



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Matheus Eduardo Rodrigues Martins

**A Construção de Autonomia nos Serviços Públicos Brasileiros de Atenção em Saúde a
Usuários de Crack, Álcool e Outras Drogas**

Florianópolis
2021

Matheus Eduardo Rodrigues Martins

**A Construção de Autonomia nos Serviços Públicos Brasileiros de Atenção em Saúde a
Usuários de Crack, Álcool e Outras Drogas**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-graduação
em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa
Catarina para a obtenção do título de mestre em saúde
coletiva

Orientadora: Prof. Fátima Buchele Assis, Dr.

Coorientadora: Prof. Carolina Bolsoni, Dr.

Florianópolis

2021

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Martins, Matheus Eduardo Rodrigues

A Construção de autonomia nos serviços públicos
brasileiros de atenção em saúde a usuários de crack, álcool
e outras drogas / Matheus Eduardo Rodrigues Martins ;
orientadora, Fatima Buchele Assis, coorientadora,
Carolina Bolsoni, 2021.

155 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós
Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2021.

Inclui referências.

1. Saúde Coletiva. 2. Construção de Autonomia. 3.
Usuários de drogas. 4. Rede de Atenção Psicossocial. I.
Assis, Fatima Buchele . II. Bolsoni, Carolina. III.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós
Graduação em Saúde Coletiva. IV. Título.

Matheus Eduardo Rodrigues Martins

**A Construção de Autonomia nos Serviços Públicos Brasileiros de Atenção em Saúde a
Usuários de Crack, Álcool e Outras Drogas**

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado por banca
examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.(a) Fatima Buchele Assis, Dra.
UFSC

Prof.(a), Daniele Farina Zanotto, Dra.
HU-UFSC

Prof.(a), Sheila Rubia Linder, Dra.
UFSC

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi
julgado adequado para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva.

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Prof.(a) Fatima Buchele Assis, Dr.(a)
Orientador(a)

Florianópolis, 2021

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço à minha família, por todo apoio necessário às minhas escolhas, apoio material e afetivo incomensuráveis. Minha mãe, meu pai e irmão. Muito de quem sou tem um tanto de vocês. Obrigado pela dedicação, pelo trabalho muitas vezes árduo que realizaram, para eu poder seguir meu caminho. À minha mãe, pelo cuidado, e por ter me ensinado força, coragem e esperança, seja na situação em que estivesse. Ao meu pai, pela garra e pelo cuidado.

Agradeço também às minhas avós, Zelair e Antônia, e aos meus avôs, Rogério e Ormino (em memória), por serem poços profundos de sabedoria e amor, e terem me ensinado de maneira simples a saber de onde vim e quem sou.

Agradeço aos meus amigos, principalmente aos que estiveram próximos durante o período de mestrado, sempre dando apoio muitas vezes sem saber que assim faziam. Agradecimento especial à minha amiga e colega de mestrado Bruna, pelo apoio afetivo e material, pelas conversas, “rolês” e pousos. Agradeço à Thais e à Lizi, amigas e colegas também especiais durante esse período, pelas trocas, pelas risadas e pelos dias e noites de trabalho acadêmico.

Agradeço ao Vina e à Júlia, que por momentos breves mas intensos acabaram se tornando, pra além de amigos, família. Obrigado pelas acolhidas, em diversos sentidos! Agradeço ao Makita, ao Vina, ao Dudu, presentes em períodos importantes durante meu mestrado, e a todas e todos os “largatxs”, pela intensa e verdadeira amizade. Aos amigos feitos no trabalho/ UFSC, aos feitos em Curitiba, aos amigos de longa data, obrigado por partilharem a vida: Terka, Clothilde, Higor, Louzada, André, Ênio, Natan, Valdeir, Cris, Leticia, Juliane, Elisani e tantos outros.

Agradeço com grande carinho as minhas orientadoras, Fátima e Carol. Fátima pela sua característica tão humana, de acolher, tanto questões acadêmicas quanto pessoais, e por quem desenvolvi grande admiração e respeito. À Carol, por sua maneira responsável e ao mesmo tempo tranquila com a qual me orientou.

Agradeço a todas as trabalhadoras e trabalhadores que possibilitam estarmos desenvolvendo pesquisas na universidade. Aos TAEs e professores, que detêm como objetivo produzir conhecimento para melhorar a vida de todos. E ao mesmo tempo constroem pessoas. Obrigado também às trabalhadoras e trabalhadores terceirizados, da limpeza, da segurança, da manutenção... sem os quais não haveria UFSC. Em especial, todos os trabalhadores da saúde que em 2020, de pandemia de COVID-19, doaram-se para salvar vidas. Alguns dos quais tive a honra de atender no hospital universitário.

E agradeço, também, a todos os outros trabalhadores que produzem tudo o que necessitamos. Nossas roupas, nossa comida, nossas casas, nossos meios de transporte, nossa educação e saúde. Pessoas que muitas vezes produzem em péssimas condições, que muitas vezes vivem em péssimas condições, mas são essenciais para a vida. Condições e vida que fazem parte da análise desta pesquisa.

A miséria tem muitas faces: a da fome e da indignação e a do empobrecimento total da existência humana. A racionalidade burguesa conservou a primeira nos bolsões necessários ao equilíbrio da lógica econômica sobre a qual se fundamenta, mas produziu a segunda em seu próprio seio. É nesse mundo generalizado de miséria econômica e psicológica que as necessidades se exprimem de modo confuso e indiferenciado: necessidades que nascem da urgência da vida, de um corpo que não aceita ser mutilado e mortificado, de uma subjetividade que não quer ser reprimida e violentada, e que acha demasiado estreito o espaço que lhe é concedido. Regras, interdições, tabus, proibições, repressões; divisões de classe, de raça, de cor, de sexo, de papel; abusos de poder, injustiças e humilhações, violência organizada e permanente: isso é o que constitui o mundo da norma. [...] Mas há um momento no qual tudo isso se exprime sob a forma de demandas que esperam respostas. Mas é essa demanda que fica sem resposta e que é fragmentada em tantos riachos quantas são as respostas técnicas preparadas pela racionalidade do poder. [...] Se não consegue expressar-se em formas organizadas e finalizadas de luta, essa necessidade pode desaguar em comportamentos irracionais e incontroláveis, expressão da irrefreabilidade do sofrimento e da impossibilidade de encontrar modos diferentes de comunicá-lo. Mas, quando a estes se superpõe a etiqueta de "doença", sua voz fica desnaturada, substituindo a concretude da realidade, da qual provém, pelo fantasma do símbolo. [...] Quando tudo já aconteceu, é difícil reconstruir os pedaços daquelas necessidades sem resposta, juntar novamente aquelas demandas para que sejam reformuladas - num momento em que a esperança que poderia cimentá-las já desapareceu, frustrada que foi por demasiado tempo. Primeiro mata-se o homem ou impede-se que ele viva, e depois a "ciência" - a psiquiatria e as ciências humanas - piedosamente, preocupa-se com as reações de impotência e desespero, ou de apatia, recusa, associalidade que acompanham a morte por asfixia. [...] Continuar aceitando à psiquiatria e a definição de "doença mental" significa aceitar que o mundo desumanizado em que vivemos seja o único mundo humano, natural, imodificável, contra o qual os homens estão desarmados. Se assim for, continuemos a sedar os sintomas, a fazer diagnósticos, a ministrar cuidados e tratamentos, a inventar novas técnicas terapêuticas: mas sabedores de que o problema está em outro lugar. Porque "sem esperança não é a realidade, mas o saber que - no símbolo fantástico ou matemático - se apropria da realidade como esquema e assim a perpetua". FRANCO BASAGLIA e FRANCA ONGARO, 1979.

RESUMO

A presente pesquisa teve como objetivo caracterizar a construção de autonomia nos serviços brasileiros públicos de cuidado em saúde a usuários de drogas. Foi realizada uma revisão integrativa. Buscou-se a literatura científica nas bases de dados *PUBMED*, *PSYCINFO*, *BVS/OPAS* e *WEB OF SCIENCE*. Foram selecionados e analisados vinte e dois estudos. Os resultados são apresentados por meio de dois artigos distintos. O primeiro apresenta os conceitos de construção de autonomia utilizados nas pesquisas. Foram identificados conceitos embasados na Atenção Psicossocial, na Redução de Danos, na Promoção da Saúde, na Saúde Coletiva, na Teoria das redes de suporte e na Teoria do cuidado em enfermagem. Constatou-se que a construção de autonomia é um processo que depende de diferentes ações, que podem ser sistematizadas em três dimensões interrelacionadas, a da singularidade: resgate de autonomia no processo terapêutico; dos vínculos: construção corresponsável de autonomia; e sociopolítica: construção de autonomia em amplitude coletiva. Aponta-se que é um conceito que potencializa o desenvolvimento de ações das políticas de saúde mental e drogas no país, direcionadas para a desinstitucionalização e a promoção da saúde. O segundo artigo descreve as ações e dificuldades relativas à construção de autonomia nos serviços abordados pela literatura. Foram evidenciadas ações que constroem autonomia, como desenvolvimento de planos terapêuticos singulares, grupos terapêuticos e oficinas de RD. Também se encontrou barreiras à essa construção, como a exigência da abstinência e a não participação dos usuários na organização dos serviços. Quase não foram encontradas ações intersetoriais, de reinserção social por vínculos de trabalho, tampouco participação em instâncias comunitárias e políticas. Denotou-se um conjunto de práticas contraditório e difuso, havendo ações que constroem autonomia e outras que impõem o controle sobre o usuário. O que prepondera é a dimensão do resgate de valor individual, em detrimento da dimensão da corresponsabilidade e da participação sociopolítica. Ainda assim, as ações desenvolvidas pelos CAPS e serviços de atenção primária demonstram ser um avanço em relação à lógica psiquiátrica biomédica, sendo fundamentais frente à estigmatização social. Considera-se a necessidade de maior investimento na rede de atenção psicossocial, e o apoio para a construção de uma lógica de cuidado em nível social, uma sociedade que receba e construa junto ao excluído condições materiais nas quais possa reconstituir sua vida. Considera-se que os dispositivos de cuidado, mais do que estarem geograficamente fora dos muros brancos e intransponíveis das instituições totais, devem fazer parte da transformação social, constantemente em busca de autonomia.

Palavras-chave: 1. Construção de Autonomia 2. Usuários de drogas 3. Rede de Atenção Psicossocial

ABSTRACT

This research aimed to characterize the development of autonomy in Brazilian public health care services for drug users. The methodology corresponds to an integrative review. The scientific literature was searched at PUBMED, PSYCINFO, BVS/OPAS and WEB OF SCIENCE databases. Twenty-two studies were selected and analyzed. The results are presented in two distinct articles. The first one presents the concepts of development of autonomy used in the selected articles. Concepts based on Psychosocial Care, Harm Reduction, Health Promotion, Collective Health, Support Network Theory and Nursing Care Theory were identified. It was found that the development of autonomy is a process that depends on different actions, which can be systematized in three interrelated dimensions, that of singularity: rescue of autonomy in the therapeutic process; of the bonds: co-responsible development of autonomy; and sociopolitical: building autonomy on a collective scale. It is pointed out that it is a concept that enhances the development of mental health and drug policy actions in the hole country, aimed at deinstitutionalization and health promotion. The second article describes the actions and difficulties related to the development of autonomy in the services covered by the literature. Actions that build autonomy were evidenced, such as the development of unique therapeutic plans, therapeutic groups and harm reduction workshops. Barriers to this construction were also found, such as the requirement of abstinence and the non-participation of users in the organization of services. Almost no intersectoral actions were found, for social reintegration through employment links, nor participation in community and political instances. A contradictory and diffuse set of practices was denoted, with actions that build autonomy and others that impose control over the user. What prevails is the dimension of individual value rescue, beside the detriment of the dimension of co-responsibility and socio-political participation. Even so, the actions developed by CAPSADs and primary care services prove to be an advance in relation to the biomedical psychiatric logic, being so fundamental in face of social stigmatization. It is considered the need for greater investment in the Psychosocial Care Network, and support for the construction of a logic of care at the social level. A society that receives and builds with people excluded material conditions in which they can reconstruct their lives. It is considered that care institutions, more than being geographically outside the white and insurmountable walls of total institutions, must be part of social transformation, constantly in search of autonomy.

Keywords: 1. Development of autonomy. 2. Drug users. 3. Psychosocial Care Network

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma: Etapas de seleção dos estudos..... 68

Manuscrito 1

Figura 2 – Fluxograma: Etapas de seleção dos estudos..... 81

Figura 3 - Síntese das dimensões da construção de Autonomia..... 97

Manuscrito 2

Fugira 4 - Fluxograma: Etapas de seleção dos estudos 110

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Protocolos de pesquisa por base de dados	68
Quadro 2 - Número de estudos excluídos por critério de exclusão.....	70
Quadro 03 - Ações e iniciativas relativas às dimensões de autonomia.....	72
Quadro 04 - Apresentação dos conceitos de construção de autonomia, seu campo teórico e sua referência de base.....	75

Manuscrito 1

Quadro 1 – Apresentação dos conceitos de construção de autonomia, seu campo teórico e sua referência de base	82
--	----

Manuscrito 2

Quadro 1 – Ações e iniciativas relativas às dimensões de autonomia.....	111
Quadro 2 – Dados de caracterização dos estudos selecionados	112
Quadro 3 – Conjunto de ações desenvolvidas pelos estudos selecionados.....	114

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA/NA	Alcoólicos Anônimos / Narcóticos Anônimos
AB	Atenção básica
ABORDA	Associação Brasileira de Redução de Danos
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>)
ARCT	Atenção Residencial de Caráter Transitório
APS	Atenção primária em Saúde
CAPS	Centro de atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CONAD	Conselho Nacional de Política Sobre Drogas
CnR	Consultório na Rua
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CSM	Centro de Saúde Mental
CTs	Comunidades Terapêuticas
HRI	<i>Harm Reduction International</i>
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PAIUAD	Política Atenção Integral a Usuários de Álcool e Drogas
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de Danos
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
UA	Unidade de Acolhimento
US	Unidade de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	OBJETIVOS	20
2.1	Objetivo Geral	20
2.2	Objetivos Específicos	20
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	21
3.1	O Paradigma da saúde coletiva no campo das drogas	22
3.1.1	Atenção Psicossocial: das Psiquiatrias reformadas à Rede de atenção psicossocial	23
3.1.1.1	<i>Surgimento da instituição psiquiátrica e suas características.....</i>	<i>24</i>
3.1.1.2	<i>As psiquiatrias reformadas.....</i>	<i>26</i>
3.1.1.3	<i>Psiquiatria da desinstitucionalização: da doença à existência-sofrimento</i>	<i>31</i>
3.1.1.4	<i>Conceito de Atenção psicossocial: A Saúde Mental Coletiva.....</i>	<i>35</i>
3.1.1.5	<i>Princípios da Atenção Psicossocial e Autonomia</i>	<i>38</i>
3.1.1.6	<i>Em Síntese: a construção de autonomia na atenção psicossocial</i>	<i>41</i>
3.1.2	Redução de Danos: do cuidado pragmático coletivo a estratégia de Política Pública	43
3.1.2.1	<i>Histórico da redução de danos.....</i>	<i>44</i>
3.1.2.2	<i>Acerca do conceito de redução de danos</i>	<i>48</i>
3.1.2.3	<i>Redução de danos nas políticas públicas brasileiras.....</i>	<i>51</i>
3.1.3	Princípios do SUS, Promoção da Saúde e Autonomia	53
3.1.3.1	<i>Do seguro social à seguridade social: saúde como conquista democrática da RSB</i>	<i>53</i>
3.1.3.2	<i>Princípios e diretrizes do SUS.....</i>	<i>56</i>
3.1.3.3	<i>Saúde mental e drogas e atenção primária em saúde</i>	<i>59</i>
3.1.3.4	<i>Promoção da saúde e Autonomia</i>	<i>60</i>
4	MÉTODO	66
4.1	Características do estudo	66

4.2	Buscas nas bases de dados	67
4.3	Protocolos de busca	68
4.4	Estudos duplicados e Critérios de exclusão e inclusão	69
4.5	Critérios de inclusão	70
4.6	Análise de Dados	71
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	76
5.1	Manuscrito 1	77
5.2	Manuscrito 2	105
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	128
	REFERÊNCIAS.....	131
	APÊNDICE A – Dados de caracterização dos estudos selecionados	15
	APÊNDICE B – Dados referentes a formação dos autores, ano de publicação, área do periódico e categoria do serviço.....	18
	APÊNDICE C – Quadro de sistematização de resultados e considerações finais	22

1 INTRODUÇÃO

Os serviços e ações direcionados ao cuidado em saúde a pessoas que fazem uso abusivo de drogas se consolidaram no início dos anos 2000, com a política nacional sobre drogas (TEIXEIRA et al, 2017; VARGAS e CAMPOS, 2019). A própria conciliação do campo das drogas à saúde pública acontece no âmbito do processo de concretização do Sistema Único de Saúde (SUS). As políticas de Estado relacionadas as drogas por muito tempo estiveram confinadas ao estreito e violento espaço das políticas policiais, carcerárias e manicomial (políticas de segurança pública e justiça); sendo que a abordagem aos usuários, quando ocorria, era feita pela lógica do controle e punição (SOARES, 2007; MACHADO e BOARINI, 2013; SOUZA et al, 2017).

A própria diferenciação entre o uso e o tráfico só se consolida no século XXI, há 15 anos, com a Política Nacional Sobre Drogas (resolução nº3/CONAD/2005); possibilitando, portanto, a abordagem específica sobre o uso abusivo sem contradições estritamente legais. O uso abusivo se caracteriza por trazer danos em nível físico, psicológico ou social; está relacionado a uma diversidade de agravos à saúde, intensificando situações de vulnerabilidade e conflitos sociais (BRASIL, 2017).

Essa inserção de um novo paradigma relativo às drogas se fundamenta em nível nacional na Política para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (PAIUAD/2003). Esta efetivou, em nível federal, um conjunto de arcabouços teóricos e suas práticas de cuidado que vinham sendo desenvolvidas em diferentes locais, como a atenção psicossocial e a redução de danos, alinhadas ao sistema público desenvolvido sob o campo da saúde coletiva; conjunto que passou a ser compreendido como paradigma psicossocial, ou da saúde coletiva, no campo das drogas (SANTOS & SOARES, 2013; BRITES, 2015). Essa Política não fez, entretanto, que deixasse de ocorrer a disputa de espaço com as políticas de controle e punição de cunho biomédico-moral (PASSOS & SOUZA, 2011; TEIXEIRA et al, 2017).

Esses arcabouços que compõem o paradigma psicossocial detêm em comum, como importante pilar, a contraposição ao modelo biomédico-psiquiátrico e moral, modelo que em conjunto a políticas econômico-liberais conforma a Guerra às drogas (HART, 2014; GOMES-MEDEIROS et al, 2019). O modelo biomédico - e sua concepção de saúde – foi muito criticado, nas últimas décadas do século XX, por falhar no que diz respeito à explicação do processo

saúde-adoecimento populacional, ao planejamento dos sistemas de saúde e à efetividade das ações de cuidado (PAIM & ALMEIDA FILHO, 2000; BUSS, 2000).

Desta forma, esse novo direcionamento, baseado no conceito ampliado de saúde, desenvolveu novas concepções e novas práticas no terreno coletivo do cuidado. O conceito ampliado coloca em evidência, na compreensão do processo saúde-doença, as condições de produção e reprodução da vida das populações, os vínculos estabelecidos sob o julgo destas condições e a singularidade dos sujeitos (CAMPOS et al, 2004). Estabeleceu que não só as ações de saúde institucionais incidem sobre o processo saúde-doença dos sujeitos e grupos, mas também que as ações desses sujeitos, seus saberes e anseios podem incidir sobre a saúde-doença e a própria construção das políticas de saúde (CZERESNIA, 2003; ONOCKO CAMPOS e CAMPOS, 2006).

O novo paradigma inaugurou, portanto, uma valorização da dimensão subjetiva - antes pouco evidenciada a respeito do objeto saúde; uma valorização das vivências e potencialidades dos usuários e trabalhadores do setor, que proporciona diálogo com saberes populares e que concretiza novas perspectivas de reflexão e ação (SOARES E CAMARGO-JÚNIOR, 2007; FLEURY-TEIXEIRA, 2008). Conceito que unifica a importância da subjetividade e do protagonismo dos sujeitos é o de construção de autonomia (AMARANTE, 1996; KINOSHITA, 2001; ONOCKO CAMPOS e CAMPOS, 2006).

A construção de autonomia, segundo Kinoshita (2001), busca que os sujeitos sejam reconhecidos enquanto detentores de valor social, não sendo menos responsáveis devido a seu sofrimento e diagnóstico, sendo necessário respeitar sua vontade nas práticas de cuidado. Além de que busca possibilitar sua participação na construção de um novo lugar social aos excluídos pela estigmatização. Amarante (1996) enfatiza que a principal maneira de avaliar os serviços provenientes da reforma psiquiátrica, como os atuais serviços no campo das drogas, deve ser o grau de autonomia construído entre usuários, profissionais e sociedade; e que deve sempre ocorrer um estranhamento das ações e locais de cuidado, para evitar que a transformação da lógica de atenção à saúde não se torne meramente uma reorganização tecnocrática e institucional, que limitasse a construção de autonomia entre os sujeitos.

A construção pelo cuidado de sujeitos autônomos - individual e coletivamente -, portanto, é objetivo dos processos terapêuticos nos serviços públicos brasileiros de atenção à saúde de pessoas que fazem uso abusivo de drogas. Isso é evidente com as duas principais legislações acerca do campo das drogas no Brasil, que são a já citada Política para Atenção

Integral e a Lei 11.343/2006 (que "prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas") (BRASIL, 2006). Em ambas a construção de autonomia consta como princípio e diretriz.

Desde a gênese do paradigma da saúde coletiva no campo das drogas, o objetivo da construção de autonomia, entretanto, é colocado em questão; e estudos no decorrer dos anos vem buscando identificar avanços e dificuldades para a construção de autonomia. Não se questiona tal objetivo, porém, por haver dúvida quanto à sua necessidade; mas pela própria característica do paradigma da saúde coletiva. Isso porque tal paradigma se propõe não somente a construir novos serviços que não estejam baseados na lógica da exclusão, mas a construir uma nova lógica de cuidado a nível social, uma sociedade que receba e construa junto ao excluído condições materiais nas quais possa reconstituir sua vida (ROTELLI, 1990; AMARANTE, 1996). Os dispositivos/ações de cuidado, mais do que estarem geograficamente fora dos muros brancos e intransponíveis das instituições totais, devem fazer parte da transformação social, constantemente em busca de autonomia (ROTELLI, 1990; YASUI, 2006).

É com base nesta compreensão processual que diversos autores têm investigado os serviços psicossociais e chego a determinadas considerações. Costa et al (2015) expressa que houve um atraso histórico de políticas de cuidado no campo, facilitando a “perpetuação” do paradigma biomédica-moral. Oliveira e Santos (2010) exemplificam essa lógica por meio dos grupos Alcoólicos/Narcóticos Anônimos. Esses grupos incorrem na culpabilização individual e as pessoas só são aceitas caso se adequem à abstinência. Exemplificam também pelos hospitais psiquiátricos, onde prepondera não só a abstinência, mas também a reclusão e o tratamento biomédico. Os autores expressam que 50% ou mais das internações em hospitais psiquiátricos nas últimas décadas do século XX correspondiam a de usuários de drogas.

