul. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 122, de 25 de Janeiro de 2011**. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011c. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html Acesso em 26 abr. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012**. Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html Acesso em 12 mar. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 816, de 30 de abril de 2002**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, a ser desenvolvido de forma articulada pelo Ministério de Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e municípios. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002c. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0816_30_04_2002.html Acesso em 10 jul. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 817, de 30 de abril de 2002**. Inclui na Tabela de Procedimentos SIH-SUS os procedimentos referentes à internação por uso prejudicial de álcool e drogas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002d. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_817.pdf Acesso em 10 jul. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 834, de 26 de abril de 2016**. Redefine os procedimentos relativos à certificação das entidades beneficentes de assistência social na área

de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016a. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0834_26_04_2016.html Acesso em 10 jul. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº1.190, de 4 de junho de 2009.** Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009b. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.html Acesso em 12 mar. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.482, de 25 de outubro de 2016.** Inclui na Tabela de Tipos de Estabelecimentos de Saúde do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES o tipo 83 - Polo de Prevenção de Doenças e Agravos de Promoção da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016b. Disponível em:

https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/24485085/do1-2016-10-27-portaria-n-1-482-de-25-de-outubro-de-2016-24485014 Acesso em: 18 jun. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.197, de 14 de outubro de 2004.** Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2197_14_10_2004.html Acesso em 20 jul. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011d.

Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html Acesso em 20 jun. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013.** Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS (PNEPS-SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html Acesso em 20 jun. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.800, de 29 de outubro de 2019.** Publica a Desabilitação da Unidade de Acolhimento Infantil - UAI, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, no Município de Teresina (PI), por solicitação do Gestor. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019e. Disponível em:

<https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=30/10/2019&jornal=515&pagina=67&totalArquivos=172> Acesso em 10 jun. 2019.

_____. 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. 2011. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011e. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html Acesso em 03 fev. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/images/portarias/dezembro2017/dia22/portaria3588.pdf> Acesso em 13 mar. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.659, de 14 de novembro de 2018**. Suspende o repasse do recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento (UA) e de Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018b. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=16/11/2018&jornal=515&pagina=87> Acesso em 13 mar. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados – 12**, Ano 10, nº 12, outubro de 2015. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. Disponível em: http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf Acesso em 10 fev. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas**: Guia AD. Brasília: Ministério da Saúde, 2015c. disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/15/Guia-Estrat--gico-para-o-Cuidado-de-Pessoas-com-Necessidades-Relacionadas-ao-Consumo-de---lcool-e-Outras-Drogas--Guia-AD-.pdf> Acesso em 09 out. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: o cuidado da pessoa tabagista. Brasília: Ministério da Saúde, 2015d. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_40.pdf Acesso em 02 ago. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf Acesso em 10 jun. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009c. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf Acesso em 20 jun. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa Departamento de Apoio a Gestão Participativa. **Política Nacional de Educação Popular em Saúde**. Série B. Textos Básicos de 111 Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: [https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2015/junho/03/3.b\)%20Pol%C3%ADtica%20Final_21.05.2013.pdf](https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2015/junho/03/3.b)%20Pol%C3%ADtica%20Final_21.05.2013.pdf) Acesso em 20 jun. 2021.

_____. Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas. **Portaria nº 10, de 28 de fevereiro de 2014**. Acrescenta modelo de relatório de fiscalização de comunidades terapêuticas como anexo à Portaria nº 70, de 18 de outubro de 2013. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas, 2014. Disponível em: https://dspace.mj.gov.br/bitstream/1/2335/1/PRT_SENAD_2014_10.pdf Acesso em 20 jun. 2019.

BRESOLIN, Keberson. Autonomia versus heteronomia: o princípio da moral em Kant e Levinas. **CONJECTURA: filosofia e educação**, v. 18, n. 3, p. 166-183, 2013. Disponível em: <http://ucs.br/etc/revistas/index.php/conjectura/article/view/2211> Acesso em 10 jul. 2021.

CABRAL, Ana Lucia Lobo Vianna *et al.* Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4433-4442, nov. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001200016&lng=en&nrm=iso Acesso em: 13 ago. 2018.

CÂMARA, Gabriel. O papel da droga para o sujeito no mal-estar da civilização atual. **Cogito**, Salvador, v. 13, p. 53-57, nov. 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-94792012000100008&lng=pt&nrm=iso Acesso em 21 jan. 2021.

CAMARGO, Maria Eduarda Brito; SINIBALDI, Barbara. Redução de danos: uma práxis produtora de desestigmatização. **ECOS – Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, v.9, n.2, p.257-269, 2019. Disponível em: <http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/2858> Acesso em: 08 jan. 2021.

CAMARGO, Paola de Oliveira *et al.* O enfrentamento do estigma vivido por mulheres/mães usuárias de crack*. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 196-202, dez. 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762018000400002&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 08 jan. 2021.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. A constituição do sujeito a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

CANTÃO, Luiza; BOTTI, Nadja Cristiane Lappann. Representação social do suicídio para pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas. **Avances en Enfermería, [S. l.]**, v. 35, n. 2, p. 146-156, 2017. Disponível em: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/61014> Acesso em: 23 mai. 2021.

CARDOSO, Francisca Maria Carvalho. **Regionalização da política de saúde mental no**

Piauí: desafios na atenção psicossocial. 2016. 174f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas). Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2016.

CARDOSO, Márcia Roberta de Oliveira; OLIVEIRA, Paulo de Tarso Ribeiro de; PIANI, Pedro Paulo Freire. Práticas de cuidado em saúde mental na voz dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial do estado do Pará. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v.40, n.109, p.86-99, jun. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000200086&lng=en&nrm=iso Acesso em: 09 mar. 2021.

CARNEIRO, Henrique Soares. Autonomia ou heteronomia nos estados alterados de consciência. In: LABATE, Beatriz Caiuby et al. (Org.). **Drogas e cultura:** novas perspectivas, Salvador: EDUFBA, 2008. p. 65-90.

CARNUT, Leonardo. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1177-1186, Dez. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000401177&lng=en&nrm=iso Acesso em 02 Mar. 2019.

CARVALHO, Bruno; DIMENSTEIN, Magda. Análise do discurso sobre redução de danos num CAPSad III e em uma comunidade terapêutica. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v.25, n.2, p. 647-660, jun. 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2017000200013&lng=pt&nrm=iso Acesso em 15 jul 2021.

CARVALHO, Francielle Fátima de; DEUSDEDIT JÚNIOR, Manoel. Breves considerações sobre sentido da vida e suicídio: reflexões à luz da psicologia fenomenológica-existencial. **Revista Criminalística e Medicina Legal**. v.1, n.2 ,2017, p.20-26. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/acolha-a-vida/bibliografia/sentidodavidaesuicidio.pdf> Acesso em 25 abr. 2021.

CARVALHO, Maria de Fátima Alves Aguiar *et al.* Desarticulação da rede psicossocial comprometendo a integralidade do cuidado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016040703295> Acesso em 13 jun. 2021.

CASSOL, Paulo Barrozo *et al.* Tratamento em um grupo operativo em saúde: percepção dos usuários de álcool e outras drogas. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.33, n.1, p.132-138, Mar. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000100018&lng=en&nrm=iso Acesso em: 14 mar. 2021.

CYRULNIK, Boris. **Les vilains petits canards**. Paris: Odile Jacob, 2001.

CONTATORE, Octávio Augusto; MALFITANO, Ana Paula Serrata; BARROS, Nelson Filice de. Os cuidados em saúde: ontologia, hermenêutica e teleologia. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 21, n. 62, p. 553-563, set. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000300553&lng=pt&nrm=iso Acesso em 09 mai. 2021.

COORDENADORIA DE ENFRENTAMENTO AS DROGAS (CENDROGAS). **A Rede**. Teresina: CENDROGAS, 2015. Disponível em: http://www.cendrogas.pi.gov.br/a_rede.php Acesso em 07 dez. 2020.

COSTA-ROSA, Abilio da. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, Paulo (Org.) **Ensaio**: subjetividade, saúde mental, sociedade [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. p. 141-168. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/htjgj/pdf/amarante-9788575413197-09.pdf> Acesso em 15 ago. 2021.

_____. **Saúde mental comunitária**: análise dialética de um movimento alternativo. São Paulo, 1987. 546p. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1987.

CLEVERLEY, Kristin; GRENVILLE; Meaghan; HENDERSON, Joanna. Youths perceived parental influence on substance use changes and motivation to seek treatment. **The Journal of Behavioral Health Services & Research**. out, v.45, n.4, p.640–650, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11414-018-9590-2> Acesso em 05 mar. 2019.

CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO (CNMP). **Guia de Atuação Ministerial**: defesa dos direitos das pessoas em situação de rua. Brasília: CNMP, 2015.

CORTES, L. *et al.* Atenção a usuários de álcool e outras drogas e os limites da composição de redes. **Revista Eletrônica De Enfermagem**, v.16, n.1, p.84-92. jan/mar. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v16i1.20279>. Acesso em 25 abr. 2019.

COSTA, Pedro Henrique Antunes da *et al.* Desatando a trama das redes assistenciais sobre drogas: uma revisão narrativa da literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 395-406, fev. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000200395&lng=en&nrm=iso Acesso em: 03 Mar. 2019.

COSTA, Pedro Henrique Antunes da *et al.* Tecnologias de acesso livre para georreferenciamento e análise de sistemas e redes de atenção aos usuários de drogas. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, [S.l.], v. 11, n. 4, dec. 2017. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1279> Acesso em: 31 mar. 2019.

COSTA, Pedro Henrique Antunes da; RONZANI, Telmo Mota; COLUGNATI, Fernando Antonio Basile. “No papel é bonito, mas na prática...” Análise sobre a rede de atenção aos usuários de drogas nas políticas e instrumentos normativos da área. **Saude soc.**, São Paulo, v. 26, n.3, p.738-750, set. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902017000300738&lng=en&nrm=iso Acesso em 03 Mar. 2019.

CRUZ, Bárbara Lais da; SIMIONI, Patricia Ucelli; CARMO, Thais Adriana do. Qualidade de vida entre consumidores de substâncias psicoativas: avaliação do instrumento Medical Outcomes Study Short Form 36. **SMAD**, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.), Ribeirão Preto, v.15, n.3, p.1-9, set. 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762019000300003&lng=pt&nrm=iso Acesso em 20 jan. 2021.

DA SILVA, Meire Luci; GUIMARÃES, Camila Ferreira; SALLES, Daiane Bernardoni. Risk and protective factors to prevent relapses of psychoactive substances users. *Rev Rene*, v. 15, n. 6, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2014000600014> Acesso em 02 mai. 2021.

DALGALARRONDO, Paulo. **Religião, psicopatologia e saúde mental**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DALMOLIN, Bernadete Maria. **Esperança Equilibrista**. Cartografias de sujeitos em sofrimento psíquico. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

DE MOURA, Viviane Guedes Gonçalves *et al.* Participação familiar: um estudo realizado no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps ad) em Campina Grande/PB. **XVI Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e XII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba**. 2012. Disponível em: http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2012/anais/arquivos/0162_0090_02.pdf Acesso em 24 mai. 2021.

DE OLIVEIRA, Ana Livia Castelo Branco *et al.* Espiritualidade e religiosidade no contexto do uso abusivo de drogas. *Rev Rene*, v. 18, n. 2, p. 283-290, 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/3240/324051258019/324051258019.pdf> Acesso em 10 jul. 2021.

DEGENHARDT, Louisa et al. Strategies to reduce drug-related harm: responding to the evidence base. *The Lancet*. v.394, p.1490-1493, october 26, 2019. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32232-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32232-9) Acesso em 14 mar. 2021.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Rio de Janeiro: Editora 34, 2011.

DELEUZE, Gilles; PARNET, Claire. **Diálogos**. São Paulo: Escuta, 1998.

DEMETRIO, Fran; SANTANA, Elvira Rodrigues de; PEREIRA-SANTOS, Marcos. O Itinerário Terapêutico no Brasil: revisão sistemática e metassíntese a partir das concepções negativa e positiva de saúde. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. spe7, p. 204-221, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019001200204&lng=en&nrm=iso Acesso em 29 dez. 2020.

DENZIN, Norman K; LINCOLN, Yvonna S. Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: DENZIN, Norman K; LINCOLN, Yvonna S. (Orgs.). **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 15-41.

DIAS, Ewerton Naves; PAIS-RIBEIRO, José Luís. O modelo de coping de Folkman e Lazarus: aspectos históricos e conceituais. *Rev. Psicol. Saúde*, Campo Grande, v.11, n.2, p.55-66, ago. 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2019000200005&lng=pt&nrm=iso Acesso em 30 abr. 2021.

DIAS, Rafael; MACERATA, Iacã. Experiência e cuidado: a experimentação como via de

composição entre Redução de Danos e Atenção Básica. In: Ramminger, Tatiana; Silva, Martinho. (Orgs.) **Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas**. 1.ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. p.149-163.

DINIZ, Adriane Pinto *et al.* Espiritualidade e Religiosidade como práticas de enfrentamento ao uso abusivo de drogas. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, v. 9, n. 1, p. 88-102, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpd.v9i1.2467> Acesso em 30 mai. 2021.

ECKHARDT, Natália Dos Santos; RAUPP, Luciane. Itinerários terapêuticos de usuários de drogas na região sul do Brasil. **Psicologia, Saúde e Doenças**, vl.18, n.1, p.263-277, 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36250481021> Acesso em 08 mar. 2021.

DUARTE, Milena Vitor Gama; BARROS, Gabriela da Silva; CABRAL, Barbara E. B.. Uso de drogas e cuidado ofertado na Raps: o que pensa quem usa? **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 127, p. 1151-1163, Dez. 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042020000401151&lng=en&nrm=iso Acesso em 18 Abr. 2021.

DURKHEIM, Émile. **O suicídio**: um estudo sociológico. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1982.

ESCOHOTADO, Antonio. **O livro das drogas**: usos e abusos, preconceitos e desafios. São Paulo: Dynamis Editorial, 1997.

FARIA, Maria Wilma S. de. A prática da supervisão nos serviços de saúde mental. In: RAMMINGER, Tatiana; SILVA, Martinho (orgs). **Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas**. 1.ed. – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.p.241-250.

FERNANDES, Raquel Helena Hernandez; VENTURA, Carla Aparecida Arena. O auto-estigma dos usuários de álcool e drogas ilícitas e os serviços de saúde: uma revisão integrativa da literatura. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v.14, n.3, p.177-184, 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762018000300008&lng=en&nrm=iso Acesso em 08 jan. 2021.

FERREIRA, Aline Cristina Zerwes et al. Determinantes intra e interpessoais da recaída de dependentes químicos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 18, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v18.34292> Acesso em 02 mai. 2021.

FERREIRA, Jaqueline Teresinha; ENGSTROM, Elyne Montenegro. Estigma, medo e perigo: representações sociais de usuários e/ou traficantes de drogas acometidos por tuberculose e profissionais de saúde na atenção básica. **Saúde e Sociedade**, v. 26, p. 1015-1025, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017155759> Acesso em 22 jun. 2021.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; BERTUSSI, Débora Cristina; MERHY, Emerson Elias (Orgs). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde**: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. v. 2.

FIOCRUZ. FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN. **Inovações e Desafios em Desinstitucionalização e Atenção Comunitária no Brasil**. Seminário Internacional de Saúde Mental: Documento Técnico Final. Organização Mundial de Saúde. Ministério da Saúde – 2015.

FOLKMAN, Susan; MOSKOWITZ, Judith Tedlie. “Coping: pitfalls and promise.” **Annual review of psychology**, v.55, p.745-774, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.55.090902.141456> Acesso em 30 abr. 2021.

FOSSI, Luciana Barcellos; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. Aspectos punitivos do tratamento nas comunidades terapêuticas: o uso de drogas como dano social. **Rev. Psicol. Saúde, Campo Grande**, v. 11, n. 1, p. 73-88, abr. 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2019000100006&lng=pt&nrm=iso Acesso em 06 jun. 2021.

FOUCAULT, Michel. **A Hermenêutica do Sujeito**. Tradução de Márcio Alves da Fonseca e Salma Tannus Muchail. 2.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

_____. **História da Sexualidade III: o cuidado de si**. Tradução de Maria Thereza Albuquerque e J. A. Albuquerque. 1.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014.

_____. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Tradução de Raquel Ramalhete. 41.ed. Imprensa: Petrópolis, Vozes, 2013.

FRANCO, Maria Laura Puglisi Barbosa. **Análise de conteúdo**. 2.ed. Brasília: Liber Livro Editora, 2005.

FRANCO, Tulio Batista; MERHY, Emerson Elias. O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. In: **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos** São Paulo: Hucitec; 2013. p. 151-171.

_____. MERHY, Emerson Elias. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. **Tempus: Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, p. 151-163, 2012. Disponível em: <http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1120/1034> Acesso em 01 mar. 2019.

_____. HUBNER, Luiz Carlos Moreira. Clínica, cuidado e subjetividade: afinal, de que cuidado estamos falando? **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v.43, n. spe6, p. 93-103, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019001100093&lng=en&nrm=iso Acesso em 23 mai. 2021.

FRANKL, Viktor Emil. **A vontade de sentido: fundamentos e aplicações da logoterapia**. São Paulo: Paulus, 2011.

_____. **Ante el vacío existencial**. Hacia una humanización de la psicoterapia. Tradução de Marciano Villanueva. 1.ed. Barcelona: Herder Editorial, 2003.

_____. **Logoterapia e Análise Existencial: texto de seis décadas**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2017.

_____. **Psicoterapia e sentido da vida: fundamentos da Logoterapia e análise existencial**.

São Paulo: Quadrante, 1989.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREITAS, Luciana Martins Frassetto de; SOUZA, Delma Perpétua Oliveira de. Prevalência do uso de drogas e relações familiares entre adolescentes escolares de Cuiabá, Mato Grosso: estudo transversal, 2015. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 29, n. 1, e2019118, mar. 2020. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742020000100023&lng=pt&nrm=iso Acesso em 29 maio 2021.

FREUD, Sigmund. Além do princípio de prazer. (1920) In: FREUD, Sigmund. **História de uma neurose infantil**: (“O homem dos lobos”): além do princípio do prazer e outros textos (1917-1920). Tradução de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. p. 161-239. (Obras completas, 14).

FRIEDRICH, Melina Adriana *et al.* Barreiras de acesso à saúde pelos usuários de drogas do consultório na rua. **J. nurs. health**. v.9, n.2, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/13443> Acesso em 08 jan. 2021.

FROTA, Geórgia Araújo Salviano *et al.* Experiência de usuários acerca do uso de drogas. **Rev. bras. promoç. saúde** (Impr.), v.31, n.3), jul./set., p.1-11, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5020/18061230.2018.7868> Acesso em 25 jan. 2021.

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TERESINA (FMS). **Histórico**. Teresina: FMS, 2015. Disponível em: <https://fms.pmt.pi.gov.br/historico> Acesso em: 06 dez. 2020.

_____. **Plano Municipal De Saúde (2018 – 2021)**. Teresina-PI. Novembro. 2017. Disponível em: <http://semplan.teresina.pi.gov.br/wp-content/uploads/sites/39/2018/05/PMS-2018-2021-Vers%C3%A3o-final.pdf> Acesso em 23 fev. 2019.

FURTADO, Juarez Pereira *et al.* A concepção de território na Saúde Mental. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n.9, e00059116, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000902001&lng=en&nrm=iso Acesso em 05 Mar. 2019.

FURTADO, Rafael Nogueira; CAMILO, Juliana Aparecida de Oliveira. O conceito de biopoder no pensamento de Michel Foucault. **Rev. Subj.**, Fortaleza, v. 16, n. 3, p. 34-44, dez. 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-07692016000300003&lng=pt&nrm=iso Acesso em 24 abr. 2021.

GABATZ, Ruth Irmgard Bartschi *et al.* Percepção do usuário sobre a droga em sua vida. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.17, n.3, p.520-525, ago. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000300520&lng=en&nrm=iso Acesso em 20 Jan. 2021.

GERHARDT, Tatiana Engel; BURILLE, Andreia; MÜLLER, Tatiana Leite. Estado da arte da produção científica sobre itinerários terapêuticos no contexto brasileiro. In: GERHARDT,

Tatiana Engel et al. (Orgs). **Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC / IMS/ UERJ – ABRASCO, 2016. p.27-97.

GEROMINI, Melicia Cardoso. **Contribuições da análise do comportamento para o estudo da drogadição no Brasil**. 2013. 67 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2013.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social** 7. ed. São Paulo: Atals, 2019.

GOFFMAN, Erving. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Tradução de Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes. 4.ed. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

_____. **Manicômios, Prisões e Conventos**. Tradução de Dante Moreira Leite. 7ª edição. São Paulo: Editora Perspectiva, 2001.

GOMES, Maria Paula Cerqueira *et al.* Demanda espontânea e fabricação de redes vivas: uma produção possível? In: MERHY, Emerson Elias [et. al.] (Orgs) **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. 1. ed. - Rio de Janeiro: Hexis, 2016. v.1. p.352-356.

GOMES, Maria Paula Cerqueira; MERHY, Émerson Elias. (Orgs.) **Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

GOMES, Rebeca Rodrigues *et al.* Motivações e expectativas na busca de tratamento para o uso abusivo e dependência de crack, álcool e outras drogas. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, [S. l.], v. 26, n. 3, p. 326-335, 2015. DOI: 10.11606/issn.2238-6149.v26i3p326-335. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/105050> Acesso em: 18 abr. 2021.

GOMES, Romeu. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 26. ed. Petrópolis: Vozes; 2007. p. 79-108.

GONÇALVES, Rejane Maria Dias de Abreu *et al.* Processo e resultado do cuidado em álcool e outras drogas **Rev. enferm. UFPE on line**. v.11, n.2 pp:523-533, fev. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11970/14515> Acesso em 02 mar. 2019.

GRELLA, Christine E.; STEIN, Judith A. Remission from substance dependence: Differences between individuals in a general population longitudinal survey who do and do not seek help. **Drug and Alcohol Dependence**. v.133, n.1, nov., p.146-153, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.05.019> Acesso em 06 mar. 2019.

GREENHALGH, Trisha. **Cultural contexts of health: the use of narrative research in the health sector**. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016.

GRÜN, Anselm. **Cuidar de Si e do outro**. Tradução de Vilmar Schneider. Petrópolis: Editora Vozes, 2019.

GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima et al. . Usuários do Hospital-Dia: uma discussão sobre performatividade em saúde e doença mental. **Rev. Mal-Estar Subj.**, Fortaleza , v. 8, n. 1, p. 119-137, mar. 2008 . Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482008000100007&lng=pt&nrm=iso Acesso em 20 ago. 2021.

GUIMARÃES, Thaís de Andrade Alves; ROSA, Lucia Cristina dos Santos. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. **O Social em Questão**. Ano XXII, n.44. mai a ago. 2019. p.111- 138. Disponível em: http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_44_art5.pdf Acesso em: 28 abr. 2019.

HAMMARLUND, Rebecca *et al.* Review of the effects of self-stigma and perceived social stigma on the treatment-seeking decisions of individuals with drug- and alcohol-use disorders. **Substance abuse and rehabilitation** v.9, p.115-136., nov. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/SAR.S183256> Acesso em 05 mar. 2019.

HARRIS, Kitty; SMOCK, Sara; WILKES, McKenzie Tabor. Relapse Resilience: A Process Model of Addiction and Recovery, **Journal of Family Psychotherapy**, v.22, n.3, p.265-274, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/08975353.2011.602622> Acesso em 02 fev. 2021.

HEIDEGGER, Martin. **Ser e tempo** (Parte I). 5.ed. São Paulo: Editora Vozes, 2005.

HYSHKA, Elaine; ANDERSON, Jalene Tayler; WILD, Cameron. Perceived unmet need and barriers to care amongst street-involved people who use illicit drugs. **Drug Alcohol Rev** v.36, n.3, May 2017. p. 295-304. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/dar.12427> Acesso em 28 abr. 2019.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. S. **Dicionário Houaiss de Língua Portuguesa**. Elaborado pelo Instituto Antônio Houaiss de Lexicografia e Banco de Dados da Língua Portuguesa S/C Ltda. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

HUNT, Neil *et al.* **Review of the evidence-base for harm reduction approaches to drug use**. 2003. Disponível em: http://antidrug.health.am/eng/lib_eng/HR_Hunt.pdf Acesso em 16 ago. 2021.

INOUE, Laryssa *et al.* Percepções de vida e perspectivas de futuro de usuários de drogas: compreender para cuidar. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 2, p. 52-59, abr. 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762019000200008&lng=pt&nrm=iso Acesso em 04 abr. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades@**. Teresina. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pi/teresina/panorama>. Acesso em 22 dez. 2020.

JESUS, Luciano Marques de. **Qual é o sentido?** reflexões sobre o sentido da vida a partir de Viktor Frankl. Porto Alegre : EDIPUCRS, 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/acolha-a-vida/bibliografia/sentidodavidaesuicidio.pdf> Acesso em 25 abr. 2021.

JORGE, Alzira de Oliveira; PONTES, Mônica Garcia; FERREIRA, Vinicius Lana. Encontros e desencontros na construção das redes. In: MERHY, Emerson Elias [et. al.] (Orgs) **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. 1. ed. - Rio de Janeiro: Hexis, 2016. v.1. p.282-287.

KULPA, Stefanie; TALLEMBERG, Claudia. E o louco, é de quem mesmo? In: MERHY, Emerson Elias [et. al.] (Orgs) **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. 1. ed. - Rio de Janeiro: Hexis, 2016. v.1. p.311-316.

KURTZ, Steven *et al.* Brief interventions for young adults who use drugs: The moderating effects of resilience and trauma. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v.101, p.18-24, June 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2019.03.009> Acesso em 27 jan. 2021.