Sanches (2018), ao analisar as perspectivas dos profissionais de CAPS-AD, expressa que estes reconhecem a dificuldade em superar, no serviço e socialmente, a estigmatização do usuário, pois não há ações de reinserção social, como geração de emprego/renda, e o financiamento aos serviços é insuficiente, que são dificuldades também apontadas por Sena (2010) e Conejo (2017). Os autores destacam também a falta de formação em saúde mental, sobretudo no campo das drogas, tanto durante os cursos de graduação quanto em formação continuada. Esse conjunto de dificuldades reflete grande descontentamento entre os profissionais, levando-os a se resignarem à não sustentação do modelo psicossocial.

O que o conjunto desses autores parece demonstrar, entretanto, não é que os serviços substitutivos não estão em alguma medida construindo autonomia. Mas que a criação desses serviços e a promoção dessas atividades, como estão ocorrendo, por si só não possibilitam a construção de autonomia a um nível social. Amarante (1997) e Yasui (2006) já expressavam que implantar um serviço com as características dos CAPS não significa necessariamente uma adesão dos trabalhadores e gestores aos princípios do novo paradigma proposto, tampouco garante que a rede assistencial seja de fato ampliada para incluir socialmente os usuários.

A continuidade da lógica biomédica-moral também ocorre por meio de serviços não públicos, mas que detêm significativa atuação no tratamento ao uso abusivo de drogas: as comunidades terapêuticas (CTs). As CTs, instituições filantrópico-privadas (que historicamente recebem investimento público), executam tratamentos baseados na reclusão, na abstinência, no trabalho não remunerado e, na maioria das instituições, sob uma lógica religiosa. Autores diversos expressam o quanto a existência desses serviços é contraditória em relação às políticas públicas atuais, principalmente porque recebem investimento governamental (GOMES–MEDEIROS et al, 2019; RIBEIRO & MINAYO, 2020). São serviços, portanto, que colocam em xeque todo conjunto de serviços e ações voltados para a construção de autonomia.

Há, portanto, dois paradigmas antagônicos que coexistem e disputam espaço no campo das drogas no Brasil. Desde 2018 essa contraposição tornara-se manifesta na esfera de governo. Em março de 2018, no Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), defensores do paradigma biomédico-moral propuseram e conseguiram aprovar novas diretrizes, por meio da resolução nº1/2018. Essa resolução se concretizou com o decreto presidencial nº 9.761/2019, que revoga a Política Nacional sobre Drogas e implementa uma nova política. Segundo Martins et al (2019), o conjunto dessas legislações, entre muitas imposições, definem: a ampliação dos hospitais psiquiátricos como elementos da RAPS; a intensificação da utilização das CTs; a retirada da RD como estratégia de atenção, sendo substituída pela abstinência total; e a permissão à internação de crianças e adolescentes em hospitais psiquiátricos.

É importante frisar que as CTs são centrais na nova política, mesmo executando a reclusão social e considerando o uso abusivo uma patologia. Todas essas características foram “escancaradas” pelo Relatório de Inspeção Nacional de CTs, que revelou que são locais de privação de liberdade, uso de trabalhos forçados, violação à liberdade religiosa e à diversidade sexual, e internação irregular de adolescentes (CFP et al, 2018). As CTs, ainda, receberam largos investimentos em 2018 provenientes de três ministérios. Em 2019 as verbas para as CTs

aumentaram ainda mais. Segundo notícia própria, o Ministério da Cidadania expressa que o objetivo é chegar a 20 mil vagas financiadas até 2020, passando a um orçamento de 297,8 milhões (BRASIL, 2019), o que supera o orçamento destinado a toda RAPS.

É esse o panorama que configura o cuidado público em saúde às pessoas que fazem uso abusivo de drogas hoje. Parece que se busca retomar e intensificar, com as mudanças supra abordadas, uma política historicamente utilizada e que não detém avanços na construção de autonomia, sequer a nível individual tampouco a nível social.

Desta maneira, esta pesquisa objetiva caracterizar a construção de autonomia nos serviços de cuidado a usuários de drogas, por meio de revisão integrativa.

Uma pesquisa que busca caracterizar as ações para construção de autonomia que vem sendo realizadas em diferentes realidades, a partir de contribuições de distintos arcabouços teóricos, possibilita produzir um panorama acerca da rede de atenção psicossocial e verificar se as ações estão de acordo com objetivos e diretrizes da política de saúde mental e drogas. Além de propiciar, frente ao desmantelamento dessa política, apontar quais são suas transformações necessárias, inclusive para embasar a avaliação das modificações em curso.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Caracterizar a construção de autonomia nos serviços públicos brasileiros de atenção à saúde a pessoas que fazem uso abusivo de crack, álcool e outras drogas, por meio de uma revisão integrativa.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Descrever as ações dos serviços públicos brasileiros de atenção à saúde a pessoas que fazem uso abusivo de drogas que constroem autonomia, bem como as dificuldades para sua construção;
2. Apresentar as concepções de construção de autonomia utilizadas para analisar os serviços públicos brasileiros de atenção à saúde a pessoas que fazem uso abusivo de drogas;
3. Elaborar a associação das diferentes concepções de construção de autonomia que compõem o paradigma psicossocial no campo das drogas no Brasil.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Sistematizar as ações de construção de autonomia dos serviços de saúde direcionados às pessoas que fazem uso abusivo de drogas exige uma fundamentação teórica que perpassa paradigmas e processos diversos. Esses paradigmas e processos são, ao mesmo tempo, base para o surgimento dos serviços em análise, bem como os atravessam durante seu desenvolvimento e atual configuração – visto que se desenvolvem em conjunto. Isto conforma um objeto de pesquisa plural em termos de histórico de constituição e de arcabouço conceptual. Destarte, esta fundamentação intenta apresentar uma tecitura harmônica a partir de recortes desse histórico e desse arcabouço.

Esse arcabouço conceptual, como explanado na introdução e como destacaremos no decorrer desta fundamentação, detém em todos seus constituintes o conceito de construção de autonomia como fundamento, tais como o modo psicossocial, a redução de danos, o campo teórico da saúde coletiva e a promoção da saúde. Esse conjunto teórico só é agregado devido a conformação histórica do SUS em nosso país e detém, portanto, evidente influência da saúde coletiva. Tanto é que nos baseamos em autores que expressam que a totalidade desse conjunto teórico conforma o paradigma da saúde coletiva, ou psicossocial, no campo das drogas¹ (AMARANTE E LANCETTI, 2006; SANTOS E SOARES, 2013; BRITES, 2015). É relevante registrar, também, que esse paradigma só se conformou em suas características atuais em contraposição às políticas de Guerra às Drogas (SOARES, 2007; MACHADO E MIRANDA, 2007; PASSOS E SOUZA, 2011).

Portanto, faremos neste item uma contextualização dos princípios que unem a atenção psicossocial e a redução de danos na Política Nacional para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, marco institucional do paradigma da saúde coletiva nesse campo. Essa contextualização precede o primeiro subponto: “Saúde Mental e Atenção psicossocial: das psiquiatrias reformadas à Rede de Atenção Psicossocial”, sendo apresentados em seguida os

¹ Iremos nos referir, ao longo desta dissertação, em “campo das drogas” enquanto conceituação ampla que contempla tanto as ações e serviços de cuidado aos usuários de drogas, quanto as produções teórico-conceptuais produzidas para abordar a temática das drogas no Brasil no contexto da saúde coletiva. É um termo utilizado sobretudo por autores, como Soares (2007), Fiore (2012), Teixeira et al (2017) e Gomes-Medeiros et al (2019). Compreendemos que não é necessário especificar nesse termo a conexão entre saúde mental e drogas, visto que há muitos anos, tanto na teoria quanto na legislação, essa conexão já é clara e contempla a relação da Rede de Atenção Psicossocial, a saúde mental enquanto conjunto prático-teórico e o campo amplo das drogas. Como iremos abordar na dissertação, também iremos nos referir enquanto paradigma da saúde coletiva. Compreendemos que, sobretudo pelos gestores governamentais, é também comumente utilizado o termo Saúde Mental, Crack e Outras Drogas ou Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas e outras variações.

demais subpontos, a saber: “Redução de Danos: do cuidado pragmático coletivo a estratégia de Política Pública” e “Princípios do SUS, Promoção da Saúde e Autonomia”.

3.1 O PARADIGMA DA SAÚDE COLETIVA NO CAMPO DAS DROGAS

O início institucional do paradigma da saúde coletiva culmina de um período no qual diversos atores se contrapuseram à exclusão e à marginalização do usuário de drogas. Exclusão seja pela falta de serviços públicos que considerassem integralmente suas necessidades, seja pelos lugares aos quais eram submetidos à institucionalização e suas violências – lugares tanto da reclusão prisional/penal quanto da reclusão em hospitais psiquiátricos e instituições filantrópicas-privadas (MACHADO E MIRANDA, 2007; GOMES MEDEIROS et al, 2019; MARTINS et al, 2019). Foi nesse período que esses atores construíram experiências locais no campo do cuidado ao usuário – sejam elas auto-organizadas por usuários ou desenvolvidas pelas prefeituras -, tais como as associações de usuários e de redutores de danos, ou ações institucionais de redução de danos, como ocorrera na cidade de Santos (KINOSHITA, 2009; PASSOS E SOUZA, 2011).

Desta forma, a Política Nacional de 2003 abraça o conjunto dessas críticas e novas perspectivas em desenvolvimento; e nela se fundamenta que o cuidado em saúde a essa população deve deter nos serviços de Atenção Psicossocial seu local de referência, estando entre seus princípios e diretrizes os conceitos de território e rede, a estratégia de redução de danos e a relação com a rede ampliada de serviços de saúde, sobretudo os dispositivos da atenção primária (BRASIL, 2003). Esses princípios servem também para demarcar a diferenciação com as políticas de controle e criminalização das pastas governamentais de segurança pública e justiça, que nunca deixaram de reproduzir o modelo da Guerra às Drogas (GOMES MEDEIROS et al, 2019; MARTINS et al, 2019).

A relação entre o campo das drogas e a atenção psicossocial, portanto, ocorreu principalmente pela estratégia de redução de danos e devido as críticas aos hospitais psiquiátricos. Os grupos e associações de redutores de danos no Brasil detinham dentre princípios básicos a não moralização ou julgamento acerca do uso, buscando não necessariamente a abstinência, mas o uso consciente e o cuidado coletivo respeitando e construindo os territórios de convívio e uso (ALVES, 2009; PASSOS E SOUZA, 2011; MACHADO E BOARINI, 2013). As ações institucionais de prefeituras, por sua vez, abarcaram

esses princípios por pressão desses grupos por uma melhor saúde pública a essa população, e possibilitaram o desenvolvimento dessa estratégia enquanto política pública. Esses princípios (territorialidade, redução dos danos, não julgamento, corresponsabilidade entre pares, educação acerca das drogas etc), ao serem adotados pelo governo, foram pontos de associação entre políticas específicas no campo das drogas e as políticas de saúde mental (SOARES, 2007; MACHADO E BOARINI, 2013).

O histórico do campo das drogas demonstra, também, que muitos usuários eram internados em hospitais psiquiátricos, sob o julgo do modelo biomédico/moral predominante até a ascensão dos novos dispositivos de cuidado (MACHADO E MIRANDA, 2007; OLIVEIRA E SANTOS, 2010; PETUCO, 2015). Essa é outra conexão que fez com que os serviços de cuidado em saúde relativos às pessoas que fazem uso abusivo de drogas se constituíssem enquanto serviços da rede de saúde mental, pois muitas destas pessoas estavam sob as mesmas condições de violência institucional da lógica biomédica-asilar da psiquiatria clássica.

3.1.1 Atenção Psicossocial: das Psiquiatrias reformadas à Rede de atenção psicossocial

Baseamo-nos em Basaglia (1985; 2010a; 2010b), Barros (1994), Rotelli (1990), Amarante (1997; 2007), Desviat (1999) e Amarante e Lancetti (2006) para resgatar o histórico da atenção psicossocial, bem como resgatar a conformação dos princípios e características dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), como o de construção de autonomia. Na RAPS estão incluídos os serviços de cuidado a pessoas que fazem uso abusivo de drogas, desde os serviços de atenção primária (Consultório na Rua, UBSs, NASF, centros de convivência), serviços de referência especializada (CAPS-AD) e programas residenciais (como os Serviços Residenciais Terapêuticos/SRTs).

Amarante e Lancetti explicitam em “saúde mental e saúde coletiva” (2006) que falar acerca da assistência em saúde mental hoje, ou dos serviços de atenção psicossocial, é não somente falar dos dispositivos institucionais, mas percorrer uma longa trajetória de conformação do que se compreende enquanto saúde mental. Para tentar conectar a riqueza de práticas e conceitos do que considera um processo social complexo, Amarante (2007) se refere ao conjunto “Saúde Mental e Atenção Psicossocial”. Portanto, não desconecta os termos

conceituais originários, do início das práticas de saúde mental, das ações atuais do campo psicossocial.

Os autores expressam que é necessário percorrer desde o surgimento dos hospitais, sua transformação para locais de reclusão e controle, e posteriormente como local do tratamento médico moral no contexto de desenvolvimento dos estados modernos e do capitalismo; que é necessário abordar as contraposições a essa forma de tratamento que aconteceram em diferentes países e que cunharam práticas e conceitos que se desenvolvem hoje; que é necessário abordar as quebras de paradigmas, de saberes, entre a psiquiatria clássica e uma saúde mental interdisciplinar humana, visionária, que construía novas formas de relação entre os ditos pacientes, hoje usuários, e a sociedade (AMARANTE E LANCETTI, 2006).

Destacamos neste momento os pontos necessários para a compreensão mais significativa dos atuais princípios da atenção psicossocial, em especial a construção de autonomia. Nesse caminho de desenvolvimento da atenção psicossocial, é necessário abordar o surgimento do saber médico-psiquiátrico, as tentativas iniciais de contrapô-lo e, por fim, a organização da atenção psicossocial hoje.

3.1.1.1 Surgimento da instituição psiquiátrica e suas características

Amarante e Lancetti (2006) expressam que o saber médico psiquiátrico surgiu na França pós revolução francesa. Durante esse período histórico, há a queda do absolutismo e avançam as ideias iluministas/racionalistas e burguesas da revolução francesa. Um local que se modifica nesse período é o hospital.

O hospital era, nesse período absolutista, local de reclusão de todo tipo de marginalizado, tanto do enfermo, do pobre e todo desviante que se opusesse ao rei. Com o predomínio dos ideais iluministas e científicos de liberdade individual e domínio da Razão, o hospital deixa de ser uma instituição de controle, e os marginalizados são libertos ou enviados à justiça. O considerado louco, entretanto, não havia a necessidade de ser enviado à justiça. E sendo a razão o que ditava a liberdade e sendo a loucura destituída de razão, pois não dominava o próprio pensamento que permitia o domínio sobre a natureza (Amarante, 2007), fora necessário a criação de seu local próprio nesse novo modelo societário.

As influências do Iluminismo – que a um só tempo alavancavam a necessidade do progresso econômico e uma visão científica sobre a humanidade e suas relações – fez com que

surgissem respostas científicas para a necessidade de lidar com a loucura. Uma destas respostas fora o tratamento moral (DESVIAT, 1999; AMARANTE, 2007). O tratamento moral, segundo seus fundadores, caracterizava-se pela necessidade de isolar os loucos de um mundo externo perturbador. Assim, seria possível distrair a loucura, ocasionando o repouso do cérebro, reprimindo a vividez perturbada das ideias (DESVIAT, 1999). No isolamento, ainda, era possível compreender, a partir da rígida observação, o desenvolvimento e as características da loucura – concepção fundamentada sobre o empirismo, base do pensamento iluminista (AMARANTE, 2007).

Foi com essas concepções que fora fundado o lugar próprio de tratamento da loucura na sociedade capitalista – o manicômio. Pinel, psiquiatra francês, é considerado um dos fundadores do manicômio, pois ficara conhecido por defender o tratamento moral em isolamento, bem como a observação e classificação das características da loucura enquanto doença. É amplamente divulgada uma pintura na qual Pinel realiza a retirada das correntes dos loucos nos hospitais de controle para dar-lhes a “liberdade” pelo tratamento, pois para Pinel os loucos estavam alienados da razão e a eles a razão devia ser restituída (AMARANTE, 2007). O novo local social do “doente mental” deixa de ser o vagar livre pelas cidades e campos ou o hospital hospitaleiro da era feudal, deixa de ser o hospital que retém a marginalidade da era moderna absolutista, e torna-se o local de tratamento da doença da era contemporânea e do modo de produção capitalista (FOUCAULT, 1972; AMARANTE, 2007; FRAYZE, 1982).

É nesse momento, portanto, em que a racionalidade cria um discurso sobre a desrazão, o discurso da doença, dando início à psiquiatria como especialidade médica (BASAGLIA, 2010b). Logo, havia, com o movimento representado por Pinel, a noção de ajudar aqueles a quem foram acometidos por uma patologia; porém, isso implicara numa “fragmentação das cada vez mais prementes demandas globais da população e a estruturação de uma nova lógica que permita iludi-las, mediante a elaboração de respostas técnicas separadas” (BASAGLIA, 2010b, pg 262). Ou seja, no momento da “quebra das correntes” da loucura, a razão iluminista e burguesa já se consolidara enquanto razão hegemônica no tratamento em saúde mental.

O início da psiquiatria ocorre num amálgama entre uma concepção de loucura que deve ser isolada e tratada por meio do tratamento moral e um objetivo de, ao tratar o louco, evitar que esse distúrbio do indivíduo ocasionasse distúrbios sociais para a sociedade capitalista em desenvolvimento. É a psiquiatria, portanto, desde o seu início, ferramenta política da Razão contemporânea:

Quando as multidões mudas, privadas de voz, estão para tomar a palavra, a Razão – já identificada com o poder – começa a distribuir a uns e outros as modalidades, os tempos e os lugares em que possam falar, mas nos termos da sua linguagem e da sua lógica, as quais, implicitamente, cancelam a globalidade das necessidades do homem através de sua fragmentação. (BASAGLIA, 2010b, pg. 262)

É importante destacar, conforme desenvolve Basaglia (1985), que essa Razão dominante dá a palavra à loucura pelos seus próprios códigos de comunicação, pelos seus próprios meios – que são meios que já condenam a loucura à patologia, ao diagnóstico, à dúvida e incompreensão. A Razão, a psiquiatria, abrange a loucura enquanto desrazão – que deve ser controlada desde o início da instituição psiquiátrica.

Desfazem-se os papéis e valores sociais dos indivíduos doentes mentais. Porque a instituição psiquiátrica tem que escolher, nos locais de tratamento, entre sua eficiência de controle sobre os indivíduos e sua liberdade e autonomia (BASAGLIA, 1985; 2010b). Assim, a instituição psiquiátrica é baseada sobretudo pela autoridade. O diagnóstico, a prescrição e a relação técnico-paciente, são ações que visam a objetificação que facilita a autoridade. As paredes, as grades e as camisas de força; os horários demarcados, os espaços delimitados, as atividades impostas – artifícios que realizam a mortificação de uma vida, de uma realidade social anterior. E esse conjunto, efetuado no espaço do manicômio, acentua o processo de estigmatização e objetificação a tal nível que o considerado doente mental confunde-se, a si próprio, com a estrutura do manicômio (BASAGLIA, 1985). É, obviamente, como apontam Amarante e Basaglia, processo de negação de autonomia.

A instituição psiquiátrica, conforme destacam Basaglia (1985) e Amarante (2007), não é uma instituição, entretanto, somente devido ao manicômio. A instituição psiquiátrica existe aonde for aplicado seu conjunto de saberes, que representam um poder científico-político. A instituição psiquiátrica está no controle dos tempos, do espaço, dos corpos pelo diagnóstico e pelo seu poder jurídico de dizer quem pode ser considerado ciente ou não de suas ações (inimputável) – e, portanto, excluído do contato social no manicômio ou na reclusão penal de caráter médico.

3.1.1.2 As psiquiatrias reformadas

Por muitas décadas os desviantes morais, os alienados da razão, os descontrolados e impossibilitados do ofício do trabalho produtivo, foram tratados nos manicômios. E, sobre a loucura, a instituição psiquiatria emergira suas centenas de diagnósticos (BASAGLIA, 1985). Desde seu surgimento, entretanto, houve críticas a essa psiquiatria clássica. Mas foi somente após a segunda guerra mundial, em tempos em que características como crescimento econômico, reconstrução social, desenvolvimento dos movimentos de protestos civis e de maior tolerância às diferenças, que aumentara a aclamação por modificações – ou mesmo a destruição – da instituição psiquiátrica (DESVIAT, 1999; ROTELLI, 1990). Amarante e Lancetti (2006) expressam que a guerra fez as pessoas refletirem acerca da natureza humana, tanto devido às crueldades quanto devido à solidariedade entre os povos. Após o profundo período do holocausto, percebeu-se que os manicômios não estavam tão distantes dos campos de concentração em termos de condições de vida dos seus internos. A ausência de dignidade dos enclausurados foi fator primordial para alavancar as primeiras reformas na psiquiatria.

As tentativas de transformação da instituição psiquiátrica ocorreram em diferentes países e apresentaram propostas distintas. As experiências mais marcantes foram: a concepção de comunidades terapêuticas na Inglaterra; a psicoterapia institucional francesa; a Psiquiatria preventiva norte americana; e a psiquiatria de setor, também francesa. As duas primeiras acreditavam que a crítica deveria se direcionar à gestão do hospital, que era possível qualificar a psiquiatria com essas mudanças, tornando o hospital de fato terapêutico; as duas últimas direcionaram suas mudanças para fora do hospital, expressando que este deveria aos poucos ser abandonado quando novos serviços fossem construídos na sociedade ou as doenças prevenidas.

Esse primeiro grupo representa a necessidade mais premente da época pós guerra. Pois havia muitos soldados com abalos psicológicos, para além da população comum, e que eram enviados aos hospitais psiquiátricos para tratamento. A quantidade de internos era altíssima, e havia carência de pessoas para o atendimento. Muitos profissionais que organizavam os hospitais decidiram inovar nas atividades e aproveitar o potencial dos próprios pacientes para participarem da organização e das atividades terapêuticas. Começaram reuniões com grande quantidade de pessoas, nas quais discutiam os projetos dos hospitais, os planos terapêuticos, as dificuldades enfrentadas. Foi desse processo que surgiu pela primeira vez o termo psicossocial, em um livro de James Halliday (*Psychosocial Medicine*, de 1948), estabelecendo as primeiras relações nesse contexto entre transformações sociais e psiquismo (DESVIAT, 1999; AMARANTE E LANCETTI, 2006). Maxwell Jones, psiquiatra, aprimorou essas atividades

organizando o cuidado sempre por grupos terapêuticos e operativos, além de assembleias diárias, expressando que a função terapêutica era tarefa de todos, técnicos de saúde, familiares e pacientes. O intuito, também, era diminuir situações de abandono, descuido e violência.

Por Comunidade Terapêutica passou-se a entender um processo de reformas institucionais que continham em si mesmas uma luta contra a hierarquização ou verticalidade dos papéis sociais, ou, enfim, um processo de horizontalidade e ‘democratização’ das relações, nas palavras do próprio Maxwell Jones, que imprimia em todos os atores sociais uma verve terapêutica. Cabe ainda ressaltar que esta proposta original e inovadora não tem nenhuma relação com as atuais ‘fazendas’ e ‘fazendinhas’ de tratamento de dependência a álcool e drogas, geralmente de natureza religiosa, que se denominam – de forma oportunista e fraudulenta – “comunidades terapêuticas” para ganharem legitimidade social e científica. AMARANTE, 2007, pg. 43

A outra experiência que buscou transformar o hospital foi a psicoterapia institucional, ou como seu fundador François Tosquelles se referia, o Coletivo Terapêutico (AMARANTE, 2007). Tosquelles expressava que, com as cidades e os hospitais destruídos pela invasão nazista, as instituições não conseguiriam realizar uma função terapêutica. Ele investiu no que chamou de trabalho terapêutico, pois os próprios pacientes organizariam atividades a serem realizadas por todos. Exemplo foi o Clube Terapêutico, que foi uma organização de pacientes e técnicos que promovia encontros, passeios, festas, feiras e outros. As atividades artísticas também eram autogeridas, e faziam parte do cotidiano do hospital. O objetivo final era tornar o hospital uma verdadeira comunidade, combatendo a hierarquia vertical da instituição.

Isso encontrou grande apoio na França na época, frente às atrocidades da guerra, fazendo com que tais ideias levassem o debate também para a reflexão acerca da atitude da sociedade com a doença mental – o que seria a base para a política de setor (outra das experiências de transformação). Essas concepções foram amplamente discutidas na França nas Jornadas Nacionais de Psiquiatria, que se iniciaram em 1945 (DESVIAT, 1999). Estas alavancaram as transformações na instituição e colocaram-na, também, não mais como exclusivo espaço de tratamento. Ou seja, o que se inicia com uma contraposição à organização e prática do hospital psiquiátrico possibilita o surgimento da ideia de setores comunitários de tratamento. Passara-se a defender a territorialização da assistência como princípio da organização sanitária geral, com os Centros de Saúde Mental (CSM), pois assim seria possível maior conhecimento acerca da população, para que fossem elaborados programas que de fato se aproximassem de suas necessidades (DESVIAT, 1999).

É nas experiências francesas, portanto, que pela primeira vez fala-se em território e regionalização – na criação dos setores que foram para além dos muros do hospital (DESVIAT, 1999; AMARANTE, 2007). Os teóricos da psicoterapia institucional, portanto, almejavam destruir o caráter rígido, de controle, da instituição, realizando uma revolução permanente em seu interior – em seus termos, uma desinstitucionalização. E a psiquiatria de setor buscava construir as alternativas fora do hospital psiquiátrico (DESVIAT, 1999).

Dentre as concepções da psiquiatria de setor estava a de separar os leitos e ambulatorios dos hospitais também pelo setor de origem da cidade, e o mesmo ocorreria com os Centros de Saúde Mental no território. Essa ação possibilitou avanços no cuidado, como:

O acompanhamento terapêutico dos pacientes poderia ser realizado pela mesma equipe multiprofissional, tanto no interior do hospital quanto no local de residência. [...] O tratamento passava a ser considerado não mais exclusivo do médico psiquiatra, mas de uma equipe com vários profissionais. Enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais passariam a ter, a partir de então, um novo protagonismo no contexto das políticas de saúde mental. A equipe que acompanhava o paciente internado passaria a acompanhá-lo quando o mesmo recebesse alta, dando continuidade ao tratamento e explorando o fator positivo do vínculo já estabelecido no espaço hospitalar. Isto era particularmente importante quando o caminho era o inverso, isto é, quando o paciente, que estava em tratamento no CSM, precisasse ser internado. Ao contrário da situação de impacto certamente negativo de ser recebido por profissionais ‘estranhos’, algumas vezes amarrado e contido de forma brusca, a situação recebia um tratamento sensível e inovador. Amarante, 2007, pg. 46

Os serviços ambulatoriais - centros de atendimento mais próximos à população –, entretanto, não tiveram grande crescimento. Pois a saúde francesa era centrada nos hospitais: “o financiamento dos hospitais pela previdência social e o dos dispensários pelos municípios impediu o crescimento das estruturas ambulatoriais. O hospital continua sendo o centro de atendimento” (DESVIAT, 1999, p.32). Isso ocorria pois - segundo críticas tanto dos defensores do fechamento do manicômio quanto dos que se opunham ao fechamento - o governo fechava hospitais psiquiátricos com o fim de economizar verbas no atendimento à saúde mental. Isso fortalecia hospitais privados que ofereciam tratamento.

Dentre os movimentos de reforma, também detém destaque a Psiquiatria Preventiva dos Estados Unidos, ou a saúde mental comunitária. Ela se inicia em um contexto de profundas denúncias sociais por diversos setores da população que não se adaptavam às políticas do estado, nas décadas de 50 e 60. Movimentos contra a Guerra do Vietnã, os movimentos de contracultura, tais como os beatniks e gangues de jovens nos bairros, o grande aumento do uso

e venda de drogas, o movimento Black Power, dentre outros, evidenciam o clima de conturbação (AMARANTE, 1998).

Nesse período, as taxas de incidência das doenças mentais eram grandes e cresciam cada vez mais, fazendo com que o governo se preocupasse ainda mais com a situação conturbada do país. Essa preocupação viera também por meio de um censo, realizado em 1955 pelo governo, que trouxera à tona as péssimas condições de assistência, maus tratos e violência no interior dos hospitais psiquiátricos (AMARANTE, 2007). Logo, o governo modificou a política de saúde mental, traçando como objetivo reduzir as doenças nas próprias comunidades. Esse objetivo detinha influência da teoria de Gerald Caplan, que considerava que as doenças mentais poderiam ser prevenidas se detectadas precocemente (AMARANTE, 2007). Nesta perspectiva, as doenças mentais eram vistas como desordens, fazendo com que fossem realizadas buscas de suspeitos – pessoas que poderiam desenvolver uma patologia mental.

É devido a essa busca de prevenir as doenças mentais, indo direto aos que são considerados os focos de desenvolvimento da doença, que esse processo ficara conhecido também como saúde mental comunitária. Sendo que dois conceitos importantes foram adotados nesse movimento: o de crise e o de desvio. A crise provém da noção de adaptação/desadaptação social frente a acontecimentos que desencadeiam períodos de conturbação do indivíduo. Isso fez com que a psiquiatria expandisse a noção de doença mental, pois era necessário evitar e tratar a crise para impossibilitar seu desenvolvimento (Amarante, 2007). O conceito de desvio, por sua vez, refere-se àqueles comportamentos que se desviam da norma, não necessariamente num momento de crise. Os desviantes caracterizam o anormal ou o pré-patológico, sendo necessário, também, seu acompanhamento e tratamento (AMARANTE, 2007).

Com essa concepção de prevenção, entretanto, o ambiente de intervenção da psiquiatria foi tão amplamente expandido que o número de atendimentos nos serviços comunitários, e mesmo o número de internações nos hospitais psiquiátricos, deteve um grande aumento. Isso traz uma questão à prática da saúde mental comunitária, na medida em que contradiz seus anseios iniciais, ou seja, de diminuir as doenças mentais e realizar um processo de desospitalização da doença mental. Com esse paradigma provém a necessária problematização acerca da psiquiatria preventiva: a necessidade de prevenção nas comunidades evidencia o próprio papel da psiquiatria de controle sobre toda sorte de miséria. A psiquiatria preventiva expressa uma nova forma de controle médico, expandido ao terreno social, que é necessário para conter as mais variadas revoltas (DESVIAT, 1999; AMARANTE, 2007).

Os avanços construídos por todas essas experiências não conseguiram superar o hospital psiquiátrico; quando muito, diminuíram momentaneamente sua centralidade. Mais significativo para esta fundamentação não fora, entretanto, a diminuição do poder do modelo hospitalocêntrico, e sim o desenvolvimento dos dispositivos de enfrentamento à lógica psiquiátrica: os grupos autogeridos, a participação política dos usuários e familiares, a preponderância das ações artísticas, a territorialidade dos serviços, as equipes interdisciplinares (AMARANTE E LANCETTI, 2006; BASAGLIA, 2010).

Assim, essas experiências evidenciaram a necessidade de abandono do manicômio e o avanço da luta antimanicomial para o modo de produção da vida social, ao qual a instituição psiquiátrica é umbilicalmente ligada (ROTELLI et al, 1990). Isso porque, por mais que construíram alternativas, essas psiquiatrias reformadas, como expressa Rotelli, estão ainda vinculadas a uma lógica de adaptação sob a voz da razão e o hospital psiquiátrico continuou a existir enquanto importante dispositivo de tratamento. Nesse sentido, as psiquiatrias reformadas desenvolveram uma racionalização da instituição psiquiátrica, que exerceu o controle de uma maneira própria às demandas da construção do *Welfare State* da época. A internação continuou a existir dentro e fora do manicômio, continuou a existir a distância entre o humano envolto pela doença e o saber psiquiátrico (LEONARDIS, MAURI E ROTELLI, 1990).

Uma vez liberalizado o hospital e instaurado um clima menos violento, menos opressor, menos coercitivo e portanto tecnicamente mais terapêutico, nos encontramos frente ao mesmo problema: a impossibilidade do nosso sistema social de receber aqueles que reabilitamos. O futuro dos nossos internados é ainda apenas a instituição” Basaglia, em Leonardis et al., pg 68, 1990

3.1.1.3 *Psiquiatria da desinstitucionalização: da doença à existência-sofrimento*

Enquanto as experiências supra abordadas se desenvolviam em seus diferentes países, acontecia na Itália outra tentativa de transformação da assistência psiquiátrica. Seus autores inclusive mantinham contato com representantes das psiquiatrias reformadas e se influenciavam por elas, com ressalvas críticas. Essa experiência viria a ser a mais significativa e que mais influenciaria outras reformas psiquiátricas pelo mundo, sobretudo no Brasil. O que há entretanto de tão significativo nessa experiência, conhecida como psiquiatria da desinstitucionalização? (BASAGLIA, 1985).

A base de toda diferença entre essa e outras experiências foi que seu objetivo fora a cisão com o saber psiquiátrico e sua completa superação. Essa concepção portanto não detinha como fim a supressão dos hospitais psiquiátricos, nem detinham como fim a criação de serviços extra-hospitalares. Para atingir seus objetivos, a transformação do objeto da saúde mental teria que mudar radicalmente. Como expressa Basaglia, na citação ao final do subponto anterior, mesmo que o hospital psiquiátrico desaparecesse, a sociedade ainda estigmatizaria, taxaria pelo diagnóstico, incompreenderia o doente mental.

É esta característica que fora tão crucial para a psiquiatria anti-institucional. Transformar a incompreensão da desrazão. Desinstitucionalizar o desviante. Logo, considerou-se que o objeto da psiquiatria não pode ser aquele com o qual se encobre o humano, ou seja, a doença. Mas sim o sofrimento de seres humanos singulares em relação ao seu corpo social. Destarte, considerou-se necessário superar o saber que é construído com base na concepção de loucura enquanto doença - e sob o qual está confinado o sofrimento humano. E realizar, diante disso, uma reconstrução da complexidade da relação sofrimento-corpo social (Rotelli, 1990). Isso se realiza, necessariamente, com a garantia da liberdade, a reconstrução de autonomia e vínculos em contraposição à reclusão e ao diagnóstico (BASAGLIA, 1985; ONGARO, 2018).

Inicialmente em Gorizia, num manicômio de uma pequena região da Itália, o grupo da psiquiatria anti-institucional tentou se contrapor à objetificação e despersonalização provocadas pela instituição psiquiátrica. Este manicômio ficara caracterizado como uma experiência de comunidade terapêutica, apesar de haver diferenças com outros modelos de comunidades terapêuticas à época. Diferente de outras comunidades, neste local, objetivava-se desconstruir e fechar a estrutura manicomial. As principais ações se deram em nível de recriar as relações entre todos que estavam presentes no manicômio (pacientes, médicos, enfermeiros, familiares etc), afim de: resgatar o poder contratual e político dos pacientes, desenvolvendo tanto quanto possível relações recíprocas. Era necessário identificar as dinâmicas de violência e exclusão presentes – e contrapô-las. O objetivo desde o início, portanto, por mais que não houvesse caminho padronizado a ser trilhado, era dialeticamente superar as relações no hospital, mas também fechá-lo (BASAGLIA, 1985).

Nesse sentido, o objetivo primeiro da equipe não era realizar um tratamento terapêutico, mas destituir os indivíduos de seus processos de identificação com a estrutura institucional. Era objetivo, inclusive, resgatar suas possibilidades de enfrentamento, de empoderamento, contra a própria violência institucional (BASAGLIA, 1985). Assim, foram

sendo criados processos que permitissem a abertura dos diversos pavilhões do hospital, ou seja, a retirada das grades, possibilitando a circulação dos pacientes. Concomitantemente, foram organizadas assembleias cotidianas, nas quais os próprios usuários podiam discutir e participar desse processo de abertura; foi realizada a abertura para a comunidade de fora do hospital para utilizar os espaços, como quadras de esporte; foi criado um bar no qual os próprios usuários atendiam. O trabalho também detinha novo sentido: ao auxiliar na manutenção do hospital, os usuários ganhavam uma quantia de dinheiro. Essas ações foram desenvolvidas para possibilitar a reconstrução da autonomia, que fora antes destituída (BASAGLIA, 1985).

Também fora objetivo da equipe destituir-se, tanto quanto possível, de seu mandato institucional enquanto detentores de poder técnico, de saber, ou seja, o mandato social de controle sobre a loucura. Realizando o desenvolvimento de relações que diminuíssem o grau de desigualdade de poder no interior do hospital, ou seja, negando seu próprio poder, em conjunto com as demais ações do hospital, os técnicos de saúde possibilitariam o aumento de poder contratual dos outros membros da comunidade terapêutica (BASAGLIA, 1985).

Apesar da experiência de Gorizia ter possibilitado uma verdadeira transformação, após a abertura de todos os pavilhões e diminuição do grande número de internos, tentou-se fechar o hospital e abrir serviços territoriais. Mas isso foi negado pela gestão da cidade e a equipe colocou-se em novos processos de desinstitucionalização, em outros hospitais. Essa experiência detivera contradições intensas e importantes para se pensar o processo de desinstitucionalização, pois se avançara na superação do modelo psiquiátrico naquele hospital, mas por si só essa experiência não superara a instituição psiquiatria. Era necessário ir além:

As únicas alternativas possíveis são: ou o encerrar-nos no âmbito institucional, com a inevitável involução de um movimento que se fixa e cristaliza, ou tentar estender nossa ação à discriminação e à exclusão que a sociedade impôs ao doente mental. Basaglia, 1985, p. 131

Com esse anseio que fora desenvolvida a segunda experiência de desconstrução de um manicômio na perspectiva da desinstitucionalização. Após o processo de Gorizia, que havia levado uma década, almejava-se no manicômio de Trieste (e outras regiões) a eliminação da noção “dentro e fora” do hospital: todas as estratégias, ações, estavam direcionadas à construção de uma comunidade, de um território, no qual os considerados loucos pudessem também viver – sem a presença do manicômio (BARROS, 1994). Fora realizada ampla conexão com os

movimentos sociais em Trieste, para que auxiliassem na crítica à instituição psiquiátrica e assim influenciar o governo para a construção de serviços territoriais.

Após a abertura dos pavilhões em Trieste, começou-se a dividir grandes grupos de usuários pela região da cidade da qual provinham, cabendo a esses grupos sempre uma equipe fixa. Também havia espaços no conjunto do hospital que começaram a serem usados como moradias/quartos para as famílias que se formavam em seu interior. Mas como o objetivo sempre fora a total superação do hospital psiquiátrico, realizaram-se várias ações de superação da instituição psiquiátrica para além da estrutura do hospital (AMARANTE, 2007).

O resultado dessa desconstrução em Trieste foi a criação de vários Centros de Saúde Mental (CSM), além de casas/apartamentos no território, de financiamento público, para ex-pacientes do hospital. Ainda foram realizadas cooperativas de trabalhadores², integradas pelos pacientes e ex-pacientes da rede de saúde implementada – o que foi uma medida inédita e que acabou sendo recomendada inclusive pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (AMARANTE, 2007). Tudo isso fora possível com a pressão dos movimentos que reivindicavam recursos, e em parte também pela gestão provincial que se aliava à reestruturação progressista que se desenvolvia no país (BARROS, 1994). Até porque a estrutura hospitalar era extremamente onerosa, fazendo com que a pressão exercida pelo movimento de desconstrução do hospital fosse efetiva (BARROS, 1994).

A construção de centros de atendimento no território era necessário para continuar o processo de construção de autonomia que começara no próprio interior dos hospitais. Mas era necessário que os pacientes se contrapusessem à violência que lhes era direcionada na própria realidade, voltando a trabalhar, constituindo grupos familiares, tendo suas próprias casas: a luta para devolver ou dar ao paciente uma condição material mínima que lhe permitisse exercer sua cidadania e estabelecer novas formas de reprodução da subjetividade (BARROS, 1994)

Era necessário, portanto, reconstruir vínculos e reconstruir autonomia. A essas concepções se ligava a noção de território, como o local onde os pacientes desenvolviam suas relações sociais. Trata-se de reencontrar condições subjetivas e sociais (como moradia, laços sociais, trabalho) para se avançar no processo de desinstitucionalização. Ao conjunto dessas concepções, ressignificou-se a noção de reabilitação:

² A criação de cooperativas de ex-pacientes de hospitais psiquiátricos foi inspiração para o filme italiano *Si può fare*, dirigido por Giulio Manfredonia. Retrata uma cooperativa de ex-pacientes que buscam a reconstrução de autonomia e a reinserção social.

A noção de reabilitação implementada no contexto do processo de desinstitucionalização da psiquiatria italiana foi em busca da reconstrução de histórias de vida, procurando recuperar ou criar vínculos e condições materiais, sociais e emocionais para que fosse possível romper a lógica da reprodução das relações de dependência. Barros, 1994, p. 94

A transformação que a rede de CSMs, de conjuntos de moradias e apartamentos para ex-pacientes e de cooperativas de trabalho exerceu sobre a cidade de Trieste foi tão significativa, e a receptividade e relacionamento entre os ex-internos e suas comunidades foi tão intensa, que tal experiência ressoou por grande parte da Itália. Outras cidades maiores, que enfrentaram outras barreiras, também tiveram avanços na desinstitucionalização. E isso levou, por fim, à aprovação da Lei 180 (Lei Basaglia): a lei de extinção dos manicômios e de um conjunto de outras medidas que favoreciam a rede extra-hospitalar e de geração de renda a pessoas em tratamento (BARROS, 1994).

Como se pôde facilmente notar, muitas das ações realizadas na Itália se efetivaram ou foram iniciadas no Brasil. Basaglia estivera algumas vezes no Brasil e inclusive visitara muitos hospitais psiquiátricos. Segundo Amarante (2007), a experiência italiana foi a que mais influenciou a reforma psiquiátrica brasileira, e suas ações são base da rede de cunho psicossocial.

3.1.1.4 *Conceito de Atenção psicossocial: A Saúde Mental Coletiva*

Quando Amarante (2007), em Saúde mental e atenção psicossocial, expressa que a reforma psiquiátrica e a conformação da rede de atenção psicossocial deve ser compreendida enquanto processo (que ocorria naquele momento e ainda ocorre), muitas transformações no campo da saúde mental no Brasil já haviam ocorrido.

O processo de estruturação dos manicômios no Brasil levou séculos, detendo seu ápice de número de internos durante a ditadura militar, na década de 70, quando se estimou em quase 100 mil o número de internos somente em hospitais psiquiátricos (RESENDE, 1987; AMARANTE, 1998). Expressa Ernesto Venturini, em prefácio de livro de Amarante (1998):

A partir dos anos 60, se tem constituído no Brasil uma verdadeira e autêntica indústria para o enfrentamento da loucura. Esta provocou um poder de corrupção e uma perversão no circuito de assistência psiquiátrica: os hospitais psiquiátricos incentivaram a cronicidade das doenças com o objetivo do lucro. Os custos globais da psiquiatria alcançaram níveis desproporcionais e têm crescido ainda mais, em

detrimento de outras necessidades sanitárias prementes no País. Venturini, prefácio de Amarante, 1998, p. 13

Com a enorme privatização da saúde e as péssimas condições sanitárias no Brasil, os movimentos de reforma sanitária (RSB), e concomitantemente o de reforma psiquiátrica, foram inevitáveis. A reforma psiquiátrica no Brasil, que desde a década de 1970 já dava passos iniciais desse processo, deteve seu marco inicial com a greve de centenas de técnicos de saúde mental, em 1987, devido aos maus tratos com os pacientes internados e abandonados. Ficou conhecido como o início do movimento de técnicos em saúde mental (MTSM), que se desenvolveu por longos anos, com lutas sociais e institucionais, perpassando pela aprovação da lei 10216 e pelo desenvolvimento de uma rede de serviços territoriais (AMARANTE, 2007).

Costa Rosa et al (2003) resgata as origens do termo psicossocial. Como já abordado, esse termo esteve primeiramente relacionado às experiências de contraposição à psiquiatria clássica, sobretudo no pós guerra, com as experiências de comunidade terapêutica e psiquiatria de setor, que aconteceram na Inglaterra, na França e Estados Unidos, com paralelos na União Soviética (COSTA ROSA ET AL, 2003). Os autores expressam, contudo, que as práticas desenvolvidas por essas experiências, sob o termo psicossocial, não chegaram mais do que incorporar aspectos psíquicos e sociais aos aspectos biológicos do objeto da psiquiatria.

O termo psicossocial, enquanto conceito que congrega suas características hoje, inicia a ser fundado com as experiências mais contundentes de crítica à psiquiatria: a anti psiquiatria e a psiquiatria anti-institucional. Essas experiências/teorias almejavam transformações no objeto da psiquiatria e principalmente nos modos de conceber as relações terapêuticas, detendo implicações éticas radicalmente distintas das práticas psiquiátricas asilares. Como expomos, com base em Amarante (2007), essas transformações influenciaram substancialmente as experiências brasileiras durante a reforma psiquiátrica, culminando nos CAPS e NAPS da década de 90, fundamentando a atenção psicossocial ao aspirar outra ética e base prático-teórica à atenção em saúde mental.

Inserida no campo da Reforma Psiquiátrica, a Atenção Psicossocial [...] tem sustentado um conjunto de ações teórico-práticas, político-ideológicas e éticas norteadas pela aspiração de substituírem o Modo Asilar, e algumas vezes o próprio paradigma da Psiquiatria.

Sua origem remonta a uma série de contribuições vindas das diferentes experiências históricas que incluem, sobretudo, a Psiquiatria de Setor e Comunitária, a Antipsiquiatria, a Psicoterapia Institucional e a Psiquiatria Democrática Italiana; além da contribuição das políticas públicas e das experiências locais dos Centros de

Atenção Psicossocial (CAPS) e dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS). Costa Rosa, Luzio e Yasui, 2003, pg. 10

Os autores, na definição do conceito de atenção psicossocial, resgatam a separação pedagógica realizada por Amarante (1999) acerca das transformações produzidas pela reforma psiquiátrica, que divide em 4 dimensões: teórico-assistencial, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural.