LAZARUS, Richard; FOLKMAN, Susan. **Stress, appraisal, and coping**. New York: Springer, 1984.

LEMKE, Ruben Artur; SILVA, Rosane Azevedo Neves da. Um estudo sobre a itinerância como estratégia de cuidado no contexto das políticas públicas de saúde no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, p. 979-1004, 2011. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/physis/2011.v21n3/979-1004/pt> Acesso em 30 jun. 2021.

LERMEN, Helena Salgueiro; DARTORA, Tamires; CAPRA-RAMOS, Carine. Drogadição no cárcere: questões acerca de um projeto de desintoxicação de drogas para pessoas privadas de liberdade. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.539-559, ago. 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812014000200009&lng=pt&nrm=iso Acesso em 17 ago. 2021.

LIMA, Déborah Karollyne Ribeiro Ramos. **Entre fios e nós: uma análise da Rede de Atenção Psicossocial de Natal/RN**. 2018. 183f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2018.

LIMA, Deivson Wendell da Costa *et al.* Ditos sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas: significados e histórias de vida. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** (Ed. port.), Ribeirão Preto, v.14, n.3, p.151-158, 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762018000300005&lng=pt&nrm=iso Acesso em 25 jan. 2021.

LIMA, Rita de Cassia Cavalcante. Álcool e outras Drogas como Desafio para a Saúde e as Políticas Intersetoriais. Contribuições para a IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial. In: Eduardo Mourão Vasconcelos. (Org.). **Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira**. 1ed.São Paulo: Editora HUCITEC, 2010. p. 75-93.

LIMA, Rita de Cássia Cavalcante. Políticas Sociais Públicas e a Centralidade da Família: implicações para a assistência na área de álcool e outras drogas. In: ALARCON, Sergio; JORGE, Marco Aurélio Soares (orgs.). **Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p.171-190.

LUBMAN, Dan I *et al.* MAKINGtheLINK: A school-based intervention to improve help-seeking for substance use problems. **Early intervention in psychiatry**, v.12, n.5, p.915-921,

2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28516465/> Acesso em 10 jan. 2019.

LUSSI, Isabela Aparecida de Oliveira *et al.* Saúde mental em pauta: afirmação do cuidado em liberdade e resistência aos retrocessos. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v.27, n.01, p. 01-03, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoED2701> Acesso em 22 jul. 2021.

MACEDO, João Paulo Macedo; DIMENSTEIN, Magda. A reforma psiquiátrica em contextos periféricos: o Piauí em análise. **Memorandum**, 22, 138-164. 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/memorandum/article/view/6595> Acesso em 22 fev. 2019.

MACEDO, João Paulo *et al.* A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. **Saude soc.**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 155-170, Mar. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902017000100155&lng=en&nrm=iso Acesso em 03 Mar. 2019.

MACERATA, Iacã. Vulnerabilidades do usuário e vulnerabilidades da atenção: apontamentos iniciais para uma clínica de território na Atenção Básica In: RAMMINGER, Tatiana; SILVA, Martinho (orgs). **Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas**. 1.ed. – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.p.165-180.

MACHADO, Ana Regina; MIRANDA, Paulo Sérgio Carneiro. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 14, p. 801-821, 2007. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3861/386138015007.pdf> Acesso em 16 ago. 2021.

MACHADO, Ana Regina; MODENA, Celina Maria; LUZ, Zélia Maria Profeta da. O que pessoas que usam drogas buscam em serviços de saúde? Compreensões para além da abstinência. **Interface (Botucatu)**, v. 24, p. 1-15, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832020000100201&lng=en&nrm=iso Acesso em 28 dez. 2020.

MANDÚ, Edir Nei Teixeira. Intersubjetividade na qualificação do cuidado em saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, n.4, p. 665-675, Ago. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000400013&lng=en&nrm=iso Acesso em 31 out. 2018.

MARANGONI, Sônia Regina; OLIVEIRA, Magda Lúcia Félix de. Fatores desencadeantes do uso de drogas de abuso em mulheres. **Texto & Contexto - Enfermagem** [online], v.22, n.3, p.662-670, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-0707201300030001> Acesso em 16 ago. 2021.

MARLATT, G. Alan. **Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

MARLATT, G. Alan; WITKIEWITZ, Katie. Problemas com álcool e drogas. In: MARLATT, G. Alan; DONAVAN, Dennis M. **Prevenção de recaída: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictos**. Porto Alegre: Artmed, 2009. p.15-50.

MARQUES, Ana Lucia Marinho. **Itinerários terapêuticos de sujeitos com problemáticas**

decorrentes do uso de álcool em um centro de atenção psicossocial. 2010. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. 2010.

MARTINEZ-HEMÁEZ, Angel. **Os itinerários terapêuticos e a relação médico-paciente.** Universitat Rovira i Virgili. Tradução de Virgínia Jorge Barreto. Belo Horizonte: Abril, 2006.

MARTINS, Rita de Cássia Andrade. Reformas psiquiátricas e o processo de ressignificação do trabalho de saúde mental. **Rev. NUFEN**, Belém, v.11, n.2, p.96-116, ago. 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912019000200007&lng=pt&nrm=iso Acesso em 16 jul. 2021.

MATURANA, Humberto. **Emoções e linguagem na educação e na política.** Belo Horizonte: Editora UFMG, 1998.

MBEMBE, Achille. **Necropolítica.** 3. ed. São Paulo: n-1 Edições, 2018.

McCann, Terence *et al.* Sub-Saharan African migrant youths' help-seeking barriers and facilitators for mental health and substance use problems: a qualitative study. **BMC psychiatry**, v.16, n.275. ago, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4971683/> Acesso em 10 jan. 2019.

MEDEIROS, Regina. Construção social das drogas e do crack e as respostas institucionais e terapêuticas instituídas. **Saude soc.**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 105-117, mar. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000100105&lng=pt&nrm=iso Acesso em 18 abr. 2021.

MELO, Juliana Rízia Félix de. **Representações sociais de dependentes químicos acerca do crack, do usuário de drogas e do tratamento.** 2013. 161 f. Dissertação (Mestrado em Química) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2013.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en&nrm=iso Acesso em 12 ago. 2018.

_____. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MERHY, Emerson Elias. Anormais do desejo: os novos não humanos? Os sinais que vêm da vida cotidiana e da rua. in: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Drogas e Cidadania:** em debate. Brasília: CFP, 2012. p.9-18.

_____. Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. In: MERHY, Emerson Elias. FRANCO, Túlio Batista (Orgs.). **Trabalho, produção de cuidado e subjetividade:** textos reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013. p.213-255.

_____. **Saúde:** a cartografia do trabalho vivo. 3a Ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2002.

MERHY, Emerson Elias *et al.* (Orgs). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes.** Rio de Janeiro: Hexis; 2016. v. 1.

MERHY, Emerson Elias; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; SILVA, Erminia. Contribuciones metodológicas para estudiar la producción del cuidado en salud: aprendizajes a partir de una investigación sobre barreras y acceso en salud mental. **Salud colectiva**, Lanús, v.8, n.1, p.25-34, abr. 2012. Disponível em: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652012000100003&lng=es&nrm=iso Acesso em 05 mar. 2019.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, Mar. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300007&lng=en&nrm=iso Acesso em 01 dez. 2020.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 14. ed., São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; COSTA, António Pedro. **Técnicas que fazem uso da Palavra, do Olhar e da Empatia: Pesquisa Qualitativa em Ação.** Aveiro: Ludomedia, 2019.

MOREIRA, Carla Regina *et al.* Harm reduction: trends being disputed in health policies. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online], v. 72, suppl 3, p. 312-320, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0671> Acesso em 10 jul. 2021.

MOREIRA, Daiana de Jesus; Bosi, Maria Lúcia Magalhães; Soares, Camila Alves. Uso de narrativas na compreensão dos itinerários terapêuticos de usuários em sofrimento psíquico. In: GERHARDT, Tatiana Engel et al. (orgs.). **Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde /** Rio de Janeiro: CEPESC / IMS/UERJ – ABRASCO, 2016. p.223-236.

MORETZSOHN, Sylvia Debossan. O cultivo científico da ignorância e a fantasia das soluções imediatas. In: ALEXANDER, Bruce; MERHY, Emerson Elias; SILVEIRA, Paulo (Orgs). **Criminalização ou acolhimento? Políticas e práticas de cuidado a pessoas que também fazem o uso de drogas.** 1.ed. Porto Alegre : Rede UNIDA, 2018. p.311-332.

MORIN, Edgar. **O homem e a morte.** Portugal: Publicações Europa-América, Biblioteca Universitária, 1970.

MOTA, Leonardo. **Dependência química e representações sociais: pecado, crime ou doença?** Curitiba: Juruá, 2009.

MOURA, Joviane Aparecida de. **A implementação da reforma psiquiátrica em Teresina: desvelando atores e processos.** 2017. 136 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2017.

NAZARÉ, Talita Oliveira. **A visão dos profissionais sobre reabilitação psicossocial no contexto do cuidado ao usuário de álcool e outras drogas.** 2018. 78p. Trabalho de Conclusão de Curso (Residência Multiprofissional Atenção à Saúde Mental) - Universidade do Estado do Pará, Belém, 2018.

NELIS, Delphine *et al.* Measuring individual differences in emotion regulation: The Emotion Regulation Profile-Revised (ERP-R). **Psychologica Belgica**, v.51, n.1, p.49–91. 2011. Disponível em: <http://doi.org/10.5334/pb-51-1-49> Acesso em 02 mai. 2021.

NUNES, Jeanine Maria Sobral; GUIMARAES, José Maria Ximenes; SAMPAIO, José Jackson Coelho. A produção do cuidado em saúde mental: avanços e desafios à implantação do modelo de atenção psicossocial territorial. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1213-1232, out. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312016000401213&lng=pt&nrm=iso Acesso em 02 mar. 2019.

OLIVEIRA, Fernanda Caldas Rabelo de. **Há tanta vida lá fora: o território como espaço de cuidado aos usuários de álcool e outras drogas.** 2015. 79 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2015.

OLIVEIRA, Gustavo Costa de. *et al.* A reabilitação psicossocial: processo de reconstrução da subjetividade do usuário de drogas. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v.23, n.6, p.811-816. nov/dez, 2015. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/11742> Acesso em 26 jan. 2021.

OLIVEIRA, Janderson Carneiro. **Consumo de drogas: memórias, representações sociais e suas influências nas práticas de educação em saúde.** 2017. 203f. Dissertação (Mestrado em Memória: Linguagem e Sociedade) – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Vitória da Conquista, 2017.

OLIVEIRA, Lannuzya Veríssimo. *et al.* Muros (in)visíveis: reflexões sobre o itinerário dos usuários de drogas no Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, e290411, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312019000400609&lng=en&nrm=iso Acesso em 05 jan. 2021.

OLIVEIRA, Moacir Lira de. **Do hospício ao Centro de Atenção Psicossocial de Alagoinhas/Bahia: um estudo das representações sociais de familiares.** 2016. 129 f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Família na Sociedade Contemporânea da Universidade Católica do Salvador, Salvador, 2016.

OLIVEIRA, Raimunda Félix de; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; GOYA, Neusa. Acesso e integralidade: a compreensão dos usuários de uma rede de saúde mental. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.17,n.11, p.3069-3078, nov. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100023&lng=en&nrm=iso Acesso em 22 mai. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Neurociência do uso e da dependência de substâncias psicoativas.** Tradução de Fábio Corregiari. São Paulo: Roca, 2006. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42666/2/9788572416665_por.pdf Acesso em 02 jan. 2018.

PACHECO, Alice Leonardi; SCISLESKI, Andrea. Vivências em uma comunidade terapêutica. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 5, n. 2, p. 165-173, jul. /dez. 2013. Disponível em: <http://doi.org/10.20435/pssa.v5i2.285> Acesso em 14 jul. 2021.

PANZINI, Raquel Gehrke; BANDEIRA, Denise Ruschel. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. **Archives of Clinical Psychiatry** (São Paulo) [online]. v. 34, suppl 1, p. 126-135, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000700016> Acesso em 10 jul. 2021.

PARGAMENT, Kenneth. **The psychology of religion and coping: theory, research, practice**. New York: Guilford Press, 1997.

PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina Benevides de. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana da. **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009. p.17-31.

PASSOS, Eduardo Henrique; SOUZA, Tadeu Paula. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de "guerra às drogas". **Psicol. Soc.**, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 154-162, Abr. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822011000100017&lng=en&nrm=iso Acesso em 21 mai. 2021.

PEDROSA, José Ivo dos Santos. A Política Nacional de Educação Popular em Saúde em debate:(re) conhecendo saberes e lutas para a produção da Saúde Coletiva. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.200190> Acesso em 20 jun. 2021.

PEREIRA, Sofia Laurentino Barbosa. **Intersetorialidade na política de saúde mental: uma análise a partir das articulações tecidas pelos/as assistentes sociais nas redes intersetoriais**. Tese (Doutorado em Políticas Públicas) – UFPI, Teresina, 2018, 292 p.