Em síntese, na dimensão teórica-assistencial há a transformação da relação doença-corpo para a relação existência-sofrimento. Na dimensão técnico-assistencial há a criação de serviços e formas de gestão com aspectos fundamentais, como espaços de sociabilidade, produção de saúde como produção/resgate de subjetividade, oficinas terapêuticas e de reintegração sociocultural, cooperativas de trabalho, liberdade de tratamento, cogestão dos serviços com usuários e familiares e o conceito de território. Na dimensão jurídico-política destacam-se a luta pela extinção dos manicômios nos termos de lei e sua substituição pelos serviços territoriais, revisão das legislações sanitárias, civil e penal, referentes à doença mental, para possibilitar o exercício dos direitos à cidadania, ao trabalho e à inclusão social. E na dimensão sociocultural tem-se construído uma série de práticas sociais visando transformar o imaginário social para com a loucura (COSTA ROSA et al, 2003). Logo, os autores expressam:

Como vemos, a Atenção Psicossocial vai se definindo por uma série de transformações no paradigma Asilar e Psiquiátrico, valendo-se de ações nas esferas político-ideológica e teórico-técnica. Suas ações político-ideológicas trabalham em sintonia com os movimentos sociais que lutam pelo resgate da dignidade humana e dos direitos individuais e coletivos de cidadania, ao mesmo tempo sublinhando a particularidade da situação dos usuários dos serviços de Saúde Mental. Suas ações teórico-técnicas referem-se à produção de novas formas de intervenção que possibilitem a construção de novos dispositivos que trabalhem pela transformação radical dos modelos institucionalizados e da ética em que se pautam. Costa rosa et al, 2003, pg. 11

Os autores, em síntese, expressam que o conceito “atenção psicossocial” detém o estatuto de designação das práticas em Saúde Mental Coletiva que se inscrevem como transição paradigmática da Psiquiatria. Definem a atenção psicossocial, portanto, como um conceito suficiente para congrega e nomear todo o conjunto das práticas constituintes do novo paradigma na saúde mental; conservando ao mesmo tempo a abertura necessária para a inclusão das inovações que ainda estão se processando ou que virão (COSTA ROSA et al, 2003). É importante frisar que consideram que esse conceito congrega também as concepções de

reabilitação psicossocial e apoio psicossocial como eles vêm sendo considerados atualmente: “o conceito de atenção psicossocial, considerando a diversidade de suas práticas e a tônica imprimida à sua ética, apresenta a potencialidade de incluir, além de seu próprio sentido, o dos demais conceitos” (pg. 06).

Yasui (2006) expressa que nessa nova perspectiva “só podemos então pensar em estratégias de cuidado que promovam a autonomia e a singularização do sujeito. E estas serão, também, da ordem da diversidade e da multiplicidade” (YASUI, pg. 103); e a respeito do lugar desse cuidado, expressa que será qualquer um onde possa haver a possibilidade de encontro com a vida e a “autonomização” dos sujeitos, e que os serviços substitutivos devem necessariamente serem pensados como dispositivos que tecem e ativam uma rede de cuidados.

Os agentes serão os coletivos, mais do que as equipes multiprofissionais que apenas se constituem de profissionais compartilhando um mesmo espaço. Serão os cuidadores de distintas profissões e de distintas instituições que se propõem a articular e construir/inventar esse dispositivo de cuidado. E mais além: serão os familiares, os amigos, os colegas da escola, do trabalho, enfim, todo aquele que se puder implicar nesta ampla rede de cuidados. Yasui, 2006, pg. 103

3.1.1.5 Princípios da Atenção Psicossocial e Autonomia

A respeito dos princípios, Yasui (2006) expressa-os como conceitos-ferramentas que a prática da reforma psiquiátrica vem desenvolvendo processualmente. Esses princípios se aplicam por meio dos dispositivos da RAPS.

A RAPS é uma das redes de atenção à saúde (RAS) do SUS, sendo que elas são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010). Desta forma, a RAPS também segue os princípios doutrinários do SUS (universalização, equidade e integralidade) e suas diretrizes ou princípios organizativos (regionalização, hierarquização, descentralização e participação popular).

Ao se olhar para os princípios da atenção psicossocial, é fácil perceber como se integram de fato aos princípios do SUS. São os cinco princípios, de acordo com Yasui (2006): **território; responsabilização; acolhimento; projeto de cuidado e a diversidade de estratégias; criação de uma rede intersetorial.**

Acerca do território, o autor expressa que é um conceito relacional entre o natural e o social, que conforma algo dinâmico, vivo de inter-relações. Assim, abrange as características físicas e também as marcas e relações produzidas pelo ser humano. Assim, o autor expressa que os territórios nesta sociedade são onde se produzem subjetividades aprisionadas, mas que também detêm a potencialidade de disrupção, de transformação em novos territórios existenciais, de espaços de afirmação de singularidades autônomas (YASUI, 2006, pg 118).

Para isso, é necessário encontrar ou criar recursos de singularização nos locais do território. Ao estabelecer associações com grupos e movimento de arte e com cooperativas de trabalho, por exemplo, para potencializar as ações de afirmação das singularidades e de inclusão social. A territorialidade, desta forma, diz respeito a criar uma porosidade entre o serviço e os recursos do seu entorno de forma que haja criação conjunta (YASUI, 2006).

O território para o serviço, é a área sobre a qual o serviço deve assumir a responsabilidade sobre as questões de saúde mental. Isso significa que uma equipe deve atuar no território de cada paciente, nos espaços e percursos que compõem as suas vidas cotidianas visando enriquecê-lo e expandi-lo (Kinoshita, 1997, p.73).

O conceito de responsabilização está relacionado diretamente ao objetivo mais amplo da atenção psicossocial, isto é, a transformação da relação existência-sofrimento a nível individual e social. Logo, qual seja o local, a ação e a pessoa ou grupo com a qual haja o vínculo de cuidado, a responsabilização diz respeito à transformação da relação que historicamente foi realizada. Neste sentido, Nicácio (1994) expressa que é necessário construir relações nas quais “cotidianamente se realizam novas formas para reconstituir a complexidade dos sujeitos e de seu poder social, acolher o sofrimento, reapropriação de história e vínculos com o mundo, ruptura de códigos, conquista de autonomia, afetos, emoções [...] produção de sentido” (NICÁCIO, pg. 91).

Assim, Yasui (2006) explicita que responsabilização se relaciona intimamente com territorialidade, pois a responsabilização é singular e é plural. Plural quando busca essas novas relações na transformação/criação do território, isto é, a construção de estratégias de cuidados que se ampliam para os espaços de circulação da vida. E singular quando há a responsabilidade de cuidado com a pessoa, na corresponsabilização da construção de projetos de vida, de subjetivação, de autonomização. Desta forma, o PTS e a porta aberta são ações concretas de responsabilização e construção de autonomia.

O acolhimento refere-se ao momento de encontro com uma pessoa ou grupo junto ao profissional ou serviço (MERHY, 2002; YASUI, 2006). Nesse momento de encontro, o acolhimento é uma atitude de abertura, preocupação, interesse; e não um ato burocrático, a simples realização de uma tarefa. Também assim expressa Campos (2000), para o qual no encontro já se estabelece um vínculo de cuidado, desde que haja acolhimento e responsabilização. Merhy (2002) expressa que o acolhimento corresponde a uma tecnologia leve de trabalho em saúde, correspondente à produção de relações, pois há intersecção de vidas; ao lado do acolhimento, enquanto tecnologias de cuidado, estão a produção de autonomia e a produção de vínculo; bem como manifesta Campos (2000), que expressa que no acolhimento há a coprodução dos sujeitos e de instituições.

A humanização do cuidado em muito se aproxima do princípio de projeto de cuidado com diversidade de estratégias. Pois se a humanização ocorre na co-responsabilização entre profissional e usuário, há a compreensão de que cada usuário dos serviços detém singularidades, isto é, necessidades, anseios e sofrimentos únicos. Desta forma, também deve haver uma multiplicidade de ações terapêuticas. Assim, as instituições deixam de ser unidades de produção de procedimentos médico-psicológicos; e sim “locais de produção de cuidados, de produção de subjetividades mais autônomas e livres, de espaços sociais de convivência, sociabilidade, solidariedade e inclusão social” (YASUI, 2006, pg 139). É nessa concepção que se baseia o Projeto Terapêutico Singular, que busca desenvolver um plano de vínculos e ações, pensado entre profissional e usuário, demais membros da equipe e família. Inserem-se atividades e ações focadas nos anseios e necessidades singulares.

Os serviços de saúde mental são diversos, constando diferentes níveis de atenção e características, de modo que possam oferecer uma multiplicidade de caminhos terapêuticos. É nisso que consiste o princípio de uma rede intersetorial. Pois o desenvolvimento de um único serviço, tais como os CAPS ou UBS ou centro de convivência, sem estar interligado a outros, reduz a complexidade das singularidades das existências, isto é, a mudança do lugar de tratamento do desviante, do descontrolado, do louco, seria meramente uma mudança geográfica. Uma reforma administrativa e tecnocrática (AMARANTE, 1996; YASUI, 2006).

Assim, a construção de uma rede corresponde a duas ações distintas e conjuntas. A primeira seria a criação da rede de serviços, como a própria portaria de criação dos CAPS aponta, expressando que esses devem: “desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial; [...] e supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e

programas de saúde mental no âmbito do seu território” (BRASIL, 2002). E a segunda é relativa à construção de uma rede que ative diferentes pontos de apoio e vínculo no próprio território, não necessariamente de serviços de saúde ou assistência. Podem adentrar nessa rede desde serviços e instituições relacionados a educação, cultura, habitação, esporte, universidades, ONGs dentre outras.

Além dos princípios da Atenção Psicossocial, é interessante destacar que a portaria 3088/2011, de instituição da RAPS, “para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas”, também traz diretrizes, nas quais se distinguem os princípios da atenção psicossocial. São essas diretrizes:

- I Respeito aos direitos humanos, **garantindo a autonomia** e a liberdade das pessoas;
- II - Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde
- III - **Combate a estigmas e preconceitos;**
- IV - Garantia de acesso, cuidado integral, assistência multiprofissional sob a lógica interdisciplinar;
- V - **Atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;**
- VI - Diversificação das estratégias de cuidado;
- VII - Desenvolvimento de atividades no território, que **favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia** e ao exercício da cidadania;
- VIII - Desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;
- IX - Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com **participação e controle social dos usuários e de seus familiares;**
- X - Organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;
- XI - Promoção de estratégias de educação permanente; e
- XII - **Deter como eixo central a construção do projeto terapêutico singular**

3.1.1.6 Em Síntese: a construção de autonomia na atenção psicossocial

Com o resgate acerca do histórico dos princípios e ações que fundamentam a atenção psicossocial, foi visto que suas principais influências já traziam a necessidade de resgatar a potencialidade de transformação terapêutica proveniente dos próprios usuários. Isto é, sempre fora evidenciado que era necessário, frente à destituição da autonomia desenvolver condições e vínculos que trouxessem novamente a potência dessa autonomia às pessoas em tratamento. E mais, que nesse processo o usuário pudesse se contrapor àquilo que delegou sua singularidade

a ficar empobrecida e dependente dos serviços de saúde: seja a contraposição ao manicômio, ao hospital psiquiátrico, à comunidade terapêutica, aos medicamentos ou mesmo aos lugares sociais que aparentemente não promovem reclusão, mas nos quais os usuários detêm sua liberdade regulada pelo saber médico especializado (BASAGLIA, 1985).

Outrossim, a apresentação dos princípios e diretrizes da atenção psicossocial permite verificar que se destaca nesse conjunto, por diversos momentos, o desenvolvimento de um processo terapêutico que visa construir autonomia. Desta forma, apresentamos o conceito de construção de autonomia para a atenção psicossocial que consideramos que agrega de forma mais abrangente esse processo terapêutico e esse conjunto de princípios. O conceito que nos referimos é o desenvolvido por Kinoshita (2001).

Para Kinoshita (2001), aquele que é tratado como doente, louco, dependente, incapaz de se controlar, perde algo crucial – que é o seu valor. O valor como a possibilidade de ser conhecido e respeitado enquanto sujeito, de se apresentar enquanto quem se é, valor como possibilidade de viver socialmente e realizar os mais diversos tipos de trocas sociais (bens, ideias e afetos). Sem valor, tudo se vê como negativo e inferior. O autor expressa, portanto, que há nessa perda de valor uma perda de “poder contratual”. Sem poder de “contrato”, de vínculo, o círculo de relações fica demasiadamente restrito. O processo terapêutico seria, portanto, resgatar esse valor e esse poder de contrato e vínculo com os outros, o que para o autor constitui-se como construção de autonomia. Nesse processo há primeiramente a negação da instituição que o subjulga, o dispositivo manicomial e sua lógica. Posteriormente, a reconstrução de valor por profissionais e serviços, possibilitando então o amplo desenvolvimento de projetos e trocas sociais.

“Como se daria esse processo? E como alguém doente pode ser autônomo? A contratualidade do usuário, primeiramente vai estar determinada pela relação estabelecida pelos próprios profissionais que o atendem. Se estes podem usar de seu poder para aumentar o poder do usuário ou não. Depois pela capacidade de se elaborar projetos, isto é, ações práticas que modifiquem as condições concretas de vida, de modo a que a subjetividade do usuário possa enriquecer-se, assim como para que as abordagens terapêuticas possam contextualizar-se”. Kinoshita, p. 56, 2001

Detém-se portanto que autonomia se realiza em processo na construção de projetos de vida, como também na participação efetiva no campo social. Para Kinoshita (2010), há uma diferenciação entre independência/autosuficiência e autonomia. “Dependentes somos todos” (p.3) e expressa que somos mais autônomos quanto mais detemos possibilidade de estabelecer novas normas e ordenamentos para a vida.

A construção de autonomia, na atenção psicossocial, portanto, determina em seus princípios ações que: haja a superação coletiva, entre usuários e profissionais, da reclusão e estigmatização, que resgatem suas capacidades de produção de vínculos e projetos de vida em conjunto a diferentes apoios em rede, insiram-se na sociedade de forma a participarem dela efetivamente, construam (ou desconstruam) essa sociedade de forma que não sejam novamente reclusos. Portanto, um resgate de autonomia que é individual, mas também social, e que necessita de vínculos diversos para ocorrer.

A transformação do olhar para as pessoas com a experiência do sofrimento psíquico e a projetualidade de produção de autonomia colocaram o desafio de buscar produzir uma prática terapêutica centrada no usuário e orientada para o “enriquecimento de sua existência global, complexa e concreta” (ROTELLI et al., 1990, pg. 36)

3.1.2 Redução de Danos: do cuidado pragmático coletivo a estratégia de Política Pública

A redução de danos, enquanto conjunto teórico e práticas de cuidado, é o que há de mais representativo no paradigma da saúde coletiva no que diz respeito ao cuidado a usuários de drogas, e desde seu princípio esteve ligada a produção de autonomia, individual e coletiva. Ainda, segundo Fonseca (2005), a redução de danos é amplamente relacionada à perspectiva de saúde pública, devido ao seu desenvolvimento e concretização nos sistemas de muitos países. O autor expressa que tal associação é particularmente evidente no âmbito da promoção de saúde, enquanto estratégia ampla de promover saúde e evitar doença. Pois o conjunto que integra a RD busca compreender e atingir os diversos aspectos que compõem a promoção da saúde. No campo das drogas, isso torna-se claro, uma vez que o abuso de drogas pode ser compreendido, para estas escolas, como um sintoma de um mal-estar social e individual, a partir de uma composição de outras questões, como pobreza, desemprego, desestruturação familiar, discriminação etc (FONSECA, 2005).

Diante desse cenário passamos a abordar a questão da RD por suas origens, definições e pela atual conformação na política brasileira, destacando sua relação com a construção de autonomia.

3.1.2.1 *Histórico da Redução De Danos*

Segundo Fonseca (2005), Santos, Soares e Campos (2010) e Souza e Monteiro (2011) considera-se que o primeiro momento de aparição da redução de danos tenha sido na década de 20 na Inglaterra. Um grupo de médicos concluiu que manter uma pessoa utilizando drogas opiáceas de menor impacto poderia ser necessário para que ela pudesse levar uma vida mais estável, como em casos de abuso de heroína e morfina. Isso diminuía consequências que causavam danos, individual e socialmente, como violência, prática de roubo, o abandono de casa e outros. Houve aí, também, o reconhecimento de que o uso já estava inserido nas características de vida dos usuários. Apesar de inovador e ter gerado polêmica para a época, considera-se a primeira vez que houvera uma abordagem considerando o uso um fenômeno complexo, que deve deter estratégias múltiplas e singulares a cada indivíduo (FONSECA, 2012). Essas primeiras experiências foram consolidadas por um relatório de saúde de 1926 (relatório Rolleston).

Desde então, a RD foi aos poucos se consolidando enquanto alternativa para se lidar com o uso de drogas, em nível individual e coletivo, e perpassou por diferentes momentos. Nas décadas de 50 e 60, por exemplo, no Canadá e EUA, o tratamento para dependentes de heroína começou a ser realizado com metadona (outra droga mais branda); houve também os programas de troca de seringa na Holanda e Inglaterra, devido principalmente aos inúmeros casos de transmissão de hepatite B e AIDS, respectivamente, iniciados na década de 70, e que se espalhariam pela Europa (FONSECA, 2005; MACHADO E BOARINI, 2013).

A Holanda transforma a relação com as drogas ainda na década de 70. A política foi alterada com a lei do ópio (*Opium Act*), que distinguia as drogas entre leves (maconha e haxixe) e fortes (heroína, cocaína, anfetamina, LSD). Mesmo o tráfico das drogas leves sendo ilegal, a produção, uso e porte para uso próprio foram permitidos. Esse abrandamento permitiu que os usuários detivessem maior liberdade, inclusive para se organizar em relação ao uso e ao cuidado coletivo. Com isso, na década de 80 foram criadas as *Junkiebonden* (ligas de usuários de drogas). Estas desenvolviam e fomentavam abordagens mais humanas e pragmáticas aos usuários, zelando pela sua autonomia e pelas suas condições de vida (MARLATT, 1999).

Foram as ligas de usuários (*junkiebondens*) que desenvolveram os programas de trocas de seringas (PTS). Isso ocorreu pois houve serviços, como farmácias, que se recusaram a vender

o equipamento aos usuários, e estes se preocupavam com uma possível epidemia de hepatite B. Assim, logo houve apoio dos serviços municipais (FONSECA, 2005).

Um segundo fortalecimento da política de redução de danos ocorreu devido à AIDS. Os números entre usuários de drogas eram altos, e fortalecer as estratégias de RD foi o caminho adotado. Tanto os programas de trocas de seringas e a melhoria das condições de uso, quanto as melhorias das condições de vida dessa população por meio de atividades socioassistenciais, foram o foco. Deixou-se de priorizar a dependência em relação às drogas de maneira estrita, e começou a se priorizar as consequências para a vida em geral que provêm do uso (como as doenças infecciosas). Antes disso, a abstinência era o que predominava enquanto tratamento (MARLATT, 1999).

Essa mentalidade veio acompanhada de uma nova revisão na política de drogas pelo governo holandês, em 1985, enfatizando a “normalização” da questão das drogas e adotando uma postura pragmática. Assumiu-se, como preconizava a redução de danos, que é melhor flexibilizar a legislação repressiva em favor de reduzir o estigma dos usuários (MARLATT, 1999).

Na Inglaterra aconteceram transformações semelhantes nas políticas sobre drogas, também provenientes da preocupação do aumento das taxas de transmissão de HIV. Na província de Merseyside, onde havia maior taxa de usuários de drogas à época, fora desenvolvido pelo governo local um programa humanitário de RD, em contraposição ao modelo usualmente utilizado, que detinha foco na “cura” pela abstinência (SEYMOUR & EATON, 1997). Nesse programa estavam incluídas atividades de troca de seringas, educação na comunidade e locais de uso, prescrição de drogas de menor impacto, serviços de aconselhamento, auxílio à reinserção profissional e moradia (RILEY, 1994 apud FONSECA, 2005).

O modelo desenvolvido na província de Merseyside, assim como as ações desenvolvidas na Holanda, detinha preocupação com o risco da AIDS; mas também almejava aprimorar a promoção de saúde em termos amplos a essa população. Isso porque esse grupo populacional tinha acesso restrito aos serviços de saúde, uma vez que o tratamento anterior era baseado na abstinência e muitos usuários não gostariam de parar o uso de drogas, sendo estigmatizados (SEYMOUR & EATON, 1997). Esse programa desenvolveu uma abordagem, portanto, mais acessível, aberta e desburocratizada, o que tornou a mudança de hábitos algo processual e muito mais aceitável entre usuários de drogas. Um exemplo é que Merseyside foi

a única província a conseguir diminuir os crimes relacionados a drogas em 1990 (RILEY, 1994 APUD FONSECA, 2005).

Experiências como essa demonstraram a importância da transformação das políticas de drogas e a necessária base da redução de danos, fazendo com que esta fosse utilizada a nível nacional na Inglaterra. Foi em 1987 que foi lançado o primeiro documento nacional de políticas sobre drogas apoiando-se na política de RD, documento do *Advisory Council on the Misuse of Drugs*. O documento estabelecia a política sobre drogas e AIDS na Inglaterra (FONSECA E BASTOS, 2005).

Outros fatores que os autores destacam para o desenvolvimento dessa política na Inglaterra são: as novas políticas de drogas e AIDS foram desenvolvidas sempre com base numa abordagem de saúde pública; a necessidade de reduzir os danos sendo prioridade em relação à cura ou a acabar com o uso; e um planejamento antes mesmo de possíveis epidemias acontecerem com grande impacto, como a de AIDS (FONSECA E BASTOS, 2005).

Foi também na Inglaterra, em Liverpool, que ocorreu a primeira conferência internacional de RD, em 1990, justamente porque às abordagens em RD no país estavam se tornando mundialmente conhecidas. Essa primeira conferência deteve como objetivo a divulgação de ideias e experiências, bem como conquistar apoio (FROMBERG, 1995).

Em 1990 também teve início o programa de RD em Frankfurt, Alemanha, que se tornou modelo para muitas cidades na Europa. Os serviços oferecidos incluíam: abrigos para pernoite de usuários, unidades móveis para aconselhamento, troca de seringas, troca dos equipamentos de injeção usados em farmácias, fornecimento de metadona, centros de urgência para atendimento médico e três salas de assistência (ambientes seguros para o consumo de drogas, com higiene e assistência médica e psicológica) (MARLATT, 1999).

Frankfurt, junto às administrações de Amsterdã, Hamburgo e Zurique, criaram a aliança transgovernamental *The European Cities on Drug Policy* (ECDP), em 1990. A aliança desenvolveu um plano de transição em relação às políticas de RD. Em 1993, foram incluídas nesta aliança as cidades de Arnhem, Basel, Hannover, Lucerna, Roterdã, Zagreb, entre outras. Essa reunião contou com a representação de 58 cidades, em 14 países (NADELMANN ET AL., 1994).

Outros países, em outros continentes, também desenvolveram estratégias de RD, como Austrália e Canadá. A Austrália, por exemplo, as adotou oficialmente como política pública em 1985 (MARLATT, 1999). Sidney sediou, em 1992, a III Conferência Internacional de Redução

de Danos, intitulada “From faith to science”. Foi um momento importante, visto que havia ainda uma necessidade a nível internacional do reconhecimento científico da estratégia de redução de danos. Na época, o governo australiano afirmou não considerar uma sociedade livre de drogas uma meta possível de ser alcançada (RILEY, 1994 apud FONSECA, 2005).

O Canadá também é um país no qual a RD deteve intenso desenvolvimento e até hoje detém papel substancial nas políticas de cuidado em saúde a pessoas que fazem uso abusivo de drogas (MARLATT, 1999; KERR et al, 2017). A RD no país sempre esteve ligada a uma abordagem de saúde pública, junto ao sistema de saúde, passando a integrar a estratégia nacional relativa a drogas em 1987; em 1994 foi sede da V conferência internacional de redução de danos, em Toronto. As ações desenvolvidas se voltaram principalmente para o uso de drogas injetáveis, mas também relativas ao uso abusivo de álcool e amplas estratégias de educação em saúde. Segundo diversos autores, as políticas detiveram avanços e retrocessos, a depender do governo em questão nacional e localmente (CAVALIERI & RILEY, 2012; KERR ET AL, 2017).

No Brasil, as primeiras ações baseadas na RD foram realizadas em 1989, na cidade de Santos/SP (KINOSHITA, 2009; PASSOS E SOUZA, 2011; MACHADO E BOARINI, 2013; TEIXEIRA, 2015). Ações de distribuição de seringas à população usuária de drogas injetáveis, iniciativa do sanitarista David Capistrano, visavam diminuir a transmissão do vírus da AIDS. Segundo Machado e Boarini (2013), esse início foi bastante polêmico, já que a ação realizada foi considerada pela promotoria pública uma forma de facilitar o consumo de drogas e realizar gastos públicos indevidos, levando a prefeitura a ser processada e a ação de distribuição interrompida.

Posteriormente, em 1994, ainda sob a problemática da AIDS no país, o Conselho Federal de Entorpecentes (que viria a ser substituído pelo atual conselho nacional de políticas sobre drogas) foi favorável a ações de Redução de Danos, visto que a situação do alto número de pessoas com AIDS exigia medidas rápidas e eficazes. Essas ações foram realizadas em cooperação com o UNDCP (United Nations International Drug Control Program), sendo que representou o primeiro projeto de redução de danos apoiado por esse programa da ONU no mundo (MACHADO & BOARINI, 2013).

No decorrer dos anos noventa, a partir principalmente das associações de usuários que foram criadas com as ações de RD voltadas à problemática da transmissão do vírus da AIDS, o Brasil foi detendo outras influências para seu fortalecimento. Começaram a ocorrer encontros

e congressos, no Brasil e no mundo, que traziam discussões e ações com base nessa estratégia. As conferências mundiais de redutores de danos ocorriam anualmente. Em 1997 surge no Brasil a Associação Brasileira de Redutores de Danos (ABORDA) e em 1998 surge a REDUC - Rede Brasileira de Redução de Danos. Desta forma, a RD começava a capilarizar-se no Brasil, de modo que surgiram leis nos municípios e estados, até se tornar diretriz principal no cuidado referente ao uso abusivo de drogas (FONSECA, 2012).

Como já abordado, foi a Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, de 2003, que consolida a RD enquanto fundamental na política brasileira de cuidado.

3.1.2.2 Acerca do Conceito de Redução De Danos

Já fora expresso que a redução de danos inicia, nos contextos mais atuais em diversos países, como na Holanda e no Brasil, na própria prática de grupos de usuários de drogas, sobretudo de drogas injetáveis. Devido à precarização das condições de vida e saúde que se intensificavam quando o uso se tornava abusivo, os próprios usuários começaram a tomar conta de si mesmos, principalmente ensinando seus pares acerca do uso e das consequências do uso abusivo. Realizavam essas ações sem julgamentos, contrapondo-se também às práticas coercivas, punitivas e proibicionistas por parte da polícia, da justiça e do Estado em geral (ALVES, 2009; MACHADO E BOARINI, 2013).

Essas ações de cuidado coletivo levaram a criação de associações e movimentos sociais de usuários de drogas, que também iniciaram reivindicações nas áreas de saúde, assistência social e de contraposição à violência do paradigma da guerra às drogas - que preconiza o encarceramento prisional dos usuários e que considera o uso abusivo como patologia (PASSOS E SOUZA, 2011; MACHADO E BOARINI, 2013).

Assim, as reivindicações das associações de usuários começaram a surtir efeito, e estas mesmas associações representaram a interlocução necessária entre usuários e governos, conformando a redução de danos enquanto política pública. As políticas modificaram positivamente os índices epidemiológicos, como na diminuição da transmissão de hepatite B e HIV, popularizando essas estratégias pelo mundo.

Após a articulação com os governos, os princípios da RD começaram a se fundir com as estratégias de saúde, consolidando um novo paradigma no cuidado a usuários de drogas -

com princípios e práticas bem delineadas. Deste conjunto, pode-se afirmar que a estratégia de RD retira o foco do problema da erradicação das drogas e da abstinência enquanto forma de tratamento e privilegia o direito à saúde de todos e o respeito à autonomia daquele que não deseja ou não consegue interromper o uso da droga. Caracteriza-se portanto pela redução das consequências danosas do uso, mas não necessariamente pela redução do consumo. Seu caráter coletivo e reivindicatório permaneceu, sendo objetivo a criação de vínculos (seja entre pares ou entre profissionais e usuários); a participação dos sujeitos no próprio plano de cuidado e a construção de autonomia inclusive num caráter coletivo, isto é, no empoderamento dos sujeitos e seus grupos para a reivindicação da garantia de direitos e na participação social para transformação de suas realidades (CRUZ, SÁAD & FERREIRA, 2003; PAULY, 2008; GOWAN et al, 2012).

Os exemplos abordados no histórico, e também o que expõem Rotgers (2004) e Hawk et al. (2017), expressam que há um conjunto diverso de ações. Hawk et al. (2017) trazem a noção da “Coalização de Redução de danos dos Estados Unidos”, a qual expressa que não há definição única ou fórmula na implementação da RD. O mesmo estudo também traz a concepção da organização “Redução de Danos Internacional” (HRI), a qual a descreve de maneira ampliada como: políticas, programas e práticas que objetivam principalmente reduzir as consequências adversas à saúde, bem como as consequências sociais e econômicas do uso de drogas legais e ilegais, sem necessariamente reduzir o consumo. Tal definição expressa ainda que a RD beneficia pessoas que utilizam drogas, suas famílias e suas comunidades.

Hawk et al (2017) sintetizam seis princípios: (1) humanismo, (2) pragmatismo, (3) singularidade/individualidade dos pacientes e seu histórico de vida, (4) promoção/desenvolvimento de autonomia, (5) incrementalismo/*incrementalism* (destaque às potencialidades e pequenos avanços), (6) não penalidade pelas próprias escolhas.

Rotgers (2004) traz uma reflexão interessante que ocorrera no início, e de certa forma ainda ocorre, com as ações de RD nos estados unidos. O autor expressa que muitos defensores da redução de danos negaram qualquer intenção "terapêutica" em seus programas, pois o foco estaria na disponibilidade de opções de promoção de saúde, com o acesso a essas opções ficando totalmente à escolha do usuário de drogas acessar ou não (ROTGERS, 2004). No mesmo estudo, o autor expressa entretanto que têm-se desenvolvido um grande conjunto de abordagens clínicas e terapêuticas que são obviamente incluídas na rubrica da redução de danos; o que também se apresenta no estudo de Hawk et al (2017), no qual se expressa que uma evolução

natural da filosofia de RD é estendê-la para vários grupos e populações que necessitam de atenção à saúde em situações específicas.

Machado e Boarini (2013), por meio de extensa pesquisa bibliográfica que visou rastrear o desenvolvimento da estratégia de RD no Brasil, trazem reflexões importantes para a definição. Expressam que é uma maneira de se descentralizar o foco da erradicação e da abstinência, privilegiando a saúde de todos e o respeito à liberdade individual. Os autores demarcam que a transição do conceito de “comportamento de risco” para “situação de vulnerabilidade” permitiu o reconhecimento de que o fenômeno do uso de drogas é muito mais abrangente do que uma perspectiva individual, perpassando pela esfera social, econômica e política. Ou seja, as ações devem ser planejadas de acordo com o contexto sociocultural, bem como abranger os usuários, ser realizada em conjunto. Outro ponto de destaque refere-se que a RD não deve ser tratada como uma medida paliativa, pois a eficácia das ações é concreta e duradoura na vida dos sujeitos (MACHADO E BOARINI, 2013).

O estudo de Souza e Monteiro (2011), que visou discutir as contribuições da abordagem de RD para práticas educativas sobre saúde e drogas, traz que dentre as ações da estratégia está a formulação de ações educativas, nas quais educadores e educandos necessitam conhecer diferentes aspectos do uso de drogas, como os tipos, quantidade, frequência, a rede social de usuários e seus familiares, projetos de vida, situações de violência, dispositivos de saúde etc. A contextualização das ações ajuda na criação de sentido para os participantes, possibilitando maior confiança e medidas mais pertinentes a cada realidade. O estudo, que entrevistou e acompanhou o trabalho de profissionais que trabalham como educadores em ONGs voltadas a jovens de comunidades carentes do RJ, lidando com problemáticas provenientes do uso de drogas, trouxe resultados na perspectiva apresentada. Com uma abordagem que procurou relacionar a RD com a realidade dos jovens, foi possível uma gama de ressignificações acerca do uso de drogas e do tráfico, além da mudança de programas nas próprias comunidades que antes abordavam a questão somente pelo viés da abstinência.

Fonseca (2012) traz destaques importantes no sentido ético. Expressa que o foco deixa de ser a droga em si e passa a se focar na pessoa e sociedade como um todo; a qualidade de vida, a promoção de um estilo de vida mais saudável, sempre incentivando o protagonismo e autonomia. Desta maneira, relaciona-se a uma concepção de saúde abrangente, que pode ser sintetizada como a mobilização de energias para reinventar a vida. Reinventar a vida, ou possibilidades de vida, pode ser traduzido como autoestima, autocuidado, reconhecimento dos

sujeitos e sociedade enquanto um vir-a-ser. Ligando-se a essa concepção, o autor relembra também que a RD foi um método construído pelos próprios usuários de drogas e que restitui “um cuidado de si subversivo às regras de conduta coercitivas”. O autor sintetiza seu estudo ao expressar que reduzir danos é ampliar as ofertas de cuidado dentro de um cenário democrático e participativo (FONSECA, 2012).

3.1.2.3 *Redução de Danos nas Políticas Públicas Brasileiras*

Apesar da redução de danos ter sido concretizada somente com a Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, ela já apareceu nacionalmente em 2001, com a Política Nacional Antidrogas (2001). O próprio nome da política (antidrogas) já expressa certa contradição em relação a RD estar ali contemplada, visto que é uma política baseada no discurso proibicionista. Nesta política nacional de 2001, ela consta enquanto pressuposto básico e diretriz, junto a outras diretrizes que buscam acabar com as drogas no país. Enquanto pressuposto básico, consta com a seguinte redação:

Princípio básico 2.13: Orientar a implantação das atividades, ações e programas de redução de demanda (prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social) e **redução de danos**, levando em consideração os “Determinantes de Saúde”, entendidos como: renda familiar e nível social; nível educacional; condições ocupacionais ou de emprego; meio ambiente físico; funcionamento orgânico (biológico); herança genética; habilidades sociais; práticas de saúde pessoal; desenvolvimento infantil saudável e acesso ao sistema de saúde. Brasil, 2001, pg. 11

Enquanto diretriz, a política expressa que é necessário reconhecer a estratégia de RD como uma intervenção preventiva que deve ser incluída entre as medidas desenvolvidas. Que, sob essa estratégia, deve-se visar sempre a redução dos problemas de saúde associados ao uso indevido de drogas, com ênfase para as doenças infecciosas. Ainda expressa que os critérios de eficácia das ações de RD devem ser a qualidade de vida e o bem-estar individual e comunitário; além de que é necessário, como parte dessa estratégia, haver a educação, treinamento e capacitação de profissionais que atuem em atividades relacionadas à redução de danos (BRASIL, 2001).

Para Machado e Miranda (2007), entretanto, a política não traz a definição de redução de danos e não se posiciona em relação aos programas de troca de seringas. Segundo os autores,

essa omissão é resultado da influência das comunidades terapêuticas, que detinham a hegemonia na abordagem aos usuários de álcool e outras drogas no campo da saúde.

Isso muda em 2003, quando a Redução de Danos é claramente definida pela já referida Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Outras Drogas (BRASIL, 2003). O texto da política expressa:

Aqui a abordagem da redução de danos nos oferece um caminho promissor. E por que? Porque reconhece cada usuário em suas singularidades, traça com ele estratégias que estão voltadas não para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida. Vemos aqui que a redução de danos oferece-se como um método (no sentido de métodos, caminho) e, portanto, não excludente de outros. Mas, vemos também, que o método está vinculado à direção do tratamento e, aqui, tratar significa aumentar o grau de liberdade, de **co-responsabilidade** daquele que está se tratando. Implica, por outro lado, no estabelecimento de **vínculo com os profissionais, que também passam a ser corresponsáveis pelos caminhos a serem construídos pela vida daquele usuário, pelas muitas vidas que a ele se ligam e pelas que nele se expressam.**

É evidente que nesta política a singularidade, o direcionamento para a autonomia e a corresponsabilidade são objetivos fundamentais. E a RD é referenciada como uma estratégia que perpassa pelos dispositivos de uma rede de atenção ampla. Nesta política, o MS expõe que como estratégia para vários serviços, ela opera interações, promove aumento do vínculo, cria pontos de referência, viabiliza o acesso e o acolhimento, multiplicando as possibilidades do enfrentamento ao uso abusivo de álcool e outras drogas (BRASIL, 2003).

As demais políticas e legislações as quais trazem a redução de danos são: a Política Nacional sobre Drogas, de 2005; a Portaria nº 1.028/GM de 1º de Julho de 2005, que “regulamenta as ações de Redução de Danos sociais e à saúde”. As definições e ações normalizadas nessa portaria foram posteriormente vinculadas e colocadas sob responsabilidade da Rede de Atenção Psicossocial, por meio da portaria nº 3.088/2011, de constituição da RAPS.

Desde então, outras legislações que abordam a RD foram criadas, como a criação de novos dispositivos (CAPS AD III, por exemplo), sendo sempre vinculadas à Rede de Atenção Psicossocial. Entretanto, a Redução de Danos é desmantelada na política nacional sobre drogas em 2019, quando a presidência da república, pelo decreto 9.761/2019, revoga a política nacional sobre drogas e implementa nova política. Essa nova política além de realizar o esvaziamento da RD como estratégia de atenção, a substitui pela abstinência total, intensifica a utilização das Comunidades Terapêuticas (CTs) como dispositivos da Raps, institui a ampliação dos hospitais

psiquiátricos como elementos da rede, entre outras medidas contrários às ações que vinham sendo desenvolvidas (GOMES MEDEIROS et al, 2019; MARTINS et al, 2019).

Portanto, as contradições já apontadas, de que existem dois paradigmas em disputa no campo das drogas no Brasil, exacerba-se. Até porque os serviços criados com base no paradigma psicossocial, e portanto com base na redução de danos, como os CAPS AD, continuam a existir, mesmo que com menos recursos e poucas perspectivas de desenvolvimento.

3.1.3 Princípios do SUS, Promoção da Saúde e Autonomia

O SUS é o sistema nacional de saúde do Brasil, sendo caracterizado por ser um sistema de seguridade social. Isto o faz um amplo sistema de múltiplas agências e agentes, que em conjunto se direcionam para levar ou garantir saúde à toda população (PAIM 2006; VASCONCELOS E PACHE, 2006; MATTA, 2007). Um sistema de seguridade, como o SUS, é universal, *i. e.*, abrange todos os cidadãos, e é também financiado por toda sociedade. Mas não foi sempre assim no Brasil. O SUS institucionalmente existe somente há cerca de 30 anos, nasceu junto à constituição de 1988. E por isso é considerado uma das grandes vitórias do povo brasileiro na constituição da democracia brasileira (PAIM 2006; VASCONCELOS E PASCHE, 2006; MATTA, 2007).

É por meio de seu sistema de redes, conformado nesses 30 anos, que se executam, portanto, as políticas e o cuidado a pessoas que fazem uso abusivo de drogas. Logo, compreender seus princípios e organização é fundamental para abordar os serviços de cuidado a pessoas que fazem uso abusivo de drogas. Sobretudo a relação que ocorre entre esse cuidado que por hora investigamos e determinadas políticas e princípios, como a atenção integral, a promoção da saúde e sua concepção de autonomia, e atenção primária em saúde (APS).

3.1.3.1 Do seguro social à seguridade social: saúde como conquista democrática da RSB

As características do SUS começaram a ser diretamente gestadas na década de 1970, em plena ditadura militar: diversos atores, que compuseram o movimento de reforma sanitária, começaram a se contrapor às características herdadas das décadas anteriores. A RSB se constituiu no binômio (1) da luta por melhores condições de saúde da população, sobretudo

pela oferta de serviços de qualidade por meio de um sistema de acesso universal, com atenção integral e (2) da luta pela democracia (LIMA et al, 2008). Esse binômio não foi por acaso. O processo de crescimento e desenvolvimento econômico do país no século XX determinou desde o início as concepções de saúde e cidadania. Fora o governo Vargas que erigiu as bases do que seriam essas concepções de saúde e cidadania por muitas décadas. E não só cidadania e saúde, mas tudo o que era visto como política de cunho social, o que era voltado às camadas populares da nação (COHN, 2008).

O governo getulista, com sua estratégia de construção do estado nacional atrelada ao projeto de industrialização da economia, instituiu na década de 1930, a um só tempo, o sistema nacional de proteção social, a legislação trabalhista e a legislação sindical. Com isso, atrelou a assistência médica, realizada por meio da previdência social, à política trabalhista. É sobre esta base, de regulação da relação capital-trabalho, que fora considerada a noção de políticas sociais: o Estado incorpora interesses da classe trabalhadora desde que esses interesses estejam subalternos aos interesses do capital. Em síntese, uma concepção trabalhista/salarial de atenção à saúde e uma concepção de cidadania não universal/regulada; isto é, uma noção de política social como subproduto da política econômica (de inclusão pelo mercado de trabalho daqueles que são excluídos devido à organização societária, sendo que parcelas da população não seriam incluídas devido ao desemprego) (COHN, 2008).

Essa concepção desenvolvimentista de proteção social marcou, ainda, o pleno desenvolvimento de uma atenção à saúde majoritariamente de caráter individual, biomédico e privado; e uma saúde minoritária de caráter coletivo, pois o modelo individual era financiado pela previdência e o modelo de saúde pública/coletiva ficava à mercê do orçamento governamental, sempre escasso. Portanto, enquanto a atenção previdenciária, centralizada pelo governo federal, desenvolvia uma saúde de caráter individual, de contratação de serviços privados baseados no modelo biomédico, a saúde pública era voltada a algumas poucas ações específicas à população, com poucos recursos (PAIM, 2002).

Essas características se intensificaram no regime militar. A noção limitada de cidadania seria ainda mais restrita, impossibilitando a população de lutar por melhorias nas características e nas ações dos serviços públicos de saúde, bem como lutar por direitos e ampliação da cidadania num geral. Em síntese, na ditadura militar, foi utilizado novamente o discurso de que o crescimento e a industrialização do país permitiriam uma ampliação das políticas sociais; o que se viveu entretanto foi um período de aferrenhamento da regulação da

cidadania e intensificação da desigualdade econômica-social, sendo as condições de saúde da população uma das áreas mais afetadas (SCOREL, 2011).

Degradação da qualidade de vida, epidemias e endemias, altas taxas de mortalidade; uma prática médica de cunho individual e especializado em detrimento de ações de saúde pública de caráter preventivo e interesse coletivo; criação de um complexo médico/industrial e elevadas taxas de acumulação de capital nas grandes empresas produtoras de equipamentos e medicamentos; gastos elevados de dinheiro público que não repercutiam na saúde da população; corrupção. Ao mesmo tempo, pesquisadores, usuários dos serviços de saúde e governantes preocupados com essa realidade não podiam realizar ações de transformação - o estado extinguiu fóruns de planejamento, retirou poder dos municípios e impôs a centralização da gestão e planejamento da área da saúde na União. Além de negligenciar a saúde da população em termos coletivos aos escassos recursos do ministério da saúde, revigorando a separação entre o ministério da saúde e saúde previdenciária. Fora essa a realidade até os anos derradeiros da ditadura militar (LIMA ET AL, 2008; SCOREL, 2011).

O governo militar em questão, frente aos índices calamitosos, até tentara mudanças no setor saúde, como: a criação do Sistema Nacional de Saúde (Lei nº 6.229/75), a implantação de programas de extensão de cobertura de serviços de saúde em áreas rurais e periferias urbanas, a organização de sistemas de vigilância epidemiológica e sanitária, o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social (conhecido como Plano do Conasp) e a estratégia das Ações Integradas de Saúde (AIS) (PAIM, 2002).

Entretanto, não foi suficiente para transformar a crise pela qual passava a saúde nacional, o que desencadeou o movimento de reforma sanitária brasileira.

A RSB foi um movimento social, composto por associações de bairro e de comunidades de vários locais do país, em conjunto a pesquisadores, estudantes, profissionais da saúde e sindicatos de categorias diversas. Participaram significativamente, representando o setor acadêmico, entidades como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC). Esse conjunto lutou, na década de 70, por uma reforma sanitária e de democratização da saúde; defendera a criação de um sistema de saúde de caráter universal, que botasse fim à separação entre saúde previdenciária e saúde pública (PAIM, 2002).

O movimento da RSB, após anos de lutas em diversos setores e por diversas ações³, desenvolveu na VIII Conferência Nacional de Saúde o texto base que seria principal inspiração para o capítulo Saúde da constituição de 1988. Seria também a base para a lei orgânica da Saúde (8080/1990), que implementa e regulamenta o SUS.

3.1.3.2 *Princípios e diretrizes do SUS*

Com a conquista do SUS pela sociedade brasileira, a saúde passa a ser um direito de todo cidadão e um dever do Estado, constituindo-se em elemento do sistema de seguridade social. Há desta forma uma ruptura com a política social anterior, da maior parte do século XX, que fora marcada pela exclusão de milhões de brasileiros do usufruto público de bens construídos coletivamente. Foi superada, em grande parte, a oferta estratificada de serviços, que diferenciava indivíduos segurados pela previdência social e o restante, de desempregados ou com empregos informais. Assim, o SUS possibilita a redução das iniquidades de cuidado em saúde e da vida em geral, inclusive as iniquidades entre as diferentes regiões do país (PAIM, 2006; VASCONCELOS E PASCHE, 2006).

O SUS inaugura, também, uma nova base de se pensar e fazer saúde. Houve o início da sustentação em uma concepção ampliada de saúde, que inclui os condicionantes econômicos, sociais, culturais e bioecológicos, que por sua vez se desenvolve em uma visão abrangente e integrada de ações, serviços e redes de saúde. Esse conjunto busca superar a visão dominante, biomédica, que enfoca a saúde pela doença, sobretudo nas dimensões biológica e individual. Essa antiga visão, portanto, buscava conceber a saúde dos indivíduos como questão meramente individual. Com a concepção ampliada de saúde o sistema de saúde brasileiro teve que reorganizar-se, baseando-se em novas concepções e modos de operação, como a organização por redes e as políticas/programas nacionais (como a RAPS, a política nacional de álcool e drogas, a política nacional de atenção básica, política nacional de promoção da saúde e muitas outras).