PEREIRA, Sofia Laurentino Barbosa; GUIMARÃES, Simone de Jesus Guimarães. Redes e intersetorialidade no âmbito do SUS: a rede de atenção psicossocial brasileira e piauiense em foco. In: PEREIRA, Sofia Laurentino Barbosa [et al.] (Orgs.) **A política de saúde mental no Piauí sob a égide da RAPS**. Teresina: EDUFPI, 2017. p.43-77.

PEREIRA, Thaís Thomé Seni Oliveira; BARROS, Monalisa Nascimento dos Santos; AUGUSTO, Maria Cecília Nobrega de Almeida. O cuidado em saúde: o paradigma biopsicossocial e a subjetividade em foco. **Mental**, Barbacena, v. 9, n. 17, p. 523-536, dez. 2011. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272011000200002&lng=pt&nrm=iso Acesso em 02 mar. 2019.

PIAUI. Secretaria do Estado da Saúde (SESAPI). Gerência de Atenção à Saúde Mental. **Plano da Rede de Atenção Psicossocial do Estado do Piauí de 2013 a 2015**. Teresina, 2014.

PILLON, Sandra Cristina *et al.* Depressive symptoms and factors associated with depression and suicidal behavior in substances user in treatment: Focus on suicidal behavior and psychological problems. **Archives of psychiatric nursing**, v.33, n.1, 70-76, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.11.005> Acesso em: 25 jan. 2021.

PINHEIRO, Caliandra Machado; TORRENTE, Mônica Nunes de. Serviços abertos e fechados no tratamento do abuso de álcool e outras drogas do ponto de vista do(as)

usuário(as). **Saude soc.**, São Paulo, v. 29, n. 2, e190301, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902020000200317&lng=pt&nrm=iso Acesso em 14 mar. 2021.

PINHEIRO, Roseni *et al.* Introdução: O “estado do conhecimento” sobre os itinerários terapêuticos e suas implicações teóricas e metodológicas na Saúde Coletiva e integralidade do cuidado. In: GERHARDT, Tatiana Engel et al. (Orgs). **Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC / IMS/ UERJ – ABRASCO, 2016. p.13-24.

POMBO, Samuel *et al.* Motivational factors and negative affectivity as predictors of alcohol craving. **Psychiatry Research**, v.243, , p.53-60, september, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.02.064>. Acesso em 24 jan. 2021.

POMBO-DE-BARROS, Carolina Fernandes; FERNANDEZ, Verônica Silva. Reflexões sobre o campo da psicologia e o uso abusivo de drogas. In: ALARCON, Sergio; JORGE, Marco Aurélio Soares (orgs.). **Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p.211-221.

PRADO, Plínio. A resistência equilibrista. Universidade, clínica e política. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 219-228, jun, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142018000200219&lng=en&nrm=iso Acesso em 28 abr. 2021.

RABELO, Miriam Cristina. Religião e cura: algumas reflexões sobre a experiência religiosa das classes populares urbanas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 316-325, Set. 1993. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1993000300019&lng=en&nrm=iso Acesso em 13 Ago. 2018.

RACHADEL, Paulo Ricardo. **A acessibilidade aos serviços da rede de atenção psicossocial voltada à pessoa usuária de álcool e outras drogas, no município de Palhoça**. Serviço Social-Pedra Branca, 2019.

RAMMINGER, Tatiana. Modos de trabalhar em saúde mental: pensando os desafios das reformas sanitária e psiquiátrica para o cuidado de pessoas que usam drogas. In: RAMMINGER, Tatiana; Silva, Martinho. (Orgs.) **Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas**. 1.ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. p.27-49.

RAUPP, Luciane; ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira. Territórios psicotrópicos na região central da cidade de Porto Alegre, RS, Brasil. **Saúde e Sociedade** [online]. 2015, v. 24, n. 3, p. 803-815, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015127672> Acesso em 10 jul. 2021.

REHM, Jürgen et al. Defining Substance Use Disorders: Do We Really Need More Than Heavy Use?, **Alcohol and Alcoholism**, v.48, n.6, november/december, 2013, p.633–640. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/alcalc/agt127> Acesso em 15 ago 2021.

RIBEIRO, Ana Flávia da Silva. *et al.* Estigma social, padrão de funcionamento familiar e a importância do tratamento de transtorno mental à usuários de substâncias psicoativas.

Research, Society and Development, v. 9, n. 8, e877986654, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i8.6654> Acesso em 08 jan. 2021.

RIBEIRO, Cynara Teixeira; FERNANDES, Andréa Hortelio. Tratamentos para usuários de drogas: possibilidades, desafios e limites da articulação entre as propostas da redução de danos e da psicanálise. **Analytica**, São João del Rei, v. 2, n. 2, p. 33-58, jun. 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2316-51972013000100003&lng=pt&nrm=iso Acesso em 21 abr. 2021.

RIBEIRO, Danilo Bertasso *et al.* Motivos da tentativa de suicídio expressos por homens usuários de álcool e outras drogas. **Rev. Gaúcha Enferm.** [online]. 2016, v.37, n.1, e54896. Epub Apr 12, 2016a. Disponível: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.54896>. Acesso em 24 jan. 2021.

RIBEIRO, José Mendes *et al.* Acesso aos serviços de atenção em álcool, crack e outras drogas – o caso do município do rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n.1, p.71-81, jan. 2016b. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000100071&lng=pt&nrm=iso Acesso em 04 mar. 2019.

RIBEIRO JÚNIOR, Antônio Carlos. As drogas, os inimigos e a necropolítica. **Cadernos do CEAS: Revista crítica de humanidades**, n. 238, p. 595-610, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.25247/2447-861X.2016.n238.p595-610> Acesso em 06 jun. 2021.

ROCHA, Andréa Pires; LIMA, Rita de Cássia Cavalcante; FERRUGEM, Daniela. Autoritarismo e guerra às drogas: violência do racismo estrutural e religioso. **Revista Katálysis**, v. 24, p. 157-167, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0259.2021.e75331> Acesso em 07 jun. 2021.

RODRIGUES, Jéssica Silva; LIMA, Aluísio Ferreira de and HOLANDA, Renata Bessa. Identidade, Drogas e Saúde Mental: Narrativas de Pessoas em Situação de Rua. **Psicol. cienc. prof.** [online]. 2018, v.38, n.3, p.424-436, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-37030004912017>. Acesso em 25 jan. 2021.

RODRIGUES, Thiago. Narcotráfico e militarização nas Américas: vício de guerra. **Contexto Internacional**, v. 34, p. 9-41, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-85292012000100001> Acesso em 14 jul. 2021.

ROMANHOLI, ANDRÉA CAMPOS. **Na corda bamba: Reforma psiquiátrica e saúde mental na atenção primária**. 2004. Tese de Doutorado. Dissertação de Mestrado não-publicado, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES.

RONZANI, Telmo Mota. *et al.* **Reduzindo o estigma entre usuários de drogas: guia para profissionais e gestores**. Juiz de Fora : Editora UFJF, 2014.

ROSA, Lucia Cristina dos Santos Rosa; JOAZEIRO, Edna Maria Goulart. Rede de atenção psicossocial no Piauí: embalos em tempos incertos. In: PEREIRA, Sofia Laurentino Barbosa [et al.] (Orgs). **Política de saúde mental no Piauí sob a égide da RAPS**. Teresina: EDUFPI, 2017.

ROSSI, Cintia Cristina Silva; TUCCI, Adriana Marcassa. Acesso ao tratamento para dependentes de crack em situação de rua. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v.32, e170161, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822020000100200&lng=en&nrm=iso Acesso em 08 jan. 2021.

ROTELLI, Franco.; LEONARDIS, Ota; MAURI, Diana. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, Fernanda. (Org.) **Desinstitucionalização**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 17-59.

RUDZINSKI, Katherine *et al.* Is there room for resilience? A scoping review and critique of substance use literature and its utilization of the concept of resilience. **Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy**, v.12, n.41, p.1-35, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13011-017-0125-2> Acesso em 08 fev. 2021.

RYBKA, Larissa Nadine; NASCIMENTO, Juliana Luporini do; GUZZO, Raquel Souza Lobo. Os mortos e feridos na “guerra às drogas”: uma crítica ao paradigma proibicionista. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 35, n. 1, p. 99-109, Mar. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2018000100099&lng=en&nrm=iso Acesso em 18 abr. 2021.

SALLES, Mariana Moraes; BARROS, Sonia. Da cidadania à realização de projetos de vida: inclusão social de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial na vida cotidiana. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1275-1292, dez. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312014000401275&lng=pt&nrm=iso Acesso em 23 abr. 2021.

SAMPAIO, Mariá Lanzotti; BISPO JÚNIOR, José Patrício. Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde** [online]. v. 19, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00313> Acesso em 07 jun. 2021.

SANCHES, Jéssica Fernanda Araújo *et al.* O significado dos usuários de álcool e outras drogas sobre recaídas. **Revista Interdisciplinar**, v. 8, n. 2, p. 53-59, 2015. Disponível em: https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/503/pdf_211 Acesso em 23 mai 2021.

SANCHES, Laís Ramos; VECCHIA, Marcelo Dalla. Reabilitação psicossocial e inclusão social de pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: impasses e desafios. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.24, e200239, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832020000100265&lng=en&nrm=iso Acesso em 05 jan. 2021.

SANTOS, Amanda Jéssica Damasceno *et al.* Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas: retrocessos atuais e análise sob a ótica materialista histórico-dialética do usuário de drogas produzido pelo Estado. **Serviço Social em Debate**, v. 3, n. 2, 2020. Disponível em: <https://revista.uemg.br/index.php/serv-soc-debate/article/view/4878> Acesso em 22 ago. 2021.

SANTOS, Cláudio Luís de Souza *et al.* Percepções de pessoas em sofrimento psíquico acerca do restabelecimento da trajetória de vida. **Nursing** (São Paulo), v.23, n.270, 2020. Disponível

em:

https://bvsenfermeria.bvsalud.org/biblio/?q=mh:%22Enfermer%C3%ADa%20Psiqui%C3%A1trica%22&filter=publication_country:%22en%5EBrazil%7Cpt-br%5EBrazil%7Ces%5EBrazil%22 Acesso em 20 jan. 2021.

SANTOS, Elisângela Oliveira dos; CAMPAGNAC, Vanessa. A construção de políticas públicas sobre drogas ilícitas no Brasil: entre a repressão e a prevenção. **Cadernos de Segurança Pública**. Ano 10, n.10, ago. 2018. Disponível em: <http://www.isprevista.rj.gov.br/download/Rev20181003.pdf> Acesso em 12 mar. 2019.

SANTOS, Josenaide Engracia dos; COSTA, Ana Carolina Oliveira. Percepção dos usuários de substâncias psicoativas sobre a redução de danos. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** (Ed. port.), Ribeirão Preto, v.12, n.2, p.101-107, jun. 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762016000200006&lng=pt&nrm=iso Acesso em 20 jan. 2021.

SANTOS, Maria da Ajuda Luiz dos; OLIVEIRA, Roseni Rosângela Sena de; PONTES, Mônica Garcia. Deslocamentos a partir dos múltiplos olhares. In: MERHY, Emerson Elias [et al.] (Orgs.) **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. 1. ed. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. p.147-150.

SCHIFFLER, Ângela Carla da Rocha; ABRAHÃO, Ana Lúcia. Interferindo nos microprocessos de cuidar em saúde mental. In: GOMES, Maria Paula Cerqueira; MERHY, Emerson Elias (Orgs.) **Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. p.89-103.

SCHULTZ JÚNIOR, Alceu Waldir; RIBEIRO, Sílvia Grace de Carvalho. **Modelos de Prevenção e Prevenção de Recaídas**. Curitiba: Instituto Federal do Paraná – Educação à Distância, 2013.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PIAUÍ (SESAPI). **A Rede de Atenção Psicossocial no Piauí: orientações para o cuidado em saúde mental**. Teresina: SESAPI, 2017.

_____. **Saúde Mental**. A Rede de Atenção Psicossocial do estado do Piauí. In: SESAPI. Disponível em: <http://www.saude.pi.gov.br/paginas/saude-mental> Acesso em 22 fev. 2019.

_____. **Documento: Plano Estadual de Saúde do Piauí - 2020 a 2023**. Teresina: Secretaria Estadual da Saúde do Piauí/ Diretoria de Planejamento, março/2020. Disponível em: http://www.saude.pi.gov.br/ckeditor_assets/attachments/2109/PLANO_ESTADUAL_DE_SAÚDE_-_2020_-_2023.pdf Acesso em 07 dez. 2020.

SECRETARIA MUNICIPAL DE PLANEJAMENTO E GESTÃO (SEMPLAN). Secretaria Executiva de Planejamento Estratégico e Gestão – SEPLAG. **TERESINA: PANORAMA MUNICIPAL** – junho/2020. Disponível em: <https://semplan.teresina.pi.gov.br/wp-content/uploads/sites/39/2020/07/Teresina-Panorama-Municipal-junho-2020.pdf> Acesso em 22 dez. 2020.

SEIXAS, Clarissa Terenzi *et al.* O vínculo como potência para a produção do cuidado em saúde: o que usuários-guia nos ensinam. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v.23, e170627, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-

[32832019000100205&lng=pt&nrm=iso](https://doi.org/10.11606/S1518-8787.201905000100205) Acesso em 05 mar. 2019.

SENA, Edite Lago da Silva *et al.* A família no contexto da reabilitação psicossocial: como veem os consumidores de drogas?. **Revista Saúde.com**, [S. l.], v. 11, n. 4, p. 349-359, 2015. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/378> Acesso em: 18 jul. 2021.

SENA, Edite Lago da Silva *et al.* Ambiguidade do cuidado na vivência do consumidor de drogas. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 38, n. 2, e64345, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000200422&lng=en&nrm=iso Acesso em: 10 Mar. 2019.

SEVERO, Fernanda Maria Duarte *et al.* Retratos da reforma psiquiátrica brasileira. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. esp. 3, p. 9-14, out. 2020. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/44304/2/ve_Fernanda_Severo_et_al_por.pdf Acesso em 22 jun. 2021.

SHINER, Michael; WINSTOCK, Adam. Drug use and social control: The negotiation of moral ambivalence. **Social science & medicine**, v.138, p.248-256, aug., 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.06.017> Acesso em 25 jan. 2021.

SILVA, Aline Basso da. *et al.* Pessoas em situação de rua e as aldeias: drogas, marginalização social e território de cuidado. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 73, supl. 1, e20190225, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020001300187&lng=en&nrm=iso Acesso em 08 jan. 2021.

SILVA, Bárbara Santos Bernardino da; PESSOA, Paulo José Barroso de Aguiar. Sofrimento e violência que a lógica proibicionista gera na vida de usuários de drogas ilícitas. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 19, n. 1, p. 187-205, 2019. Disponível em: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/4518/451859860011/451859860011.pdf> Acesso em 10 jul. 2021.

SILVA, Berenice Lira da; SILVA, Alessandra Ximenes da. A Política Nacional de Saúde Mental: uma reflexão acerca dos retrocessos nos governos Temer e Bolsonaro. **Serviço Social em Revista**, v. 23, n.1, p.99-119, jul./set. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5433/1679-4842.2020v23n1p99> Acesso em 07 jun. 2021.

SILVA, Claudia Ciribelli Rodrigues. Da Punição ao Tratamento: rupturas e continuidades na abordagem do uso de drogas. In: RAMMINGER, Tatiana; SILVA, Martinho (orgs). **Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas**. 1.ed. – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.p.51-68.

SILVA, Eroy Aparecida da *et al.* Estratégias utilizadas no tratamento de famílias com usuários de substâncias. **Psicol. pesq.**, Juiz de Fora, v. 9, n. 2, p. 198-204, dez. 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472015000200010&lng=pt&nrm=iso Acesso em 23 mai. 2021.

SILVA, Fabíola. B. R. da. **Da droga ao tóxico: subversão do sujeito no percurso do internamento voluntário**. 2014. 181 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Universidade Católica de Pernambuco, Recife, 2014.

SILVA, Flávia Fernando Lima. Afirmar a clínica com pessoas que usam drogas desde um lugar de resistência. In: RAMMINGER, Tatiana; SILVA, Martinho. (Orgs.) **Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas**. 1.ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. p.119-132.

SILVA, Kênia Lara *et al.* Sofia e tantas outras mulheres usuárias de crack e seus filhos: quando a (in)capacidade de gerir sua própria vida afeta a produção do cuidado. In: FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; BERTUSSI, Débora Cristina; MERHY, Emerson Elias (Orgs). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. 1. ed. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. v. 2. p.292-307.

SILVEIRA FILHO, Dartiu Xavier. Dependências: de que estamos falando afinal? In: SILVEIRA FILHO, Dartiu Xavier; GORGULHO, Mônica (Orgs). **Dependência: compreensão e assistência às toxicomanias: uma experiência do PROAD**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.

SILVEIRA FILHO, Dartiu Xavier. **Drogas: uma compreensão psicodinâmica das farmacodependências**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995.

SIQUEIRA, Daiana Foggiato de. *et al.* Motivos atribuídos por usuários à procura de tratamento em um centro de atenção psicossocial álcool e drogas. **REME – Rev Min Enferm**. 2018. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1220> Acesso em 29 dez. 2020.

SIQUEIRA, Samylla Maira Costa; JESUS, Viviane Silva de; CAMARGO, Climene Laura de. Itinerário terapêutico em situações de urgência e emergência pediátrica em uma comunidade quilombola. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.179-189, jan. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000100179&lng=pt&nrm=iso Acesso em 28 abr. 2019.

SOUZA, Caroline Santos de. **Significados da rede de atenção psicossocial para pessoas em situação de rua em tratamento de álcool e outras drogas em Curitiba**. 2017. 94 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, 2017.

SOUZA, Tadeu de Paula. **Estado e sujeito: A saúde entre a macro e a micropolítica de drogas**. 1.ed. São Paulo: Hucitec, 2018.

SOUZA, Tadeu de Paula *et al.* Reduzindo danos e ampliando a clínica: desafios para a garantia do acesso universal e confrontos com a internação compulsória. **Revista Polis e Psique**, v. 2, n. 3, p. 37, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.22456/2238-152X.40319> Acesso em 10 jul. 2021.

STANGL, Anne L. *et al.* The Health Stigma and Discrimination Framework: a global, crosscutting framework to inform research, intervention development, and policy on health-related stigmas. **BMC Med**, v.17, n.31, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1271-3> Acesso em 14 mar. 2021.

SOUZA, Fernando Sérgio Pereira de; JORGE, Maria Salette Bessa. O retorno da centralidade do hospital psiquiátrico: retrocessos recentes na política de saúde mental. **Trab. educ. saúde**,

Rio de Janeiro, v.17, n.1, e0017201, 2019. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462019000100501&lng=pt&nrm=iso Acesso em 03 mar. 2019.

SUNDFELD, Bertussi; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; BERTUSSI, Débora Cristina. Os modos de cuidar são produzidos no encontro. E no plano dos encontros o apoio como dispositivo pode combater os investimentos da biopolítica sobre a vida. In: MERHY, Emerson Elias [et. al.] (Orgs) **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. 1. ed. - Rio de Janeiro: Hexis, 2016. v.1. p.398-403.

TEIXEIRA, Mirna Barros. **Políticas públicas sobre drogas: abordagem às pessoas em uso prejudicial de crack em uma perspectiva intersetorial**. 2018. 196 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública e Meio Ambiente) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2018.

TEIXEIRA, Mirna Barros; ENGSTROM, Elyne Montenegro; RIBEIRO, José Mendes. Revisão sistemática da literatura sobre crack: análise do seu uso prejudicial nas dimensões individual e contextual. **Saúde em Debate**, v. 41, p. 311-330, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711225> Acesso em 23 jul. 2021.

TEIXEIRA, Mirna Barros *et al.* Os invisibilizados da cidade: o estigma da População em Situação de Rua no Rio de Janeiro. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. spe7, p. 92-101, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019001200092&lng=en&nrm=iso Acesso em 08 jan. 2021.

TEIXEIRA, Mirna Barros *et al.* Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1455-1466, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.32772016> Acesso em 22 jun. 2021.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos** [online], v.9, n.1, p.25-59, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702002000100003> Acesso em 20 ago. 2021.

THIENGO, Priscila Cristina da Silva *et al.* Espiritualidade e religiosidade no cuidado em saúde: revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, v. 24, 2019. Disponível em: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/4836/483660296015/483660296015.pdf> Acesso em 01 jun. 2021.

TONDIN, Mara Cristina; BARROS NETA, Maria da Anunciação; PASSOS, Luiz Augusto. Consultório de Rua: intervenção ao uso de drogas com pessoas em situação de rua. **Revista de Educação Pública**, [S. l.], v. 22, n. 49/2, p. 485-501, 2013. DOI: 10.29286/rep.v22i49/2.929. Disponível em: <https://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/educacaopublica/article/view/929> Acesso em: 11 mar. 2021.

TORRES, Maycon Rodrigo da Silveira; VIDAL, Paulo Eduardo Viana. Redução de danos e psicanálise de orientação lacanianiana nas internações de usuários de drogas. **ECOS - Estudos Contemporâneos Da Subjetividade**, v.7, n.1, 2017. Disponível em: <http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/1835> Acesso em 10 jul. 2021.

TOTUGUI, Márcia Landini *et al.* Álcool e outras drogas como desafio para a saúde e as políticas intersetoriais? Contribuições para a IV Conferência Nacional de Saúde Mental ? Intersetorial. In: Eduardo Vasconcelos. (Org.). **Desafios Políticos da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. 1.ed. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 93-113.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S190-S198, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800014&lng=en&nrm=iso Acesso em: 28 Abr. 2019.

TRAVASSOS Claudia Maria de Rezende; CASTRO, Mônica Silva Monteiro de. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: GIOVANELLA, Lígia et al. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012, p. 183-206.

UCHOA, Alice Costa. Vivendo a medicina e contando histórias do coração. In: Eymard Mourão Vasconcelos, Lia Haikal Frota, Eduardo Simon (org.) **Perplexidade na universidade: vivências nos cursos de saúde**. 2 ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2015. p.31-40.

UNITED NATIONS (UN). **United Nations General Assembly (14 April 2016)**. Our joint commitment to effectively addressing and countering the world drug problem, A/S-30/L.1, Disponível em: <http://www.un.org/Docs/journal/asp/ws.asp?m=A/S30/L.1> Acesso em 19 jun. 2019.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC) **World Drug Report 2017**. Vienna: United Nations, 2017. Disponível em: <https://www.unodc.org/wdr2017/index.html> Acesso em 02 fev. 2018.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). **World Drug Report 2018**. Vienna: United Nations, 2018. Disponível em: https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_Booklet_2_GLOBAL.pdf Acesso em 11 ago. 2018.

URBANOSKI, Karen; INGLIS, Dakota; VELDHUIZEN, Scott. Service use and unmet needs for substance use and mental disorders in Canada. **The Canadian Journal of Psychiatry**. Ago, v.62, n.8, p.551-559, 2017. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5546670/pdf/10.1177_0706743717714467.pdf Acesso em 05 mar. 2019.

VARELA, Danielle Souza Silva *et al.* Rede de saúde no atendimento ao usuário de álcool, crack e outras drogas. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p. 296-302, jun. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000200296&lng=en&nrm=iso Acesso em 03 fev. 2018.

VASCONCELOS, Maria Paula Naves; PAIVA, Fernando Santana de; VECCHIA, Marcelo Dalla. O cuidado aos usuários de drogas: entre normatização e negação da autonomia. **Rev. Interinst. Psicol.**, Belo Horizonte, v. 11, n. 2, p. 363-381, 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-

[82202018000200012&lng=pt&nrm=iso](https://doi.org/10.11606/0103-2070.ts.2017.126682) Acesso em 06 jun. 2021.

VASCONCELOS, Michele de Freitas Faria de; MACHADO, Dagoberto de Oliveira; PROTAZIO, Mairla Machado. Considerações sobre o cuidado em álcool e outras drogas: uma clínica da desaprendizagem. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, n. 52, p. 45-56, Mar. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000100045&lng=en&nrm=iso Acesso em 10 Mar. 2019.

VENTURI, Gustavo. Consumo de drogas, opinião pública e moralidade: motivações e argumentos baseados em uso. **Tempo Social, revista de sociologia da USP**, v.29, n.2, p.159-186, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/0103-2070.ts.2017.126682> Acesso em 10 jul. 2021.

VOLCOV, Katerina. **A Flor do Ovo: trajetórias e sentidos do uso de drogas lícitas e ilícitas em contextos privados**. [Tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2017.

WAGNER, Vincent *et al.* Initiation of addiction treatment and access to services: young adults' accounts of their helpseeking experiences. **Qualitative Health Research**, SAGE Publications, 2017, v.27, n.11, 2017p.1614-1627. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1049732316679372> Acesso em 05 mar. 2019.

WEBER, Max. **Economia e sociedade: fundamentos da sociologia compreensiva**. Tradução de Regis Barbosa, Karen Elsabe Barbosa; rev. téc. Gabriel Cohn. 4.ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Lexicon of alcohol and drug terms**. Geneva: World Health Organization, 1994. Disponível em: <http://www.who.int/iris/handle/10665/39461> Acesso em 27 abr. 2019.

YASUI, Silvio; COSTA-ROSA, Abilio. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate**, v. 32, n.78-79-80, p.27-37, 2008. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341773003> Acesso em 15 jul. 2021.

YUODELIS-FLORES, Christine; RIES, Richard. Addiction and suicide: A review. **The American journal on addictions**, v.24, n.2, p.98-104, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ajad.12185> Acesso em 25 jan. 2021.