Como já expresseo, o SUS é regulamentado pela constituição de 1988 e pela lei orgânica da saúde. Nessas legislações estão presentes os princípios e diretrizes do SUS, que em conjunto conformam as “regras pétreas” (VASCONCELOS E PASCHE, 2006), a base sob a qual se

³ Para a história da Reforma Sanitária Brasileira, recomendamos o livro “Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário” (SCOREL, 1999) e “Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil” (GIOVANELLA, organizadora, 2017)

sustenta e o direcionamento no qual a saúde brasileira deve caminhar, garantindo as concepções já destacadas, de cidadania e do conceito ampliado de saúde. Apesar de não haver especificação tão definida nessas legislações acerca do que é princípio e acerca do que é diretriz, é amplamente definido pela literatura que há três princípios doutrinários do SUS e que há os princípios organizativos ou diretrizes organizativas (VASCONCELOS E PASCHE, 2006; MATTA, 2007). Apresentamos primeiramente o que consta em cada legislação e posteriormente definimos de acordo com a literatura científica; segundo a constituição federal:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao **acesso universal e igualitário** às ações e serviços para sua **promoção, proteção e recuperação**.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma **rede regionalizada e hierarquizada** e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes **diretrizes**:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade. (BRASIL, constituição federal, 1988. Grifos nossos)

A lei 8080/1990 (que “dispõe sobre as condições para a **promoção**, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”), por sua vez, define quinze (15) princípios, dos quais destacamos:

- I - **universalidade** de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - **integralidade** de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - **preservação da autonomia** das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - **igualdade** da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- VIII - **participação da comunidade**;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo.

As noções de universalidade, integralidade e igualdade, bem como a concepção de promoção da saúde, aparecem em ambas as legislações. Ainda, é interessante destacar, para esta fundamentação, que a autonomia dos usuários adentra como diretriz do Sistema de Saúde em sua lei Orgânica. Os três princípios considerados doutrinários portanto são o de Universalidade, Integralidade e Equidade (VASCONCELOS E PASCHE, 2006; MATTA, 2007).

A universalidade garante o direito a saúde a todos os cidadãos, em todos os níveis de atenção e de todos os serviços ofertados pelo sistema de saúde. Desta forma, não há qualquer separação entre empregados/segurados ou não empregados, como ocorria antes do SUS, tampouco há qualquer outra forma de discriminação.

O princípio de integralidade está intimamente relacionado ao conceito ampliado de saúde, uma vez que é o princípio que assegura considerar as várias dimensões do processo saúde doença, a nível individual e coletivo. Desta forma, pressupõe a continuidade de atenção à saúde desde a prevenção e proteção, bem como a cura ou reabilitação de indivíduos e coletivos. É esse princípio que dá base as ações intersetoriais em saúde, integrando, por exemplo, vigilância sanitária, programas de vacinação, saneamento básico, assistência a desastres e muitos outros (VASCONCELOS E PASCHE, 2006; MATTA, 2007).

A integralidade é base também para uma característica fundamental do SUS, que é a importância da atenção primária em saúde (APS). Isso porque a maioria das questões de saúde da população, cerca de 80%, não necessita dos níveis ambulatorial especializado e de complexidade hospitalar, sendo resolvidos ou prevenidos pelos serviços básicos. A atenção primária, desta forma, é o primeiro contato com o SUS para a imensa maioria da população, e engloba o conjunto de ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação. A atenção primária é composta pelas unidades de saúde e pelas equipes de saúde da família; ela é também de fundamental importância para as ações de saúde mental e drogas, como é exposto abaixo (PAIM, 2015; VASCONCELOS E PASCHE, 2006).

A equidade corresponde ao princípio de priorizar ações e serviços as parcelas da população que enfrentam maiores dificuldades na prevenção, proteção e reabilitação da saúde, isto é, aqueles que mais adoecem ou tem a probabilidade de adoecer, devido as iniquidades

sociais, como distribuição de renda, acesso a serviços, alimentação, emprego, moradia etc. Apesar da equidade não constar nas legislações acerca do SUS, é amplamente defendida como princípio pelos formuladores e pesquisadores do SUS (BARROS E SOUZA 2016, PAIM 2006, VASCONCELOS E PASCHE, 2006). Para Paim (2002), o SUS na verdade não é um sistema que garante a promoção da equidade, mas que se direciona para tal.

3.1.3.3 Saúde mental e drogas e atenção primária em saúde

Como expresso, a atenção primária, nível que detém a maior abrangência de atendimento e contato com a população, é fundamental para as ações no âmbito da saúde mental e drogas. Nos baseamos em Amarante e Lancetti (2006) para desenvolver tal relação, e para os quais a “saúde mental é, por assim dizer, o eixo da estratégia de saúde da família (SF)” (pg. 628). Isso porque os profissionais da APS (equipes de saúde da família, da unidade básica e dos núcleos de apoio à saúde da família NASF), conhecem as pessoas muitas vezes pelo nome e suas biografias, conhecem suas realidades de vida, e a realidade do território existencial e geográfico. Além de acompanharem a vida das pessoas e do território, realizando atendimento contínuo.

Com maior vínculo desenvolvido, as pessoas atendidas compartilham mais facilmente seu sofrimento e o sofrimento das famílias, e os profissionais podem apoiar na ressignificação e superação do sofrimento. Os profissionais praticam constantemente o acolhimento, dispositivo fundamental da saúde mental e “desenvolvem-se ações coletivas, como caminhadas, iniciativas culturais/educativas e de participação e protagonismo político” (AMARANTE E LANCETTI, 2006, pg 629). Assim, a intervenção das equipes de SF são por vezes mais incisivas e efetivas que as dos CAPS e, certamente, mais que as dos hospitais psiquiátricos.

Desta forma, é imprescindível a associação entre os CAPS e as equipes de SF, integrando os diferentes olhares e ações das equipes profissionais. Desta maneira, é aplicado o conceito ampliado de saúde, uma saúde integral e de determinação múltipla, que busca prevenir doença e promover saúde a nível singular e coletivo, amparando-se também na equidade. São atendidos prioritariamente, portanto, as pessoas e famílias em maior risco: “os que são encontrados pelos ACS trancafiados, em prisão domiciliar, os que usam drogas de forma suicida, os que explodem em erupção psicótica ou que deprimem profundamente” (AMARANTE E LANCETTI, pg 630). Os autores, entretanto, expressam:

Como alertam os autores da Psiquiatria Democrática italiana, há que prevenir a prevenção; a associação de profissionais de saúde da família e de saúde mental não é para fazer prevenção separada da cura. [...] Se há algo a ser prevenido é a internação psiquiátrica, o suicídio, homicídio e a violência familiar e comunitária.

Todas as ações desenvolvidas devem ser pautadas pelo conceito de cidadania. Antigamente os velhos psiquiatras e psicólogos olhavam para um paciente e já pensavam em classificá-lo diagnosticamente: psicótico, perverso, neurótico, etc. Esses profissionais não buscavam conhecer a biografia, o meio no qual o sujeito vivia, [...] e muito menos o que essa pessoa podia, sua potencialidade subjetiva e sua possibilidade de autonomia. (AMARANTE e LANCETTI, 2006, p. 630)

Por fim, as equipes de saúde da família desenvolvem ações que muito se direcionam para as ações desenvolvidas nos CAPS, pois há ações coletivas, que ocorrem em diferentes pontos do território, e que buscam transformar a relação das pessoas consigo mesmo e com as famílias e comunidade. Há atividades físicas (caminhadas e grupos de yoga, por exemplo), grupos de promoção da saúde (repensar a saúde em termos de alimentação, higiene, saúde bucal etc), hortas comunitárias, grupos para promover saúde a respeito do uso de drogas, atividades artísticas e culturais. Dentre alguns profissionais que podem compor os NASF, há: psicólogo, educador artístico, profissional de saúde sanitária, acupunturista, educador físico, nutricionista, psiquiatra, geriatra, TO e outros (BRASIL, 2011/portaria 2488/11).

Desta forma, dentre alguns objetivos, os autores expressam que são objetivos desse programa: a redução da internação psiquiátrica, a diminuição da violência e a diminuição do uso abusivo de drogas (AMARANTE e LANCETTI, 2006).

3.1.3.4 Promoção da saúde e Autonomia

A promoção da saúde está amplamente presente nos objetivos, nos princípios e nas práticas desenvolvidas no Sistema Único de Saúde. Como destacado no ponto de princípios do SUS, ela consta na própria constituição federal e na lei orgânica da saúde. E está também substancialmente presente nas políticas relacionadas ao cuidado em saúde de pessoas que fazem uso abusivo de drogas. Está presente na Política Nacional (PAIUAD), na lei da RAPS (3088/2012) e o cuidado a pessoas que fazem uso de drogas também está presente na Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2010). A promoção da saúde detém, também, uma concepção de construção/produção de autonomia que se assemelha e mutuamente se complementa à concepção da atenção psicossocial, o que podemos observar nas diferentes

políticas já abordadas relativas à atenção psicossocial e ao SUS (BRASIL, 2003; BRASIL, 2012).

A promoção de saúde não detém, porém, uma concepção única; e houve transformações desde suas primeiras formulações para se chegar até aquelas que preconizam as atuais políticas em diversos países hoje. Dentre várias conceituações, baseamos nossa fundamentação a partir de autores que também buscam realizar análises acerca da promoção da saúde na realidade brasileira relacionando às concepções de conferências e documentos internacionais – autores como Buss (2000) e Czeresnia (2003).

Em termos históricos, a promoção de saúde aparece pela primeira vez com Sigerist, em 1946, ao se referir à promoção como uma das quatro tarefas da medicina: a promoção da saúde, a prevenção das doenças, a recuperação dos enfermos e a reabilitação (BUSS, 2000). Já se encontrava aí certa concepção que iria ser desenvolvida ao longo dos anos, uma vez que Sigerist afirmara que a saúde se promove proporcionando condições de vida decentes, boas condições de trabalho, educação, cultura física e formas de lazer e descanso, aspectos que deveriam ser garantidos por esforço conjunto de políticos, setores sindicais e empresariais, educadores e médicos (SIGERIST apud BUSS, 2000).

Concepção semelhante e que ficara bastante conhecida é a de Leavell e Clark (de 1965), ao desenvolverem o modelo da história natural da doença. Ao se conhecer a história natural das doenças, poderiam ser aplicados três níveis de prevenção, sendo que o primeiro nível seria o pré-patogênese, no qual estaria a promoção da saúde. Isso porque a promoção para estes autores serve para aumentar a saúde e o bem estar geral, a fim de prevenir as doenças como um todo. Fariam parte da promoção um bom padrão de nutrição, bom desenvolvimento da personalidade (com aconselhamento e educação adequada aos pais), educação sexual, moradia adequada, condições adequadas de trabalho e lazer. Desta forma, trata-se de ações centradas nos indivíduos, abrangendo por vezes a família e grupos sociais. Entretanto, a concepção de Leavell e Clark não é efetiva em relação às doenças crônicas não-transmissíveis, como demonstrara a segunda revolução epidemiológica. Assim, as reflexões e propostas em relação aos estilos de vida começaram a transpor o enfoque individual, comportando medidas em relação ao ambiente externo e às condições de vida que são influenciadas socialmente.

É a partir dessa compreensão, i. e., do foco ou não nas ações que visam modificar os estilos de vida individualmente, que são separadas as conceituações de promoção da saúde

(SUTHERLAND & FULTON, 1992). No primeiro grupo, o foco das ações de promoção está nos comportamentos individuais, que podem supostamente ser modificados pelos próprios indivíduos. Seriam as ações relacionadas ao aleitamento materno, ao hábito de fumar e a dependência de álcool, à condução perigosa etc. O segundo grupo caracteriza as formulações mais atuais acerca da promoção da saúde. Reúne as noções nas quais os determinantes gerais e externos preponderam sobre as condições de saúde - isto é, saúde relaciona-se necessariamente com a qualidade de vida da população, que inclui condições de trabalho, alimentação, habitação, saneamento, apoio social e cuidados em saúde (SÍCOLI E NASCIMENTO, 2003). Segundo Buss (2000):

Suas atividades [da promoção da saúde] estariam, então, mais voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, compreendido, num sentido amplo, por meio de políticas públicas e de ambientes favoráveis ao desenvolvimento da saúde e do reforço da capacidade dos indivíduos e das comunidades (empowerment) (BUSS, 2000, p. 167).

Logo, o que está na base da concepção contemporânea de promoção é a crítica a uma prática individualista na saúde. A promoção da saúde se desenvolve com força em consequência das críticas ao conceito de saúde e aos sistemas de saúde vigentes durante o século XX – baseados no paradigma biomédico -, que se mostravam incapazes de lidar com o adoecimento das populações. Segundo Buss (2000), atuaram sobre os sistemas de saúde processos como os de medicalização, o desenvolvimento tecnológico, a transição demográfica e a mudança do perfil nosológico, que fizeram com que os governos reagissem com mecanismos de regulação (uso racional de recursos humanos e físicos, o controle financeiro e a ética profissional). Entretanto, devido a não ocorrer uma mudança na concepção de saúde que englobasse transformações a nível social, os mecanismos de regulação mostraram-se mais custosos e sofisticados, os sistemas continuaram ineficientes, ineficazes e inequitativos, e com pouco apoio da opinião pública (BUSS, 2000). O que foi determinante para o surgimento de novas concepções do processo saúde-enfermidade-cuidado, mais globalizantes, que articulam saúde e condições de vida.

Logo, formulações críticas à organização e reprodução da sociedade começaram a ter maior potência, uma vez que traziam à tona questões que influenciavam nas condições de vida e saúde de praticamente toda população. A promoção da saúde concebe, portanto, uma compreensão ampla do processo saúde-doença-cuidado – não somente a ausência de doença; desta forma, “propõe a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos

institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução” (BUSS, 2000. Pg 165).

O marco inicial da concepção moderna de promoção é o informe Lalonde (então ministro da saúde do Canadá) - "A new perspective on the health of Canadians", de 1974. A motivação do informe era ao mesmo tempo política, técnica e econômica, pois buscava superar os custos crescentes da assistência médica e também questionava a abordagem biomédica para as doenças crônicas, justamente por conta dos resultados pouco significativos. O informe estabeleceu 74 estratégias para a saúde, sendo 23 no componente de promoção; foram estratégias relacionadas ao estilo de vida, como dieta, tabaco, o álcool, as drogas e conduta sexual, e foram vinculadas a programas educativos dirigidos tanto aos indivíduos quanto às organizações e à promoção de recursos adicionais para o lazer. O informe foi não somente um dos primeiros documentos a abordar a promoção, mas foi também importante por ampliar as propostas de inovação na saúde (BUSS, 2000).

Após a influência do relatório Lalonde, seguiram-se encontros e conferências que discutiram de maneira global a promoção da saúde, estabelecendo bases conceituais e políticas contemporâneas; a primeira foi de Ottawa (1986), seguida das conferências de Adelaide (1988) e Sundsväl (1991); destaca-se também, na América Latina, a Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em Bogotá, de 1992. Muitas outras conferências aconteceram e estabeleceram a promoção como o principal paradigma na saúde a nível mundial.

Por fim, as formulações da promoção à saúde vem estabelecendo conexões entre conceitos, saberes e práticas dos mais diversos níveis de abrangência. Está na base dos debates e acordos de preservação ao meio ambiente e de desenvolvimento humano sustentável; aos debates acerca do direito à cidade e das cidades inteligentes; direito à moradia e cooperativismo, à luta contra a violência contra as mulheres e pelos direitos das mulheres, entre outros. Desta forma, estabelece a necessidade de responsabilidade e vínculo entre todos, o Estado (políticas públicas), as comunidades, o sistema de saúde, os indivíduos e organizações - isto é, uma noção de responsabilização múltipla. Em termos de sistema de saúde, políticas públicas e participação comunitária, os conceitos de integralidade, equidade, cidadania e participação social, respeito à autonomia e produção de autonomia são fundamentais (BUSS, 2000; CZERESNIA, 2003).

Czeresnia (2003) explicita que, afim de promover a responsabilização múltipla dos problemas e soluções para uma vida saudável (com base no conceito ampliado de saúde), um dos eixos básicos da promoção da saúde é desenvolver a autonomia dos sujeitos e dos grupos.

Isso porque não cabe a uma parte da sociedade ou uma área do conhecimento a promoção da vida - em sua dimensão tão abrangente, em suas múltiplas dimensões. Isto é, a noção de saúde aqui é tão ampla quanto a própria noção de vida, sendo necessário uma conjunção de saberes e práticas (CZERESNIA, 2003). Logo, a autora questiona qual concepção de autonomia está sendo proposta e construída. Isso porque as instituições sociais de produção de conhecimentos e práticas estão construindo representações científicas e culturais baseadas em uma noção de autonomia proveniente da lógica neoliberal, isto é, uma autonomia regulada e limitada pela lógica capitalista, pela lógica da perspectiva conservadora de promoção (CZERESNIA, 2003). Esta perspectiva diminui as responsabilidades do Estado, atribuindo aos sujeitos as mudanças necessárias para controlarem suas vidas – individual e coletivamente.

Carvalho (2004) também reflete sobre a questão, evidenciando duas problemáticas relacionadas a qual conceito de autonomia pode estar sendo aplicado pelo paradigma da promoção a saúde. Primeiramente, a noção conservadora de sujeito se aproxima do conceito de culpabilização das vítimas na saúde: situação em que grupos populacionais que são marginalizados devido à lógica capitalista são responsabilizados por problemas de saúde cujas causas encontram-se fora de sua governabilidade. Uma segunda questão relaciona essa noção de sujeito neoliberal às novas concepções de promoção que muito se assemelham às noções de prevenção. Isto é, com a ampliação do objeto de análise e de práticas da saúde, tudo e todos podem ser, de alguma maneira, vítimas de políticas de prevenção.

Carvalho (2004) afirma que parte dos projetos de promoção à saúde não superaram o enfoque behaviorista (comportamental) e mantêm o foco, portanto, em ações voltadas para a regulação da vida social, com critérios que delimitam o que é viver ou não de maneira saudável. Isso, aliado a uma noção de indivíduo neoliberal (de classe média, racional, civilizado, disciplinado e consciente de sua saúde) facilita a culpabilização e/ou a retirada da importância das determinações sociais para os problemas de saúde. Os indivíduos ficam a mercê das regras e normas concebidas por, como denomina o autor, expertos e pelos parâmetros construídos pelas políticas públicas saudáveis. Em síntese, uma autonomia regulada.

Nesse sentido, Czeresnia (2003) expressa que não basta uma noção de autonomia individual, na qual as pessoas possam decidir por elas mesmas. É necessário que estas detenham conhecimento acerca de sua realidade e de suas condições de vida, que detenham meios de como modificar essa realidade com diferentes auxílios, sejam técnicos e científicos. Promover saúde, em relação à produção de autonomia, é promover o fortalecimento da capacidade

individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos condicionantes da saúde (Czeresnia, 2003). Portanto, promoção não corresponde à produção de conhecimento científico acerca da história natural da doença, como preveni-las e o estabelecimento de padrões de comportamento; promoção é aliar diferentes saberes, inclusive populares, às ações do Estado, das comunidades e dos indivíduos, de forma a respeitar e produzir autonomia:

O conhecimento científico e a possibilidade operativa das técnicas nas práticas de saúde deveriam ser empregados sem provocar a desconexão da sensibilidade em relação aos nossos próprios corpos. O desafio é poder transitar entre razão e intuição, sabendo relativizar sem desconsiderar a importância do conhecimento, alargando a possibilidade de resolver problemas concretos. Czeresnia, 2003, pg. 44

Fortes e Zoboli (2004) expressam uma dupla dimensão da autonomia na promoção da saúde – a individual e a política. Referem-se ao desenvolvimento das atitudes pessoais mas também à possibilidade de construção e da legitimação das decisões políticas desenvolvidas pelos sujeitos em comunidade, afim de legitimar políticas efetivamente públicas. Pois as políticas na atenção à saúde afetam comunidades, regiões ou país de maneira geral, e portanto devem ser decididas por aqueles que serão afetados. Desta forma, falar em produção de autonomia é falar no exercício da cidadania, à participação comunitária, inclusive nos conselhos e conferências de saúde – possibilidades de manifestação autônoma do cidadão. Segundo os autores, as ações desenvolvidas pela promoção da saúde devem capacitar para a participação social, indo além da dimensão individual da autonomia (FORTES E ZOBOLI, 2004).

Carvalho (2004) destaca que é necessário sempre um olhar crítico em relação aos ideários da promoção à saúde, pois estes podem reproduzir a normatividade e culpabilização dos padrões saudáveis, do modelo biomédico, hospitalocêntrico e curativo; mas também podem contribuir para a ruptura entre as velhas e novas práticas em saúde, fornecendo elementos para a transformação do status quo sanitário e para a produção de sujeitos autônomos e socialmente solidários. Pode resgatar a articulação intersetorial e a importância da participação social. O autor expressa que:

para a realidade brasileira a incorporação das premissas e estratégias de promoção à saúde no SUS deve ter como parâmetro a necessidade de superarmos as raízes estruturais da iniquidade na saúde, o que passa, necessariamente, por dar respostas aos desafios de: a) garantir o acesso a bens e serviços de saúde de qualidade; b) produção de sujeitos autônomos e socialmente responsáveis e c) contribuir para a democratização do poder político (CARVALHO, 2004, pg. 677)

4 MÉTODO

4.1 CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO

Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa bibliográfica de cunho qualitativo. A pesquisa seguiu as etapas metodológicas para o desenvolvimento de revisões integrativas de literatura.

A revisão integrativa se caracteriza como uma metodologia que permite agregar conhecimentos de diferentes pesquisas acerca de uma temática, inclusive de disciplinas distintas (Souza et al, 2010; Soares et al, 2014). Permite integrar análises com metodologias distintas, possibilitando portanto a síntese de resultados sem transcorrer em contradições epistemológicas; sendo necessário, para isso, que os dados sejam organizados e analisados de maneira sistemática, explicitando-se seus fundamentos e metodologia (SOARES et al, 2014). Análise de estudos com diferentes metodologias e com temas abrangentes são exemplos de características que a diferem da revisão sistemática de literatura (ERCOLE et al, 2014).

A revisão integrativa, portanto, permite que o pesquisador desenvolva um estudo com diferentes objetivos, como definição de conceitos, revisão de teorias ou análise metodológica dos estudos incluídos (SOUZA et al, 2010; ERCOLE et al, 2014). Desta forma, a revisão integrativa possibilita, por exemplo, a compreensão do cuidado em saúde, uma vez que se caracteriza enquanto trabalho complexo, requerendo colaboração e integração de diferentes áreas do conhecimento (WATSON et al, 2002). A partir disso, Stetler et al (1998) expressam que a revisão integrativa é importante não somente pelo desenvolvimento da base de políticas e procedimentos, mas também acerca do pensamento crítico que exige o cuidado em saúde. ERCOLE et al (2014) asseveram que “a variedade na composição da amostra da revisão integrativa em conjunção com a multiplicidade de finalidades desse método proporciona como resultado um quadro completo de conceitos complexos, de teorias ou problemas relativos ao cuidado na saúde” (pg. 09).