ZIMPEL, Rogério; MOSQUEIRO, Bruno Paz; DA ROCHA, Neusa Sica. Espiritualidade como mecanismo de coping em transtornos mentais. **Debates em Psiquiatria**. Mar/Abr, 2015. Disponível em: http://abpbrasil.websiteseuro.com/rdp15/02/rdp_02_15.pdf Acesso em 30 mai. 2021.

ZINBERG, Norman. **Drug, set and setting: the basis for controlled intoxicant use**. New Haven, Yale University Press, 1984.

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**Entrevista nº****I – ITINERÁRIO DO PARTICIPANTE:**

1. Conte sobre sua experiência de uso da(s) substância(s), quando o(a) senhor(a) começou a usar, como isso tem acontecido ao longo do tempo até hoje.
2. Fale sobre os caminhos, os serviços de saúde, e a quem o(a) senhor(a) tem buscado devido ao uso dessa(s) substância(s), até chegar aqui.
3. Como tem sido para o(a) senhor(a) sua(s) ida(s) em busca de tratamento nos serviços de saúde? Fale sobre os caminhos que o(a) senhor(a) tem percorrido em busca de ajuda.
4. Tem alguma coisa mais que o(a) senhor(a) queira falar? Sinta-se à vontade para se manifestar.

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Ministério da Saúde
FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **Itinerários terapêuticos de usuários de álcool e outras drogas em busca do cuidado no município de Teresina, Piauí**, que tem o objetivo de analisar os caminhos percorridos por pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, na busca por cuidados de saúde. O estudo está sendo realizado por Valéria Raquel Alcantara Barbosa, sob orientação da professora Dr^a Elyne Montenegro Engstrom.

A participação nesta pesquisa será através de uma entrevista composta por 4 perguntas sobre sua experiência pessoal de busca por cuidados de saúde, devido ao uso de álcool e outras drogas. Assim, peço sua autorização, para que durante a entrevista seja utilizado gravador de voz, para colher seu depoimento. A entrevista terá duração de, aproximadamente, 20 minutos.

Sua participação é voluntária, não obrigatória, você decide se quer ou não participar, e pode retirar sua participação a qualquer momento, sem nenhum prejuízo nem penalização.

Ao participar deste estudo, não haverá risco para sua integridade física, um possível risco ou desconforto é de se sentir ansioso(a) ou angustiado(a) por estar respondendo a questões pessoais. Mas, garantimos o sigilo dos dados e que seu nome não será revelado a ninguém.

Seu depoimento será de enorme ajuda para a construção do conhecimento sobre os caminhos percorridos por usuários de álcool e outras drogas em busca de cuidados de saúde, em Teresina. Os benefícios diretos coletivos ou indiretos aos participantes da pesquisa abrangem o uso dos dados coletados para que sejam pensadas estratégias de aprimoramento dos cuidados de saúde direcionados a pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas.

As informações coletadas serão utilizadas somente para pesquisa, e os resultados poderão ser divulgados em artigos científicos, revistas especializadas e/ou encontros científicos, sempre impedindo a revelação de sua identidade.

Você poderá tirar dúvidas sobre esta pesquisa e sua participação a qualquer momento. Sinta-se à vontade para pensar e, se quiser, consultar seus familiares ou outras pessoas que possam ajudá-lo na decisão sobre a participação.

Página 1 de 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; de _____ de _____ de _____.

Rubrica da pesquisadora: _____
Rubrica do(a) participante: _____

Para participar neste estudo, você e a pesquisadora deverão rubricar todas as páginas deste Termo, assinar na última página e citar a data em que ocorreu a entrevista. Este documento foi redigido em duas vias, uma via é para você e a outra via é para a pesquisadora responsável.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP). O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas.

Telefone: (21) 2598-2863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br

Site: <http://www6.ensp.fiocruz.br/etica/>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP) / FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1.480, Térreo, Manguinhos. Rio de Janeiro – RJ. CEP: 21041-210.

Contato com a pesquisadora responsável pelo estudo: Valéria Raquel Alcantara Barbosa.
Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da ENSP/Fiocruz.

Telefone: (86) 99921-2195

E-mail: valeria.barbosa@posgrad.ensp.fiocruz.br

Teresina, Piauí, _____ de _____ de _____.

(Assinatura da Pesquisadora)

Valéria Raquel Alcantara Barbosa

“Declaro que entendi os objetivos, riscos, benefícios e condições de minha participação na pesquisa intitulada “**Itinerários terapêuticos de usuários de álcool e outras drogas em busca do cuidado no município de Teresina, Piauí**”, e concordo em participar”.

<input type="checkbox"/>	Autorizo a gravação da entrevista
<input type="checkbox"/>	Não autorizo a gravação da entrevista

(Assinatura do participante da pesquisa)

Nome do participante: _____

Página 2 de 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; de _____ de _____ de _____.

Rubrica da pesquisadora: _____
Rubrica do(a) participante: _____

APÊNDICE C – TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS



Ministério da Saúde
FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa



TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS (TCUD)

Eu, **Valéria Raquel Alcantara Barbosa**, da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, do **Curso de Doutorado em Saúde Pública**, no âmbito do projeto de pesquisa intitulado **“Itinerários terapêuticos de usuários de álcool e outras drogas em busca do cuidado no município de Teresina, Piauí”**, comprometo-me com a utilização dos dados contidos no banco de dados do município de Teresina, relativo aos atendimentos e encaminhamentos de usuários de álcool e outras drogas, realizados por profissionais de, equipes de Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde, Núcleos de Apoio à Saúde da Família, Consultórios na Rua e Hospitais, a fim de obtenção dos objetivos previstos, e somente após receber a aprovação do sistema CEP-CONEP.

Comprometo-me a manter a confidencialidade dos dados coletados nos (arquivos/banco), bem como com a privacidade de seus conteúdos.

Os dados a serem coletados se referem a **atendimentos e encaminhamentos de usuários de álcool e outras drogas no município de Teresina, Piauí, realizados por equipes de Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde, Núcleos de Apoio à Saúde da Família, Consultórios na Rua e Hospitais**, no período de **01/01/2018 a 31/12/2018**.

Declaro entender que é minha a responsabilidade de cuidar da integridade das informações e de garantir a confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas. Também é minha a responsabilidade de não repassar os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, a pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa.

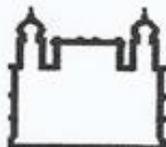
Por fim, comprometo-me com a guarda, cuidado e utilização das informações apenas para cumprimento dos objetivos previstos nesta pesquisa aqui referida. Qualquer outra pesquisa em que eu precise coletar informações serão submetidas a apreciação do CEP/ENSP.

Rio de Janeiro, 24 de junho de 2019.

Valéria Raquel Alcantara Barbosa

Assinatura do pesquisador responsável

APÊNDICE D – DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES



Ministério da Saúde
FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

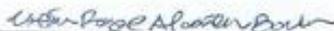
DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES

Ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da Escola Nacional de Saúde Pública.

Nós, Valéria Raquel Alcantara Barbosa e Elyne Montenegro Engstrom, pesquisadoras responsáveis pelo estudo intitulado “**Itinerários terapêuticos de usuários de álcool e outras drogas, em busca do cuidado no município de Teresina, Piauí**”, declaramos que:

- Assumimos o compromisso de cumprir os Termos da Resolução nº 466/2012 e 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde;
- Assumimos o compromisso de zelar pela privacidade e pelo sigilo das informações, que serão obtidas e utilizadas para o desenvolvimento da pesquisa;
- Os materiais e as informações obtidas no desenvolvimento deste trabalho serão utilizados apenas para atingir os objetivos previstos nesta pesquisa e não serão utilizados para outras pesquisas sem o devido consentimento dos voluntários;
- As informações obtidas através da entrevista ao final da pesquisa serão arquivadas sob a responsabilidade da pesquisadora Valéria Raquel Alcantara Barbosa, que também será responsável pelo descarte do mesmo;
- Não há qualquer acordo restritivo à divulgação pública dos resultados;
- Os resultados da pesquisa serão tornados públicos através de publicações em periódicos científicos e/ou em encontros científicos, quer sejam favoráveis ou não, respeitando-se sempre a privacidade e os direitos individuais dos participantes da pesquisa;
- O CEP/ENSP será imediatamente comunicado se ocorrerem efeitos adversos resultantes desta pesquisa com o voluntário;
- Esta pesquisa ainda não foi parcialmente e nem totalmente realizada.

Rio de Janeiro, 24 de junho de 2019.



Pesquisador Responsável

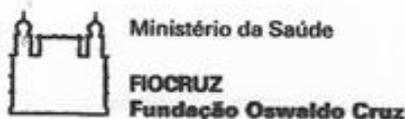
Valéria Raquel Alcantara Barbosa . CPF: 656.634.893-04



Elyne Montenegro Engstrom (Orientadora). CPF: 001.184.157-51

ELYNE MONTENEGRO ENGSTROM
Mat. SIAPE - 1355886
ENSP - FIOCRUZ

APÊNDICE E – CARTA DE ENCAMINHAMENTO DO PROJETO



CARTA DE ENCAMINHAMENTO DE PROJETO DE PESQUISA

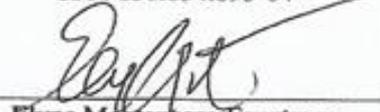
Rio de Janeiro, 24 de junho de 2019.

Ilma. Sra. Maria Luci Esteves Santiago
Responsável pela Comissão de Ética em Pesquisa da Fundação Municipal de Saúde de
Teresina, Piauí.

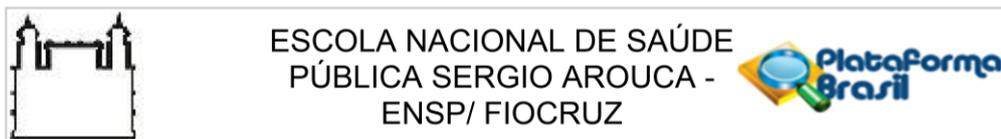
Sabemos que a Fundação Municipal de Saúde - FMS tem buscado aprimorar o ensino e a pesquisa constantemente. Frente a esta consideração, solicito apreciação do projeto em anexo e permissão para coleta de dados a ser realizada nesta Instituição, como coparticipante do estudo. Nosso projeto de pesquisa intitula-se **"Itinerários terapêuticos de usuários de álcool e outras drogas, em busca do cuidado no município de Teresina, Piauí"**, e tem como objetivo geral: Analisar os itinerários terapêuticos agenciados por pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas, na busca por cuidado no município de Teresina, Piauí. Asseguramos que o sigilo da identidade da Instituição e dos usuários será absolutamente mantido. Trata-se de um projeto de pesquisa de Tese de Doutorado, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), sob orientação e responsabilidade da Profª Drª. Elyne Montenegro Engstrom.

Desde já agradecemos por sua atenção,


Valéria Raquel Alcantara Barbosa
(Pesquisadora Responsável)
CPF: 656.634.893-04


Elyne Montenegro Engstrom
(Professora Orientadora)
CPF: 001.184.157-51

ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP/ENSP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Itinerários terapêuticos de usuários de álcool e outras drogas em busca do cuidado no município de Teresina, Piauí

Pesquisador: VALÉRIA RAQUEL ALCANTARA BARBOSA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 16400019.5.0000.5240

Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO CRUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.517.423

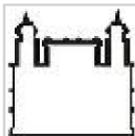
Apresentação do Projeto:

Este parecer refere-se a análise de resposta às pendências, emitidas pelo CEP/ENSP no parecer número 3460952, de 18/07/2019

Resumo:

"O estudo pretende analisar os itinerários terapêuticos agenciados por pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas, na busca por cuidado no município de Teresina, Piauí. Para isso, descreverá os aspectos de organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município, no tocante à oferta e à utilização dos serviços de saúde mental por pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas; conhecerá os itinerários terapêuticos empreendidos pelos usuários de álcool e outras drogas; e, analisará as barreiras de acesso aos serviços da RAPS, encontradas pelos usuários. Será realizada uma pesquisa de métodos mistos, com aplicação das abordagens quantitativa e qualitativa, de forma integrada e complementar. Deste modo, inicialmente será feito um levantamento descritivo sobre a oferta e a utilização dos serviços da RAPS de Teresina, através das bases de dados públicas do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), e do sistema de informações em saúde da Fundação Municipal de Saúde de Teresina (FMS), instituição coparticipante do estudo. O período de referência para a apreciação dos dados será o ano de 2018. As informações reunidas nesta etapa serão empregadas para composição de

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 3.517.423

um mapeamento por georreferenciamento dos pontos de atenção da RAPS de Teresina, para promoção de cuidados a sujeitos que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas. Em seguida, será adotada a estratégia metodológica do itinerário terapêutico, através da realização de realizadas entrevistas em profundidade com os usuários. A coleta de dados ocorrerá no município de Teresina, em 1 unidade de Saúde da Família, 1 Centros de Atenção Psicossocial, 1 Consultório na Rua, 1 Hospital Geral com leitos psicossociais. Serão incluídos no estudo, sujeitos adultos, com idade igual ou superior a 18 anos completos, residentes em Teresina, que estiverem em atendimento clínico ou em tratamento para demandas decorrentes do uso de álcool ou outras drogas em um ponto de atenção da RAPS, e indicados pela equipe de saúde da respectiva instituição. Serão excluídos do estudo, indivíduos com idade inferior a 18 anos, pessoas com transtorno mental grave, sujeitos com deficiência mental e indivíduos com prejuízos cognitivos severos. A confecção da Tese resultará em 3 artigos como produtos. O primeiro artigo será uma revisão integrativa sobre itinerários terapêuticos de usuários de álcool e outras drogas em busca do cuidado. O segundo, tratará das possíveis barreiras de acesso; e o terceiro artigo, focalizará a análise dos itinerários terapêuticos dos usuários de álcool e outras drogas em busca do cuidado. Os dados obtidos na etapa quantitativa do estudo serão analisados com o auxílio da Estatística. Os dados reunidos na etapa qualitativa do estudo serão analisados com base nos aportes teóricos da entrevista narrativa biográfica, de Fritz Schütze."