Na revisão realizada, desenvolvemos as seguintes etapas, conforme define a literatura científica (ERCOLE et al, 2014): (1) seleção do tema, da pergunta de pesquisa e do objetivo da pesquisa; (2) essa seleção possibilitou a definição das fontes de buscas, ou seja, a definição das bases de dados que contêm os periódicos de publicação científica; a elaboração de protocolos de pesquisa em cada base de dados a partir de seus Thesaurus, banco de descritores e dicionário;

definição dos critérios de inclusão e exclusão; a organização do conjunto de estudos por meio do site/programa Endnote Web; a aplicação dos critérios de exclusão e inclusão após as etapas de leitura; (3) a categorização dos estudos e de seus dados; (4) as etapas de análise do conteúdo dos artigos, como metodologia, ano, local do estudo, conceitos e resultados; (5) a interpretação dos resultados, o estabelecimento de categorias a partir do conteúdo; (6) apresentação da revisão por meio da síntese do conhecimento desenvolvido, ou seja, o resultado final da revisão integrativa de literatura.

4.2 BUSCAS NAS BASES DE DADOS

No período de agosto e setembro de 2019 foram realizadas as buscas nas bases de dados *PUBMED* (Online version of Index Medicus produced by the US National Library of Medicine/NLM), *PSYCINFO* (Database of Abstracts from American Psychological Association), *BVS/OPAS* (Biblioteca Virtual em Saúde da Organização Panamericana de Saúde) e *WEB OF SCIENCE*.

O *Pubmed* foi escolhido por se tratar de uma base de dados da literatura internacional da área da saúde, sendo possível identificar estudos publicados no exterior mesmo que com pesquisas realizadas no Brasil. O *Psycinfo*, base da Associação Americana de Psicologia (APA), foi escolhida por incluir a literatura mundial da psicologia e por ser uma base da área da saúde mental proporcionando a busca de pesquisas nesta área. A BVS foi escolhida por realizar a integração de fontes de informação em saúde que promove a democratização e ampliação do acesso à informação, conhecimento e evidências científicas em saúde na América Latina e Caribe; é um centro da Organização Panamericana de Saúde e Centro Latinoamericano e Caribe de informação em Ciências da Saúde, permitindo a pesquisa em português, espanhol e inglês em mais de 3 bases de dados da saúde (LILACS, BDENF, MEDLINE, Coleciona SUS etc). A *Web of Science* foi utilizada por se tratar de uma base de referência para pesquisa científica, reunindo jornais científicos de todo o mundo nas áreas de ciências, ciências sociais, artes e humanidades.

4.3 PROTOCOLOS DE BUSCA

As buscas foram realizadas seguindo um protocolo adequado a cada base, sobretudo conforme descritores ou palavras-chave encontradas em seus *thesaurus*, mas também dicionários linguísticos e idiomáticos. Assim cada uma delas foi acessada seguindo os critérios abaixo, no quadro 01. (obs: não foi colocado * ou \$ pois não podem ser usados com aspas):

Quadro 1. Protocolos de pesquisa por base de dados

<p>BVS/PT (273 artigos)</p>	<p>Serviços de saúde mental OR serviço de saúde mental OR Serviço de higiene mental OR serviços de higiene mental OR Centros de atenção psicossocial OR centro de atenção psicossocial OR Centros de tratamento de abuso de substâncias OR centro de tratamento de abuso de substância OR Centros de Tratamento de Dependentes de Drogas Ilícitas OR Centros de Tratamento de Toxicomanos OR Centros de Tratamento de Abuso de Drogas OR Centros de Reabilitação de Drogados OR Caps OR capsad OR caps-ad OR Consultório na rua OR consultório de rua OR Unidade Básica de Saúde OR Atenção Primária OR Saúde da Família</p> <p>AND</p> <p>Usuários de drogas OR usuário de drogas OR usuário de droga OR Dependente químico OR Drogaditos OR farmacodependente OR viciados em drogas OR Drogas ilícitas OR drogas de abuso OR drogas recreativas OR Drogas OR crack OR álcool OR cocaína</p> <p>AND</p> <p>Autonomia OR autonomia pessoal OR empoderamento OR cidadania Direitos dos pacientes OR direitos do paciente OR direito do paciente OR Direitos civis</p>
<p>BVS/EN (619 artigos)</p>	<p>Mental Health Services OR Mental Health Service OR Mental Hygiene Service OR Mental Hygiene Services OR Substance Abuse Treatment Centers OR Drug Rehabilitation Center OR Drug Rehabilitation Centers OR Drug Abuse Treatment Centers OR Drug Treatment Centers OR Drug Treatment Center OR Psychosocial Care Centers OR caps OR capsad OR caps-ad Primary health care OR Family health OR Street clinic OR Street office OR Street outreach office</p> <p>AND</p> <p>Drug Users OR Drug User OR Drug Abuser OR Drug Abusers OR Addict OR Addicts OR drug-dependent OR dooper OR druggie OR druggies OR druggy OR stoner OR junkie OR junkies OR drugs OR drug OR crack OR cocaine OR alcohol OR street drugs OR drug abuse</p> <p>AND</p> <p>Personal Autonomy OR Free will OR Self-Determination OR empowerment OR freedom of choice OR Civil Rights OR client Rights OR Interpersonal control OR autonomy OR Patient's Rights OR Patients' Rights OR Patient Right OR Patient's Right OR Patients Rights OR Patients' Right</p>
<p>PSYCINFO (407 artigos)</p>	<p>Mental Health Services OR Mental Health Service OR Mental Hygiene Service OR Mental Hygiene Services OR Substance Abuse Treatment Centers OR Drug Rehabilitation Center OR Drug Rehabilitation Centers OR Drug Abuse Treatment Centers OR Drug Treatment Centers OR Drug Treatment Center OR Psychosocial Care Centers OR caps OR capsad OR caps-ad Primary health care OR Family health OR Street clinic OR Street office OR Street outreach office OR Outreach programs</p> <p>AND</p> <p>Drug Users OR Drug Users OR Drug User OR Drug Abuser OR Drug Abusers OR Addict OR Addicts OR drug-dependent OR dooper OR druggie OR druggies OR druggy OR stoner OR junkie OR junkies OR drugs OR drug OR crack OR cocaine OR alcohol OR street drugs OR drug abuse</p> <p>AND</p>

	Personal Autonomy OR Free will OR Self Determination OR Self-Determination OR empowerment OR freedom of choice OR Civil Rights OR client Rights OR Interpersonal control OR autonomy OR Patient's Rights OR Patient Right OR Patient's Right OR Patients Rights OR Patients' Right
PUBMED (310 artigos)	Mental Health Services OR Mental Health Service OR Mental Hygiene Service OR Mental Hygiene Services OR Substance Abuse Treatment Centers OR Drug Rehabilitation Center OR Drug Rehabilitation Centers OR Drug Abuse Treatment Centers OR Drug Treatment Centers OR Drug Treatment Center OR Psychosocial Care Centers OR Psychosocial care center OR Primary health care OR Family health OR Street clinic OR Street office OR Street outreach office AND Drug Users OR Drug Users OR Drug User OR Drug Abuser OR Drug Abusers OR Addict OR Addicts OR drug-dependent OR doper OR druggie OR druggies OR druggy OR stoner OR junkie OR junkies OR junky OR pharmaceutical preparations OR drugs OR drug OR crack cocaine OR crack OR cocaine OR alcohol OR alcohols AND Personal Autonomy OR Free will OR Self Determination OR Self-Determination OR empowerment OR freedom of choice OR Civil Rights OR client Rights OR Interpersonal control OR autonomy OR patient rights OR Patient's Rights OR OR Patient Right OR Patient's Right OR Patients Rights OR Patients' Right
Web Of Science (54 artigos)	Mental Health Services OR Mental Health Service OR Mental Hygiene Service OR Mental Hygiene Services OR Substance Abuse Treatment Centers OR Drug Rehabilitation Center OR Drug Rehabilitation Centers OR Drug Abuse Treatment Centers OR Drug Treatment Centers OR Drug Treatment Center OR caps OR capsad OR capsad OR Psychosocial Care Centers OR Primary health care OR Family health OR Street clinic OR Street office OR Street outreach office AND Drug Users OR Drug User OR Drug Abuser OR Drug Abusers OR Addict OR Addicts OR drug-dependent OR doper OR druggie OR druggies OR druggy OR stoner OR junkie OR junkies OR drugs OR drug OR crack OR cocaine OR alcohol OR street drugs OR drug abuse AND Personal Autonomy OR Free will OR Self Determination OR Self-Determination OR empowerment OR freedom of choice OR Civil Rights OR client Rights OR Interpersonal control OR autonomy OR Patient's Rights OR Patients' Rights OR Patient Right OR Patient's Right OR Patients Rights

Fonte: elaborado pelo autor

4.4 ESTUDOS DUPLICADOS E CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO E INCLUSÃO

Após a pesquisa nas bases de dados com os protocolos de busca (que totalizou 1663 estudos), foi realizada a organização do conjunto dos estudos no programa End-Note web, para a exclusão dos estudos duplicados. Foram 276 estudos duplicados. Restando 1378 estudos para aplicação dos critérios de exclusão.

Os critérios de exclusão foram elaborados a partir do objetivo da pesquisa. Ou seja, como o objetivo da pesquisa se refere à análise da construção de autonomia nos serviços públicos brasileiros de atenção à saúde a pessoas que fazem uso abusivo de crack, álcool e outras drogas, os critérios de exclusão foram: critério (1) estudos nos quais a população ou o objeto de estudo (serviços) não eram brasileiros; (2) a temática era distinta à atenção à saúde a

pessoas que fazem uso abusivo de crack, álcool e outras drogas; (3) o local de estudo não correspondia aos serviços públicos ou os dados acerca do local/serviço eram insuficientes; (4) os estudos abordavam aspectos que não permitiam a análise da construção de autonomia; (5) os dados do estudo não eram primários. Apresentamos a quantidade de estudos excluídos por cada critério no quadro 02.

Quadro 2: número de estudos excluídos por cada critério de exclusão

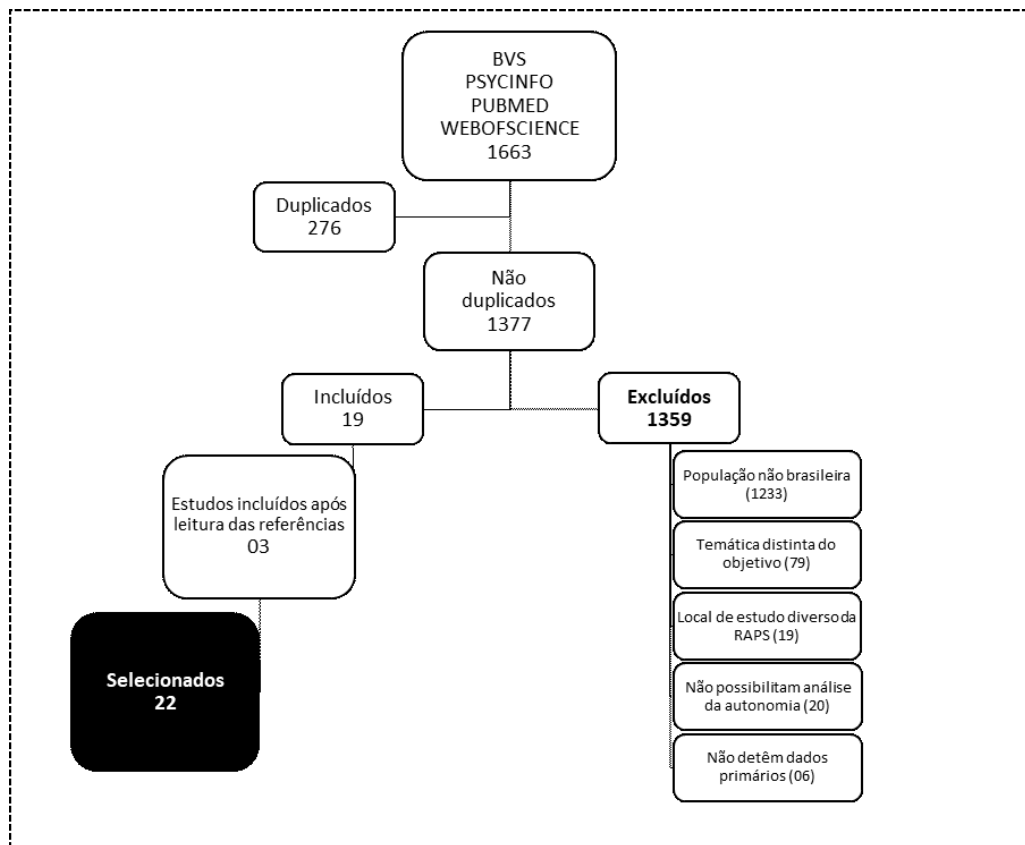
	BVS/PT	BVS/ING	PSCINFO	PUBMED	WoS
Critério 1	72	487	349	284	41
Critério 2	34	30	2	9	4
Critério 3	17	1	0	1	0
Critério 4	17	0	2	1	0
Critério 5	5	1	0	0	1
Total excluídos	146	519	353	295	46
Total selecionados	8	6	2	1	2

Fonte: elaborado pelo autor

4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Os critérios de inclusão também seguiram o objetivo da revisão. Foram selecionados estudos que: (1) abordassem o conceito de autonomia nos serviços brasileiros públicos de atenção à saúde a pessoas que fazem uso abusivo de crack, álcool e outras drogas e (2) detivessem dados primários. Após a verificação desses critérios, restaram 19 artigos. Após a leitura dos artigos, três artigos foram adicionados, pois constavam nas referências bibliográficas dos artigos já selecionados. O fluxo de seleção e exclusão estão sintetizados no fluxograma 01.

Fluxograma 01: etapas de seleção dos estudos



Fonte: elaborado pelo autor

4.6 ANÁLISE DE DADOS

Após a pesquisa nas bases de dados com os protocolos de busca (que totalizou 1663 estudos), a organização do conjunto dos estudos e a exclusão dos estudos duplicados (276 estudos duplicados) no programa End-Note web, e a aplicação dos critérios de exclusão e inclusão, foi realizada a organização dos 22 estudos selecionados, evidenciando-se seus dados de apresentação (autor, ano, revista, título, objetivo, local/campo da pesquisa), conforme apêndice A. Foi realizada em seguida a análise dos estudos.

Para as análises seguimos os passos para análise de dados qualitativos desenvolvidos por Minayo (2008), que incluem: ordenação dos dados, classificação e análise final. A etapa de ordenação corresponde ao mapeamento dos dados encontrados. A etapa de classificação diz respeito ao levantamento de informações relevantes acerca do conteúdo dos dados, com base em questionamentos que se sustentam na fundamentação teórica, podendo realizar-se a elaboração de categorias-síntese. Na etapa de análise final, busca-se realizar articulações entre

os dados e os referenciais teóricos, articulações que devem ser direcionadas para os objetivos da pesquisa.

Portanto, conforme o objetivo da pesquisa, buscamos evidenciar principalmente os dados referentes às ações de construção de autonomia nos serviços, e analisar tais dados com base na fundamentação teórica. Para tal, realizamos dois conjuntos de análise.

Após a identificação, buscou-se explicar esses conceitos e apresentar seus fundamentos e base epistemológica; por fim, foi elaborada uma síntese conceitual que agrega as noções desses diferentes conceitos. A apresentação desses conceitos tanto sintetiza um conhecimento acerca da literatura científica, objetivo específico desta dissertação, bem como permite maior compreensão dos dados encontrados nos estudos, isto é, acerca das ações desenvolvidas para a construção de autonomia.

Para essa primeira análise os estudos selecionados foram lidos exhaustivamente, detendo-se como foco os conceitos de autonomia utilizados. Esses conceitos foram então identificados, destacados e organizados por meio do quadro 03, bem como foram identificadas as referências teóricas para os mesmos. Eles foram então categorizados com base na fundamentação teórica desta dissertação, sendo as categorias as seguintes teorias: Atenção psicossocial, redução de danos, saúde coletiva, promoção da saúde, teoria das redes de suporte e teoria do cuidado em enfermagem. Em seguida, foram descritos e relacionados com a fundamentação teórica, o que corresponde ao manuscrito número 01.

Quadro 03: Apresentação dos conceitos de construção de autonomia, seu campo teórico e sua referência de base

	Título	Conceitos de Construção de Autonomia	Teoria(s) de base	Referência Bibliográfica do conceito
1	Strategies of care for adolescent users of crack undergoing treatment	Promoção de autonomia e reinserção social	Atenção psicossocial	Portaria 3.088/2012 e Política Nacional (Brasil, 2003)
2	An exploration of the relational autonomy of people with substance use disorders: Constraints and limitations	Autonomia relacional	Ética feminista e RD	McLeod and Sherwin (2000)
3	O Cuidado aos Usuários de Drogas: entre Normatização e Negação da Autonomia	Construção/ampliação de autonomia	Redução de Danos (e atenção psicossocial)	Sodeli (2010)

4	Homeless crack cocaine users: Territories and territorialities in the constitution of social support networks for health	Redes de suporte (<i>Support network</i>)	Teoria das Redes de Suporte	Lacerda (2010)
5	Cuidado ao consumidor de drogas: percepção de enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família	Promoção de cidadania, de autonomia e de interação social	Atenção psicossocial	Lacerda e Fuentes-Rojas (2017) base em PT 3088/2011 e Luzio e L'abatte (2006)
6	O cotidiano de adolescentes em um Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas: realidades e desafios	Protagonismo e corresponsabilidade	Redução de danos	Santos, Soares e Campos (2010)
7	Responsabilização e participação: como superar o caráter tutelar no CAPS-AD?	Construção de autonomia e corresponsabilidade	Redução de Danos (e atenção psicossocial)	Pinto et al (2015) base em Intern. Harm Reduction assoc. (2010)
8	Significados e sentidos atribuídos ao CAPS-AD por seus usuários: estudo de caso	Promoção de autonomia	Atenção psicossocial	Brasil, 2011. PT 3088 Luzio et l'abatte (2006)
9	Experiências de adolescentes em uso de crack e seus familiares com a atenção psicossocial e institucionalização	Promoção de autonomia e inclusão social	Atenção psicossocial	Yasui (2011)
10	Autonomia e reinserção social: percepção de familiares e profissionais que trabalham com RD	Ampliação de Autonomia e reinserção social	Atenção psicossocial	Souza et al (2016) base em Duailibi (2012) base em Kinoshita (2001)
11	Harm reduction and tensions in trust and distrust in a mental health service: a qualitative approach	Autonomia relacional e autoconfiança	Ética feminista e RD	McLeod e Sherwin (2000)
12	O trabalho da equipe orientado pelas motivações dos usuários no CAPSad: estudo fenomenológico	Construção de autonomia	Promoção da saúde / Saúde Coletiva	Jorge et al (2011) base em Campos (2007)
13	Biopolítica na assistência aos usuários de álcool e outras drogas	Produção/ampliação de autonomia	Saúde coletiva	Merhy, 2002
14	A percepção dos usuários sobre a abordagem de álcool e outras drogas na atenção primária à saúde	Aumento do grau de liberdade e corresponsabilidade	Redução de Danos (e atenção psicossocial)	Brasil, Política Nacional (PAIUAD) (2004)
15	Demandas de autocuidado em grupo terapêutico: educação em saúde com usuários de substâncias psicoativas	Autocuidado com coparticipação	Teoria do cuidado na enfermagem	Orem (2001)

1 6	O CAPS AD sob a percepção do usuário	Aumento de autonomia e cidadania	Atenção psicossocial	Brasil. Saúde Mental no SUS (2004)
1 7	Cuidado aos usuários de um CAPSAD: uma visão do sujeito coletivo	Construção/ampliação de autonomia	Saúde coletiva	Merhy (1994)
1 8	Terapia comunitária (TC) como recurso de abordagem do problema do abuso do álcool, na atenção primária	Empoderamento	Promoção da saúde / Saúde Coletiva	Carvalho (2004)
1 9	Práticas Assistenciais no CAPS AD	Resgate de cidadania e autonomia	Atenção psicossocial	Kinoshita (2001)
2 0	Reabilitação psicossocial dos usuários de álcool e outras drogas: a concepção de profissionais de saúde	Resgate de autonomia	Atenção psicossocial	Kinoshita (2001)
2 1	Modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais	Resgate do poder de contratualidade	Atenção Psicossocial	Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003)
2 2	Vínculos e redes sociais de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas sob tratamento em CAPS AD	Empowerment	Promoção da Saúde	Andrade e Vaitsman (2002), base em Labonte (1994) e Israel et al (1994)

Fonte: elaborado pelo autor

A segunda análise corresponde à descrição e síntese das ações e barreiras para a construção de autonomia. Nessa etapa se buscou primeiramente organizar as ações, possibilitando a posterior discussão de como os serviços têm ou não desenvolvido essa diretriz da Política de Saúde Mental, Álcool e Drogas. Essa organização foi realizada por meio de leitura atenta e exaustiva dos estudos selecionados, sendo identificados e destacados os seguintes conjuntos: principais resultados, conclusões/considerações finais dos estudos, conclusões/considerações finais acerca da construção de autonomia, que estão em forma de quadro no Apêndice C. A partir dessa organização, foram desenvolvidas categorias com base na fundamentação teórica, detendo como resultado um conjunto de 16 ações de construção de autonomia e 5 principais barreiras para a construção de autonomia. O que se apresenta no quadro 04. Detendo-o como base, foi identificado em cada local/estudo as ações e as barreiras de construção de autonomia, e posteriormente discutidos os resultados, o que corresponde ao manuscrito número 02.