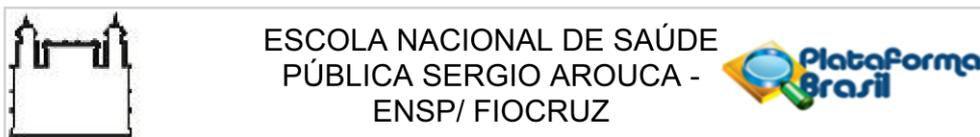
Metodologia Proposta:

Pesquisa de métodos mistos, que adotará as abordagens quantitativa e qualitativa, de forma integrada e complementar.

Parte 1: Abordagem quantitativa:

Nesta primeira etapa será feito estudo descritivo, para levantamento dos aspectos de organização da Rede, no tocante à oferta e à utilização dos serviços de saúde mental por pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas. Para tanto, será feito um levantamento preliminar sobre a oferta e a utilização dos serviços da RAPS de Teresina através das bases de dados públicas do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) do Ministério da Saúde. Também, será efetuado contato com a Fundação Municipal de Saúde de Teresina (FMS), formalizada através do Termo de Autorização de realização e assunção da coresponsabilidade (Apêndice C) e do Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD) (Apêndice D), com vistas à obtenção da autorização para acesso e apreciação dos registros disponíveis na base de dados secundários do sistema de informações em saúde do município, alusivos à temática. Mediante a

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 3.517.423

autorização da FMS para apreciação da base de dados secundários oficiais, será efetuada a verificação dos dados acumulados no sistema, registrados por profissionais, da ESF, das UBS, dos NASF, dos Consultórios na Rua e de Hospitais, relativos a atendimentos e a encaminhamentos realizados para usuários de álcool e outras drogas. O período de referência para a apreciação dos dados será o ano de 2018, de 1 de janeiro de 2018 a 31 de dezembro de 2018. Os dados quantitativos acumulados, tais como números e indicadores extraídos a partir do sistema de informações em saúde do município, serão analisados com o auxílio da Estatística (frequência, média, mediana, moda, etc.). Também, a partir das informações reunidas nesta etapa, será feito um mapeamento por georreferenciamento de todos os serviços levantados da RAPS, para atenção a sujeitos que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas em Teresina, assinalando suas respectivas disposições pelo território da cidade. Assim, será adotado como método de georreferenciamento, a ferramenta tecnológica de endereços do Google Fusion Tables, aplicativo integrado com o Google Drive, de acesso livre.

Parte 2: Abordagem qualitativa: A segunda etapa do estudo utilizará a abordagem qualitativa, momento durante o qual será realizada a coleta de dados primários, e que adotará como principal estratégia metodológica o itinerário terapêutico, com o intento de conhecer as trajetórias tecidas pelos sujeitos que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, em busca por cuidado.

A coleta de dados será desenvolvida em 4 pontos de atenção da RAPS de Teresina: 1 unidade de ESF, 1 CAPS, 1 Consultório na Rua, 1 Hospital Geral com leitos psicossociais. Em cada uma das instituições serão entrevistadas 2 pessoas, escolhidas e indicadas para entrevista pela equipe de saúde responsável pelo usuário no respectivo serviço. No total, serão entrevistados 8 sujeitos. Para a condução desta etapa do estudo, previamente será solicitada a autorização da FMS, formalizada através do Termo de Autorização de realização e assunção da co-responsabilidade (Apêndice C)...Serão realizadas entrevistas em profundidade com os usuários, que conformará o material empírico central a partir do qual serão construídas as narrativas referentes às experiências dos sujeitos em busca por cuidado. O roteiro de entrevista semi estruturada que será utilizado está disponível no Apêndice A."

Metodologia de Análise de Dados:

- Metodologia de Análise de dados referente à etapa quantitativa do estudo:

Os dados quantitativos acumulados nesta etapa, tais como números e indicadores extraídos a partir do sistema de informações em saúde do município, serão analisados com o auxílio da Estatística (frequência, média, mediana, moda, etc.), pois, segundo Creswell (2012), oportunizam

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 3.517.423

revelar informações úteis, rápidas e confiáveis sobre um grande número de observações. Por conseguinte, com base nas informações geradas, nintencionase verificar se há baixa oferta de serviços de saúde correlatos, ou se prepondera a baixa utilização de pontos de atenção em saúde na RAPS, ou, se predominam as barreiras de acesso.

- Metodologia de Análise de dados referente à etapa qualitativa do estudo:

As narrativas dos usuários serão analisadas com base nos aportes teóricos da entrevista narrativa biográfica, método desenvolvido por Fritz Schütze (1983), que focaliza a coleta de histórias de vida parciais ou completas na forma de narrações e suas análises sobre cursos de processos na históri de vida. Essa abordagem visa a dedução de estruturas de processo em biografia, a partir de uma reconstrução de estruturas narrativas em entrevistas autobiográficas. Segundo Spector-Mersel e Knaifel (2017), a epistemologia narrativa sustenta que compreendemos a nós mesmos, aos outros e ao mundo através de processos subjetivos e culturalmente enraizados de construção de significado, que ocorrem via narrativa. Dados seus princípios holísticos, o paradigma narrativo mostra-se pertinente para estudar indivíduos que estão se recuperando não apenas de doenças mentais, mas também de outras adversidades sociais e eventos traumáticos da vida, como nas situações de transtornos por uso de substâncias – o que pode auxiliar no aprimoramento da promoção de cuidados de saúde mental, com foco na recuperação.

Critério de Inclusão:

Sujeitos adultos, com idade igual ou superior a 18 anos completos, residentes em Teresina, que estiverem em atendimento clínico ou em tratamento para demandas decorrentes do consumo de álcool ou outras drogas, em um ponto de atenção da RAPS, e que forem indicados pela equipe de saúde da respectiva instituição para participar nesta pesquisa.

Critério de Exclusão:

Indivíduos com idade inferior a 18 anos completos; sujeitos com transtorno mental grave; pessoas com deficiência mental; indivíduos com prejuízos cognitivos severos. Para tanto, será adotado como base a evidência de algum dos respectivos quadros, informada pela equipe de saúde da instituição.

Amostra: 08

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo	CEP: 21.041-210
Bairro: Manguinhos	
UF: RJ	Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863	Fax: (21)2598-2863
	E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 3.517.423

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

"Analisar os itinerários terapêuticos agenciados por pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas, na busca por cuidado no município de Teresina, Piauí."

Objetivos Secundários:

- "Descrever os aspectos de organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município de Teresina, no tocante à oferta e à utilização dos serviços de saúde mental por pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas;

- Conhecer os itinerários terapêuticos empreendidos pelos usuários de álcool e outras drogas;

- Analisar as barreiras de acesso aos serviços da RAPS, encontradas pelos usuários em busca de cuidado."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

"Não haverá risco para integridade física dos participantes do estudo, podendo haver apenas o risco de constrangimento por responder algumas perguntas. Porém, destaca-se que a pesquisadora estará sempre a disposição para esclarecer quaisquer dúvidas atinentes aos questionamentos do roteiro de entrevista, e acerca dos procedimentos deste estudo."

Benefícios:

"Colaborar na construção do conhecimento sobre os itinerários terapêuticos percorridos por usuários de álcool e outras drogas, em busca do cuidado no município de Teresina, Piauí."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O protocolo de pesquisa apresenta todos os elementos necessários e adequados à apreciação ética e as pendências emitidas no parecer anterior foram atendidas.

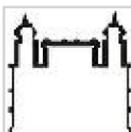
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Para responder às pendências do parecer anterior, o pesquisador anexou os seguintes documentos à Plataforma Brasil, os quais foram aprovados:

-o Formulário da Plataforma Brasil nomeado PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1368496.pdf, postado em 09/08/2019.

-termo de compromisso do pesquisador em entregar no CEP assim que o mesmo for obtido,

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 3.517.423

denominado MODIFICADO_Termo_de_Compromisso_do_Pesquisador_Responsavel_para_anexar_o_Termo_de Anuencia_da_Instituicao_Coparticipante.pdf postado em 09/08/2019.

- formulário de resposta a pendências denominado Formulario_resp_pend_parecer_3460952.doc postado em 02/08/2019.

- termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), nomeado Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido_MODIFICADO.docx.doc postado em 02/08/2019.

- projeto de Pesquisa na íntegra, nomeado Projeto_de_Tese_Valeria_Raquel_Alcantara_Barbosa_MODIFICADO.pdf, postado em 02/08/2019.

Na apresentação inicial foram apresentados e APROVADOS os seguintes documentos, postados na Plataforma Brasil:

- Folha de Rosto gerada pela Plataforma Brasil assinada pelo pesquisador responsável postado em 27/06/2019.

- Projeto de Pesquisa na íntegra, nomeado Projeto_de_Tese_Valeria_Raquel_Alcantara_Barbosa.pdf, postado em 28/06/2019;

- Formulário de Encaminhamento nomeado FormulariodeEncaminhamento_ValeriaRaquelBarbosa.pdf, postado em 11/07/2019;

-Cronograma, nomeado CRONOGRAMA.pdf, postado em 27/06/2019;

- Planilha de orçamento, nomeado XXX.pdf, postado em 27/06/2019;

- Instrumento de coleta de dados nomeado Roteiro_de_entrevista_semiestruturada.pdf, adequado, postado em 27/06/2019; Pasta "Outros" na PB.

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), nomeado Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido.doc, com inadequações, postado em 27/06/2019;

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 3.517.423

- TCUD assinado pelo pesquisador responsável, nomeado TCUD.pdf., postado em 28/06/2019; Pasta "Outros" na PB.

- Orçamento, nomeado ORCAMENTO.pdf, postado em 27/06/2019.

Recomendações:

Obs: Projeto com Instituição Coparticipante registrada na Plataforma Brasil deverá aguardar a emissão do parecer de aprovação do respectivo CEP para que possa ser iniciado no referido campo de pesquisa.

O termo de anuência da instituição deverá ser entregue no CEP em suas via original e, o mesmo, deverá ser anexado na Plataforma Brasil e enviar por meio de "notificação".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Para elaboração deste parecer, as pendências emitidas no parecer consubstanciado número 3460952, de 18/07/2019, foram analisadas conforme abaixo:

Pendências do TCLE:

1.1: O TCLE deve explicitar os benefícios diretos (individuais ou coletivos) ou indiretos aos participantes da pesquisa.

Resposta da pendência 1.1:

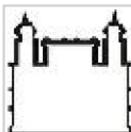
Os benefícios diretos coletivos ou indiretos aos participantes da pesquisa abrangem o uso dos dados coletados para que sejam pensadas estratégias de aprimoramento dos cuidados de saúde direcionados a pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas.

ANÁLISE DO CEP: Os benefícios apresentados para a pesquisa está contemplando os benefícios para os participantes.

PENDÊNCIA ATENDIDA.

1.2 O TCLE deve ser redigido em duas vias, uma para o participante da pesquisa e a outra para o

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 3.517.423

pesquisador responsável. Esta informação deverá estar no termo

Resposta da pendência 1.2:

Este documento foi redigido em duas vias, uma via é para você e a outra via é para a pesquisadora responsável.(página 2, linha 29 a linha 30);

ANÁLISE DO CEP: Observado redação adequada.

PENDÊNCIA ATENDIDA.

1.3 O TCLE deve ter suas páginas numeradas, sendo que cada página deve indicar o nº total de páginas do documento. Ex: 1 de 4; 2 de 4, possibilitando a integridade das informações contidas no documento.

Resposta da pendência 1.3:

Página 1 de 2 (página 1, linha 26); Página 2 de 2 (página 2, linha 56).

ANÁLISE DO CEP: observado documento formatado conforme padronização do CEP/ENSP.

PENDÊNCIA ATENDIDA.

1.4 O TCLE deve informar que todas as páginas deverão ser rubricadas pelo participante e pelo pesquisador, sendo que na última página deverá constar as assinaturas de ambos, após a data, a fim de possibilitar a integridade das informações contidas no documento.

Resposta da pendência 1.4:

Para participar neste estudo, você e a pesquisadora deverão, rubricar todas as páginas deste Termo, assinar na última página e citar a data em que ocorreu a entrevista. (página 2, linha 27 a linha 28).

ANÁLISE DO CEP: observado documento formatado conforme padronização do CEP/ENSP.

PENDÊNCIA ATENDIDA.

1.5 Inserir, antes do espaço destinado à assinatura do participante da pesquisa, o seguinte texto: "Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e concordo em participar", caracterizando, assim, que a pesquisa lhe foi esclarecida e, portanto, dando o seu consentimento de forma livre.

Resposta da pendência 1.5:

Declaro que entendi os objetivos, riscos, benefícios e condições de minha participação na pesquisa intitulada "Itinerários terapêuticos de usuários de álcool e outras drogas em busca do

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.041-210

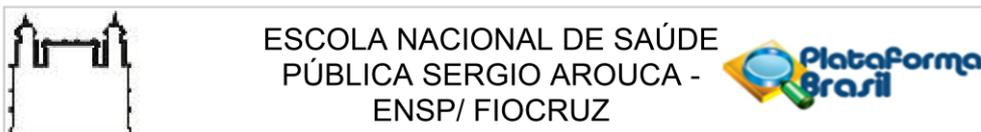
UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2598-2863

Fax: (21)2598-2863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 3.517.423

cuidado no município de Teresina, Piauí”, e concordo em participar”. (página 2, linha 49 a linha 51).

ANÁLISE DO CEP: observado no TCLE a inserção do texto acima e formatado conforme padronização do CEP/ENSP.

PENDÊNCIA ATENDIDA.

1.6 Informar o tempo aproximado de duração para a aplicação da entrevista.

Resposta da pendência 1.6:

A entrevista terá duração de, aproximadamente, 20 minutos. (página 1, linha 9).

ANÁLISE DO CEP: observado no documento a informação pedida conforme padronização do CEP/ENSP.

PENDÊNCIA ATENDIDA.

1.7 Caso a gravação seja uma prerrogativa do participante, deverá constar ao final do termo as opções para que o participante assinale se autoriza a gravação ou não autoriza a gravação

Resposta da pendência 1.7:

Consta na página 2, linhas 52 e 53:

ANÁLISE DO CEP: observado no documento a solicitação de autorização ou não de gravação, conforme padronização do CEP/ENSP.

PENDÊNCIA ATENDIDA.

1.8 Conforme as exigências da Conep, o termo deve conter uma breve descrição do CEP. Esta descrição pode ser copiada do Roteiro de TCLE disponível no portal do CEP/ENSP

Resposta da pendência 1.8:

Consta na página 2, da linha 32 à linha 40, o seguinte:

O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas.

Telefone: (21) 2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br Site: <http://www6.ensp.fiocruz.br/etica/>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP) / FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1.480, Térreo, Manguinhos. Rio de Janeiro – RJ. CEP: 21041-210.

ANÁLISE DO CEP: observado documento formatado conforme exigência da Conep.

PENDÊNCIA ATENDIDA.

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 3.517.423

1.9 No final do TCLE, incluir local e data antes das assinaturas pertinentes.

Resposta da pendência 1.9:

Teresina, Piauí, ____ de _____ de _____. (página 2, linha 45).

ANÁLISE DO CEP: observado documento formatado conforme padronização do CEP/ENSP.

PENDÊNCIA ATENDIDA.

1.10 As assinaturas do participante da pesquisa e do pesquisador não poderão figurar em página isolada do texto.

Resposta da pendência 1.10

Assinatura da Pesquisadora (página 2, linha 46); e assinatura do participante da pesquisa (página 2, linha 54).

ANÁLISE DO CEP: observado documento formatado conforme padronização do CEP/ENSP.

PENDÊNCIA ATENDIDA.

1.11 Deve constar no TCLE que, em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, o participante da pesquisa pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP, conforme explícito no Roteiro de TCLE disponível no portal do CEP/ENSP.

Resposta da pendência 1.11

"Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP)." (página 2, linha 31 a linha 32).

ANÁLISE DO CEP: observado no documento o texto acima, conforme padronização do CEP/ENSP.

PENDÊNCIA ATENDIDA.

2. Incluir Termo de Anuência da Secretaria/Fundação Municipal de Saúde de Teresina.

Resposta da pendência 2:

Apresento um Termo de Compromisso do Pesquisador Responsável em anexar o Termo de Anuência da Instituição Co-participante na Plataforma Brasil, assim que o mesmo for obtido, pois a Fundação Municipal de Saúde (FMS) de Teresina, instituição coparticipante deste estudo, estabeleceu como requisito para autorização da realização da pesquisa a prévia apreciação do projeto pela Comissão de Ética em Pesquisa da Instituição.

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 3.517.423

Há algum documento anexado para a pendência 2?

(X) sim. Inserir o nome do arquivo postado na plataforma: Termo_de_Compromisso_do_Pesquisador_Responsavel_para_anexar_o_Termo_de_Anuencia_da_Instituicao_Coparticipante_MODIFICADO

() não

ANÁLISE DO CEP: O CEP/ENSP considera o documento apresentado adequado para substituir a temporalidade de entrega do Termo de Anuência.

PENDÊNCIA ATENDIDA.

O CEP/ENSP considera que o protocolo do projeto de pesquisa ora apresentado contempla os quesitos éticos necessários estando apto a ser iniciado.

Este projeto também será apreciado pela Comissão de Ética em Pesquisa da Instituição co-participante - Fundação Municipal de Saúde de Teresina, que será responsável pelo Termo de Anuência.

Considerações Finais a critério do CEP:

Pesquisador se comprometeu a entregar o termo de anuência da instituição coparticipante envolvida na pesquisa, saber:

- Fundação Municipal de Saúde de Teresina

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 3.517.423

O termo explicitado acima deverá ser enviado pela Plataforma Brasil como "NOTIFICAÇÃO" e a via original entregue no CEP tão logo os tenha obtido.

ATENÇÃO:

(A)***CASO OCORRA ALGUMA ALTERAÇÃO NO FINANCIAMENTO DO PROJETO ORA APRESENTADO (ALTERAÇÃO DE PATROCINADOR, COPATROCÍNIO, MODIFICAÇÃO NO ORÇAMENTO), O PESQUISADOR TEM A RESPONSABILIDADE DE SUBMETER UMA EMENDA AO CEP SOLICITANDO AS ALTERAÇÕES NECESSÁRIAS. A NOVA FOLHA DE ROSTO A SER GERADA DEVERÁ SER ASSINADA NOS CAMPOS PERTINENTES E A VIA ORIGINAL DEVERÁ SER ENTREGUE NO CEP. ATENTAR PARA A NECESSIDADE DE ATUALIZAÇÃO DO CRONOGRAMA DA PESQUISA.

(B)***CASO O PROJETO SEJA CONCORRENTE DE EDITAL, SOLICITA-SE ENCAMINHAR AO CEP, PELA PLATAFORMA BRASIL, COMO NOTIFICAÇÃO, O COMPROVANTE DE APROVAÇÃO. PARA ESTES CASOS, A LIBERAÇÃO PARA O INÍCIO DO TRABALHO DE CAMPO (COLETA DE DADOS, ABORDAGEM DE POSSÍVEIS PARTICIPANTES ETC.) ESTÁ CONDICIONADA À APRESENTAÇÃO DA FOLHA DE ROSTO, ASSINADA PELO PATROCINADOR, EM ATÉ 15 (QUINZE) DIAS APÓS A DIVULGAÇÃO DO RESULTADO DO EDITAL AO QUAL O PROJETO FOI SUBMETIDO.***

(C)***PARA CASOS DE ATENDIMENTO SIMULTÂNEO DAS EXIGÊNCIAS (A) E (B), ENCAMINHAR SOMENTE A EMENDA.

Verifique o cumprimento das observações a seguir:

1* Em atendimento as Resoluções CNS nº 466/2012, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar ao CEP RELATÓRIOS PARCIAIS (semestrais) e FINAL. Os relatórios compreendem meio de acompanhamento pelos CEP, assim como outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa. O relatório deve ser enviado pela Plataforma Brasil em forma de "notificação". Os modelos de relatórios que devem ser utilizados encontram-se disponíveis na homepage do CEP/ENSP (www.ensp.fiocruz.br/etica).

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 3.517.423

2* Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP, como EMENDA. Deve-se aguardar parecer favorável do CEP antes de efetuar a/s modificação/ões.

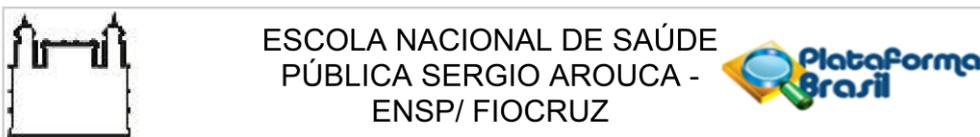
3* Justificar fundamentadamente, caso haja necessidade de interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

4* O Comitê de Ética em Pesquisa não analisa aspectos referentes a direitos de propriedade intelectual e ao uso de criações protegidas por esses direitos. Recomenda-se que qualquer consulta que envolva matéria de propriedade intelectual seja encaminhada diretamente pelo pesquisador ao Núcleo de Inovação Tecnológica da Unidade.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	FolhadeRostoValeriaRaquelBarbosa.pdf	19/08/2019 16:35:40	Jennifer Braathen Salgueiro	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1368496.pdf	09/08/2019 23:17:40		Aceito
Outros	MODIFICADO_Termo_de_Compromisso_do_Pesquisador_Responsavel_para_anexar_o_Termo_de_Anuencia_da_Instituicao_Coparticipante.pdf	09/08/2019 23:16:05	VALÉRIA RAQUEL ALCANTARA BARBOSA	Aceito
Outros	Formulario_resp_pend_parecer_3460952.doc	02/08/2019 15:24:06	VALÉRIA RAQUEL ALCANTARA BARBOSA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido_MODIFICADO.docx	02/08/2019 15:17:17	VALÉRIA RAQUEL ALCANTARA BARBOSA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Tese_Valeria_Raquel_Alcantara_Barbosa_MODIFICADO.pdf	02/08/2019 15:15:52	VALÉRIA RAQUEL ALCANTARA BARBOSA	Aceito

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 3.517.423

Outros	Formulário de Encaminhamento_Valeria Raquel Barbosa.pdf	11/07/2019 09:25:12	Sueli Rosa Gama	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Tese_Valeria_Raquel_Alcantara_Barbosa.pdf	28/06/2019 00:30:04	VALÉRIA RAQUEL ALCANTARA BARBOSA	Aceito
Outros	Carta_de_Encaminhamento_para_FMS.pdf	28/06/2019 00:13:01	VALÉRIA RAQUEL ALCANTARA BARBOSA	Aceito
Outros	TCUD.pdf	28/06/2019 00:07:21	VALÉRIA RAQUEL ALCANTARA BARBOSA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_DE_COMPROMISSO_DOS_PESQUISADORES.pdf	27/06/2019 02:17:31	VALÉRIA RAQUEL ALCANTARA BARBOSA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	27/06/2019 02:16:03	VALÉRIA RAQUEL ALCANTARA BARBOSA	Aceito
Outros	Roteiro_de_entrevista_semiestruturada.pdf	27/06/2019 01:19:19	VALÉRIA RAQUEL ALCANTARA BARBOSA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido.pdf	27/06/2019 01:15:01	VALÉRIA RAQUEL ALCANTARA BARBOSA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	27/06/2019 01:11:39	VALÉRIA RAQUEL ALCANTARA BARBOSA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	27/06/2019 00:50:39	VALÉRIA RAQUEL ALCANTARA BARBOSA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 19 de Agosto de 2019

Assinado por:
Jennifer Braathen Salgueiro
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 Fax: (21)2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br

ANEXO B – DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

FMS
Fundação Municipal
de Saúde



DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

Declaro estar ciente dos objetivos do Projeto de Pesquisa “**INTINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS EM BUSCA DO CUIDADO NO MUNICÍPIO DE TERESINA-PI**” e concordo em autorizar a execução da mesma nesta instituição. Esta Instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente Protocolo de Pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança.

Conforme Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, a pesquisa só terá início nesta instituição após apresentação do Parecer de Aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP). Autorizo às pesquisadoras: **ELYNE MONTENEGRO ENGSTROM E VALÉRIA RAQUEL ALCÂNTARA BARBOSA** acesso a base de dados sobre os encaminhamentos para saúde mental e realização de entrevistas com usuários da rede da Atenção Psicossocial.

Teresina, 08 de agosto de 2019.

mfefantrago

Maria Luci Esteves Santiago
Comissão de Ética em Pesquisa da
Fundação Municipal de Saúde

Maria Luci D. Santiago
Apoiadora / Membro Técnico
GAE / FMS
Matrícula: 42587