Quadro 04: ações e iniciativas relativas às dimensões de autonomia

Dimensão da singularidade: resgate de autonomia no processo terapêutico	Dimensão dos vínculos: construção corresponsável de autonomia	Dimensão social e política: Construção de autonomia em amplitude coletiva	Dificuldades para a construção de autonomia
(1) Atendimento em liberdade	(7) Corresponsabilização no PTS	(12) Organização/gestão coletiva do serviço/assembleias	(A) Exigência de abstinência
(2) acolhimento e profissional de referência	(8) Atividades territoriais (centro de convivência, praças, teatro etc)	(13) Iniciativas de geração de emprego e renda	(B) estigmatização / patologização pelos profissionais
(3) Desenvolvimento de PTS	(9) Cuidado em rede	(14) Participação do conselho e conferência local de saúde	(C) Dificuldades na relação com dispositivos da rede intersetorial/falta de rede
(4) Serviço Territorial	(10) Participação da família no serviço	(15) Grupo de teatro/rádio/banda/coral do serviço	(D) Falta de profissionais ou capacitação profissional
(5) Não obrigatoriedade de abstinência	(11) Estratégias/Oficinas de RD	(16) Desenvolvimento de associação de usuários, familiares, profissionais e ex-usuários	(E) Falta de estrutura

Fonte: elaborado pelo autor

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme o regimento interno do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), os resultados e discussão deste estudo estão apresentados em forma de dois artigos científicos intitulados: (1) **Conceitos de Construção de Autonomia sob o Paradigma Psicossocial no Campo do Cuidado a Usuários de Drogas;** (2) **A Construção da Autonomia nos Serviços Públicos Brasileiros de Atenção em Saúde a Usuários de Crack, Álcool e Outras Drogas**

5.1 MANUSCRITO 1

Conceitos de Construção de Autonomia sob o Paradigma Psicossocial no Campo do Cuidado a Usuários de Drogas

RESUMO: Introdução: O paradigma psicossocial no campo das drogas traz foco ao sujeito em sofrimento na relação com sua realidade social, valoriza a singularidade de usuários e profissionais para desenvolver as práticas de saúde. Conceito que é proveniente de diversos arcabouços teóricos, como a redução de danos (RD) e a promoção da saúde, e que embasa essas características é o de construção de autonomia. Porém, não há na literatura pesquisada estudo que sintetize tal conceito em suas diferentes acepções. **Objetivo:** Este artigo objetiva apresentar os conceitos de construção de autonomia do paradigma psicossocial no campo das drogas. **Metodologia:** A metodologia utilizada para este estudo foi a realização de uma revisão integrativa. Pesquisou-se, nas bases Psycinfo, PUBMED, BVS e Web of Science, estudos que analisaram o processo de cuidado a usuários de drogas utilizando-se do conceito de construção de autonomia. Foram identificados esses conceitos, suas referências teóricas, e descritos seus fundamentos. **Resultados e discussão:** foram identificados, nos 22 estudos selecionados, conceitos embasados na atenção psicossocial, na RD, promoção da saúde, saúde coletiva, teoria das redes de suporte e teoria do cuidado em enfermagem. Constatou-se que a construção de autonomia é um processo que depende de diferentes ações, como o resgate de poder contratual, a corresponsabilização no tratamento e a atuação sociopolítica territorial. **Considerações:** A construção de autonomia pode ser organizada em três dimensões interrelacionadas, e detém diferentes raízes epistemológicas, como a psiquiatria da desinstitucionalização, a crítica às ciências da saúde conforme Canguilhem e a teoria das redes de suporte. É um conceito que potencializa o desenvolvimento de ações e serviços das políticas de saúde mental e drogas no país.

INTRODUÇÃO

Os serviços e ações direcionados ao cuidado em saúde a pessoas que fazem uso abusivo de drogas se consolidaram no início dos anos 2000, com a política nacional sobre drogas. As políticas de Estado relacionadas as drogas por muito tempo estiveram confinadas ao estreito e violento espaço das políticas policiais, carcerárias e/ou manicomial (políticas de segurança pública e justiça); sendo que a abordagem aos usuários, quando ocorria, era feita pela lógica do controle e punição (SOARES, 2007; MACHADO e BOARINI, 2013; SOUZA et al, 2017).

Esse novo direcionamento das políticas relativas às drogas se fundamenta na Política para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (PAIUAD/2003). Esta efetivou um conjunto de teorias e práticas de cuidado que vinham sendo desenvolvidas em diferentes locais, como a atenção psicossocial (CAPS/NAPS) e a redução de danos, alinhadas ao sistema público

desenvolvido sob o campo da saúde coletiva. Conjunto que passou a ser compreendido como paradigma psicossocial, ou da saúde coletiva, no campo das drogas (SANTOS & SOARES, 2013; ASSUMPCÃO & ALBERTI, 2019).

Esse conjunto detém em comum, como importante pilar, a contraposição ao modelo biomédico-psiquiátrico e moral, que associado a políticas econômico-liberais conforma a Guerra às drogas (HART, 2014; GOMES-MEDEIROS et al, 2019). Esse modelo foi muito criticado, nas últimas décadas do século XX, por falhar acerca da compreensão do processo saúde-adoecimento populacional e na efetividade do planejamento dos sistemas de saúde e ações de cuidado (PAIM & ALMEIDA FILHO, 2000; BUSS, 2000).

Desta forma, esse novo paradigma, baseado tanto em processos empíricos quanto no conceito ampliado de saúde, desenvolveu novas concepções no terreno coletivo do cuidado. O conceito ampliado de saúde coloca em evidência as condições de produção e reprodução da vida das populações, os vínculos estabelecidos sob estas condições e a singularidade dos sujeitos (CAMPOS et al, 2004). Inaugura-se, assim, uma valorização da dimensão subjetiva e das potencialidades de usuários e profissionais, o que proporcionou novas perspectivas de reflexão e ação (CZERESNIA, 2003; FLEURY-TEIXEIRA, 2008). Compreendeu-se que não só as ações institucionais incidem sobre a saúde dos sujeitos e grupos, mas também que as ações desses sujeitos podem e devem incidir sobre a saúde e a construção das práticas de cuidado. Conceito que unifica a importância da subjetividade e protagonismo dos sujeitos é o de construção de autonomia (KINOSHITA, 2001; MERHY, 2002).

A construção de autonomia busca resgatar o valor social e o poder contratual dos usuários, que estes sejam corresponsáveis no processo terapêutico e que participem, também, na transformação coletiva necessária do sistema de saúde e das condições sociais que possibilitam maiores ou menores graus de promoção de saúde (KINOSHITA, 2001; MERHY, 2002; ONOCKO CAMPOS e CAMPOS, 2006).

Amarante (1996) enfatiza que a principal maneira de avaliar os serviços provenientes da reforma psiquiátrica, como os atuais serviços no campo das drogas, deve ser o grau de autonomia construído entre usuários, profissionais e sociedade, e que deve sempre ocorrer um estranhamento das ações e locais de cuidado, para evitar que a transformação da lógica de cuidado não se torne meramente uma reorganização tecnocrática e institucional.

Entretanto, por mais que esse conceito, sob a égide de teorias diversas, seja fundamental e detenha semelhanças em suas diferentes acepções, estas detêm conformações históricas,

genealogias, distintas, e embasam ações distintas. Exemplos provêm em grande parte da RD, da promoção da saúde e dos preceitos da saúde coletiva. Tais como a humanização dos serviços, por meio dos processos de co-autonomia e cogestão, o compartilhamento de saberes populares e técnicos, os serviços que potencializam vínculos territoriais, com a atuação dos agentes comunitários de saúde (ACS) e as equipes NASF, e as estratégias de RD, como o autocuidado coletivo e a distribuição de kits de aplicação segura nas próprias cenas de uso de drogas.

Não há, porém, estudo que congregue as diferentes noções relativas à construção de autonomia. E o embate com a política de guerra às drogas tem sido intenso, o que pode fazer com que o desenvolvimento da construção de autonomia, ocorrido nos anos de concretização do paradigma psicossocial, possa ser perdido. Exemplo desse embate é o esvaziamento da RD na política nacional sobre drogas, por meio do decreto presidencial nº 9.761/2019. Além de grandes investimentos públicos que vem ocorrendo em comunidades terapêuticas, superando o financiamento de toda a RAPS (RIBEIRO & MINAYO, 2020). E as modificações na legislação da AB, acarretando restrição de financiamento, possível diminuição no número de ACSs e despriorização do caráter territorial das equipes NASF (MASSUDA, 2020; SILVA et al, 2020).

Dessa forma, o objetivo do presente estudo é apresentar os conceitos de construção de autonomia que embasam a produção científica acerca do cuidado a usuários de drogas no Brasil, possibilitando produzir um importante panorama conceitual, para sustentar avaliações sobre mudanças nas políticas de saúde mental e drogas, como as transformações que estão em curso. Além de propiciar o apontamento de ações a serem realizadas pela rede de atenção psicossocial.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica de cunho qualitativo. Seguiu as etapas de desenvolvimento de revisões integrativas de literatura, que se caracteriza como uma metodologia que proporciona agregar conhecimentos de diferentes pesquisas acerca de uma mesma temática, inclusive pesquisas de disciplinas distintas (SOUZA et al, 2010; SOARES et al, 2014).

A revisão integrativa propicia, por exemplo, a compreensão do cuidado em saúde, uma vez que este se caracteriza enquanto trabalho complexo, requerendo integração de diferentes áreas do conhecimento. Ela é importante não somente pelo desenvolvimento de procedimentos, mas também do pensamento crítico que exige o cuidado em saúde (STETLER et al, 1998). ERCOLE et al asseveram que a variedade na composição da amostra em conjunção com a

multiplicidade de finalidades proporciona como resultado “um quadro de conceitos complexos, de teorias ou problemas relativos ao cuidado na saúde” (ERCOLE et al, 2014, pg. 09).

Seleção e organização

No período de agosto a setembro de 2019 foram realizadas as buscas nas bases de dados *PSYCINFO* (*Database from American Psychological Association*), *PUBMED* (*Online version of Index Medicus produced by the US National Library of Medicine/NLM*), *BVS/OPAS* (Biblioteca Virtual em Saúde da Organização Panamericana de Saúde) e *WEB OF SCIENCE*.

As buscas seguiram um protocolo adequado a cada base, sobretudo conforme descritores ou palavras-chave encontradas em seus *thesaurus/Decs*, mas também dicionários linguísticos e idiomáticos. Assim cada uma delas foi acessada com os descritores e combinações a seguir, com termos no singular e plural.

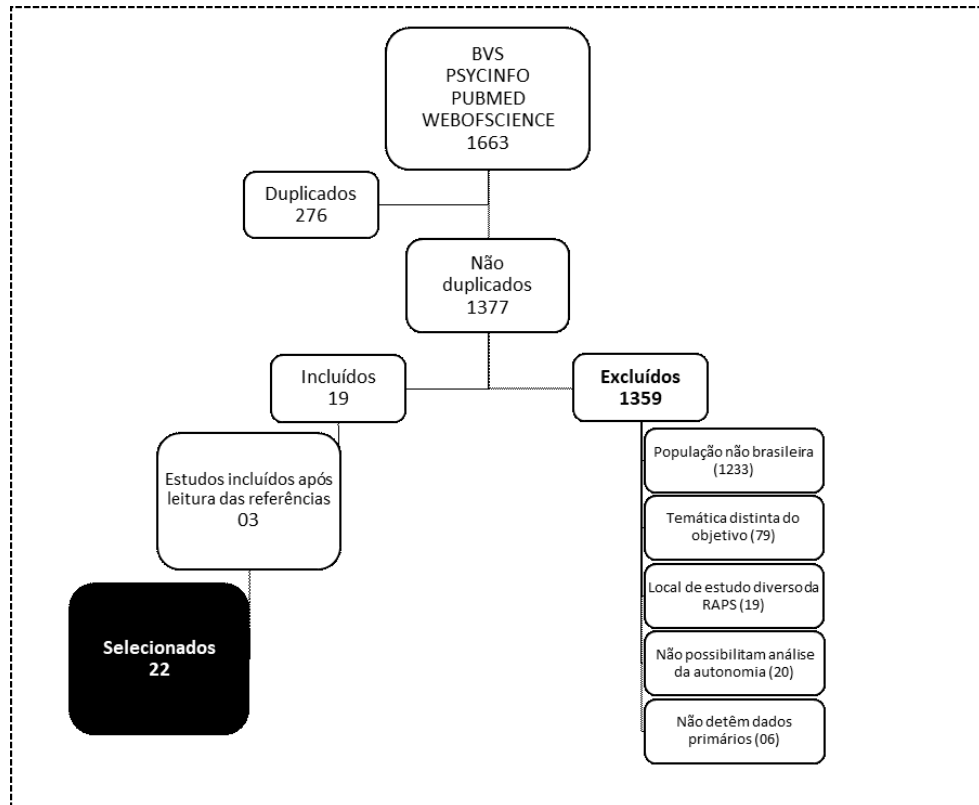
Termos do protocolo em português: (Serviço de saúde mental, Serviço de higiene mental, Centro de atenção psicossocial, Centro de Tratamento de Abuso de Drogas, Caps, capsad, Consultório na rua, Unidade Básica de Saúde, Atenção Primária, Saúde da Família) AND (Usuário de drogas, dependente químico, drogadito, farmacodependente, viciado, drogas ilícitas, drogas de abuso, drogas recreativas, drogas, crack, cocaína, álcool) AND (Autonomia, autonomia pessoal, empoderamento, cidadania, direitos do paciente, direitos civis).

Termos do protocolo de busca em inglês: (Mental Health Services, Mental Hygiene Services, Drug Rehabilitation Centers, Drug Treatment Centers, Psychosocial Care Centers, caps, capsad, Primary health care, Family health, Street clinic, Street outreach office) AND (Drug User, Drug Abuser, Addict, drug-dependent, dooper, druggie, stoner, junkie, drugs, crack, cocaine, alcohol, street drugs, drug abuse) AND (Personal Autonomy, Free will, Self-Determination, empowerment, freedom of choice, Civil Rights, client Rights, Interpersonal control, autonomy, Patient's Rights).

Após a pesquisa nas bases de dados com os protocolos de busca e a exclusão dos estudos duplicados no programa End-note web, foram aplicados os critérios de exclusão e inclusão, elaborados a partir do objetivo da pesquisa. Foram cinco critérios de exclusão, presentes no fluxograma 01 a seguir. E foram selecionados estudos que: (1) abordassem o conceito de autonomia nos serviços brasileiros públicos de atenção à saúde a pessoas que fazem uso abusivo de drogas e (2) detivessem dados primários. Após a verificação desses critérios,

restaram 19 artigos. Com a leitura das referências bibliográficas, três outros foram adicionados. O fluxo de seleção está sintetizado no fluxograma 01.

Fluxograma 01: etapas de seleção dos estudos



Fonte: Elaborado pelo autor

Para os resultados aqui apresentados seguimos os passos para análise de dados qualitativos desenvolvidos por Minayo (2008), que incluem: ordenação dos dados, classificação e análise final. A etapa de ordenação corresponde ao mapeamento dos dados encontrados. A etapa de classificação diz respeito ao levantamento de informações relevantes acerca do conteúdo dos dados, com base em questionamentos que se sustentam na fundamentação teórica, podendo realizar-se a elaboração de categorias-síntese. Na etapa de análise final, busca-se realizar articulações entre os dados e os referenciais teóricos, articulações que devem ser direcionadas para os objetivos da pesquisa.

Processo de Análise

Após leitura exaustiva, foram ordenados os conceitos de construção de autonomia utilizados em cada estudo, e suas referências, obtidos na introdução dos artigos. Eles estão apresentados no quadro 01. A respeito das referências, caso estas também estivessem se baseando em outros autores, inserimos na tabela essa segunda referência teórica de base.

Após o quadro 01, esses conceitos são explanados, buscando-se evidenciar seus fundamentos. Eles são apresentados seguindo sua teoria de base, isto é, a Atenção Psicossocial, a Redução de Danos, a Promoção de Saúde e Saúde Coletiva, a Teoria das redes de Suporte e a Teoria do Cuidado em Enfermagem.

A partir da explanação dos conceitos e seus fundamentos, destacamos categorias que emergiram dessa explanação e que sintetizam a construção de autonomia. São elas, por exemplo: o “tratamento em liberdade”, o “resgate de poder contratual”, a “corresponsabilidade”, o “desenvolvimento de vínculos de emprego ou geração de renda”, entre outros. Organizamos essas categorias por meio de três dimensões que também constatamos a partir da explanação realizada. Todo esse é apresentado no ponto “Síntese da explanação dos conceitos encontrados”, por meio da figura 01.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apresentamos a seguir os resultados da revisão integrativa. Inicialmente, apresentamos no quadro 01 os 22 estudos selecionados, junto aos conceitos de construção de autonomia, a teoria que os fundamenta e a referência teórica.

Quadro 01: Apresentação dos conceitos de construção de autonomia, seu campo teórico e sua referência de base

	Título	Conceitos de Construção de Autonomia	Teoria(s) de base	Referência Bibliográfica do conceito
1	Strategies of care for adolescent users of crack undergoing treatment	Promoção de autonomia e reinserção social	Atenção psicossocial	Portaria 3.088/2012 e Política Nacional (Brasil, 2003)
2	An exploration of the relational autonomy of people with substance use disorders: Constraints and limitations	Autonomia relacional	Ética feminista e RD	McLeod and Sherwin (2000)

3	O Cuidado aos Usuários de Drogas: entre Normatização e Negação da Autonomia	Construção/ampliação de autonomia	Redução de Danos (e atenção psicossocial)	Sodeli (2010)
4	Homeless crack cocaine users: Territories and territorialities in the constitution of social support networks for health	Redes de suporte (<i>Support network</i>)	Teoria das Redes de Suporte	Lacerda (2010)
5	Cuidado ao consumidor de drogas: percepção de enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família	Promoção de cidadania, de autonomia e de interação social	Atenção psicossocial	Lacerda e Fuentes-Rojas (2017) base em PT 3088/2011 e Luzio e L'abatte (2006)
6	O cotidiano de adolescentes em um Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas: realidades e desafios	Protagonismo e corresponsabilidade	Redução de danos	Santos, Soares e Campos (2010)
7	Responsabilização e participação: como superar o caráter tutelar no CAPS-AD?	Construção de autonomia e corresponsabilidade	Redução de Danos (e atenção psicossocial)	Pinto et al (2015) base em Intern. Harm Reduction assoc. (2010)
8	Significados e sentidos atribuídos ao CAPS-AD por seus usuários: estudo de caso	Promoção de autonomia	Atenção psicossocial	Brasil, 2011. PT 3088 Luzio et l'abatte (2006)
9	Experiências de adolescentes em uso de crack e seus familiares com a atenção psicossocial e institucionalização	Promoção de autonomia e inclusão social	Atenção psicossocial	Yasui (2011)
10	Autonomia e reinserção social: percepção de familiares e profissionais que trabalham com RD	Ampliação de Autonomia e reinserção social	Atenção psicossocial	Souza et al (2016) base em Duailibi (2012) base em Kinoshita (2001)
11	Harm reduction and tensions in trust and distrust in a mental health service: a qualitative approach	Autonomia relacional e autoconfiança	Ética feminista e RD	McLeod e Sherwin (2000)
12	O trabalho da equipe orientado pelas motivações dos usuários no CAPSad: estudo fenomenológico	Construção de autonomia	Promoção da saúde / Saúde Coletiva	Jorge et al (2011) base em Campos (2007)
13	Biopolítica na assistência aos usuários de álcool e outras drogas	Produção/ampliação de autonomia	Saúde coletiva	Merhy, 2002
14	A percepção dos usuários sobre a abordagem de álcool e outras drogas na atenção primária à saúde	Aumento do grau de liberdade e corresponsabilidade	Redução de Danos (e atenção psicossocial)	Brasil, Política Nacional (PAIUAD) (2004)
15	Demandas de autocuidado em grupo terapêutico:	Autocuidado com coparticipação	Teoria do cuidado na enfermagem	Orem (2001)

	educação em saúde com usuários de substâncias psicoativas			
16	O CAPS AD sob a percepção do usuário	Aumento de autonomia e cidadania	Atenção psicossocial	Brasil. Saúde Mental no SUS (2004)
17	Cuidado aos usuários de um CAPSAD: uma visão do sujeito coletivo	Construção/ampliação de autonomia	Saúde coletiva	Merhy (1994)
18	Terapia comunitária (TC) como recurso de abordagem do problema do abuso do álcool, na atenção primária	Empoderamento	Promoção da saúde / Saúde Coletiva	Carvalho (2004)
19	Práticas Assistenciais no CAPS AD	Resgate de cidadania e autonomia	Atenção psicossocial	Kinoshita (2001)
20	Reabilitação psicossocial dos usuários de álcool e outras drogas: a concepção de profissionais de saúde	Resgate de autonomia	Atenção psicossocial	Kinoshita (2001)
21	Modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais	Resgate do poder de contratualidade	Atenção Psicossocial	Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003)
22	Vínculos e redes sociais de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas sob tratamento em CAPS AD	Empowerment	Promoção da Saúde	Andrade e Vaitsman (2002), base em Labonte (1994) e Israel et al (1994)

Fonte: elaborado pelo autor

Esse quadro demonstra uma pluralidade de conceitos e denominações que dizem respeito ao processo de construção de autonomia, que ocorreu mesmo quando os campos teóricos eram os mesmos.

A Atenção Psicossocial foi campo teórico para nove (9) conceituações acerca da construção de autonomia. A Redução de Danos apareceu em seis (6), sendo que nos estudos de número dois (2) e onze (11), o conceito desenvolvido foi de autonomia relacional, que se baseia nos preceitos da Redução de Danos e no campo teórico da Ética Feminista. Nos demais, os conceitos utilizados detiveram base principal na redução de danos, mas associados também aos fundamentos da atenção psicossocial, visto que a RD no Brasil se desenvolve conjuntamente às políticas de saúde mental e drogas.

A Promoção de Saúde fundamenta um (1) conceito. O termo utilizado foi de *Empowerment* (LABONTE, 1994). Outros dois detêm influência da Promoção da saúde e da Saúde coletiva, sendo os autores de base Carvalho (2004) e Campos (2007).

A Saúde coletiva embasa outros dois conceitos, sendo o autor Merhy (1994, 2002), que os categorizou sob o campo teórico da Saúde Coletiva. Outras duas teorias embasaram outros dois (2) estudos, a Teoria das Redes de Suporte e a Teoria do Cuidado em enfermagem.

Explicação dos fundamentos dos conceitos de construção de autonomia

São explicados a seguir os fundamentos dos conceitos encontrados, conforme as referências que constam em cada artigo selecionado. Esses fundamentos são apresentados de acordo com a teoria de base, isto é, a Atenção Psicossocial, a Redução de Danos, a Promoção da Saúde e Saúde Coletiva, a Teoria das Redes de Suporte e a Teoria do Cuidado em Enfermagem.

Atenção Psicossocial: Dentre as referências encontradas a respeito da definição de construção de autonomia, sob o campo teórico da atenção psicossocial, estão Kinoshita (2001), Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003), Luzio e L'abbate (2006), Yasui (2011); além da Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (2003), a Portaria 3088/2011 e o relatório Saúde Mental no SUS (2004).

Luzio e L'abbate (2006), ao descreverem as experiências das redes de Santos, São Paulo e Campinas, destacam o processo direcionado a transformar a prática terapêutica, antes centrada na concepção de doença ou distúrbio, e com vistas à promoção de autonomia. Expressam, primeiramente, a necessidade de uma terapêutica centrada na vida cotidiana dos usuários, na relação com a instituição de saúde e a sociedade. Expressam que a proposta dos serviços era criar uma rede de sociabilidade capaz de fazer emergir a instância terapêutica. Logo, era necessário uma coletividade, na qual houvesse “a circulação da fala e da escuta, da experiência, expressão, do fazer concreto e da troca, do desvelamento dos sentidos, da elaboração e tomada de decisão” (LUZIO e L'ABBATE, 2006, pg. 285). Além de que as intervenções deveriam usar de práticas terapêuticas variadas, como psicoterapia, reuniões de usuários, grupos, atividades expressivas, medicação, afim de que a abordagem junto ao usuário fosse global.

Expressam, ainda, a importância de instâncias para além dos serviços, como as associações de usuários. Exemplo disso é a Associação Franco Basaglia, criada por usuários e profissionais do CAPS Luiz da Rocha (CAPS da rua Itapeva). Segundo as autoras, a finalidade era “promover a autonomia e maior abrangência da clientela, incentivar a participação da família e de outros segmentos sociais, viabilizar a gestão extraclínica da vida dos usuários (de forma a ampliar o poder contratual e as possibilidades de trocas afetivas e materiais)” (LUZIO e L’ABBATE, 2006, pg. 285); o que fomentaria o exercício da cidadania e difusão de novos valores e modos de perceber o que era considerado a loucura.

Essas noções foram aos poucos sendo consolidadas pelos órgãos públicos, como a prefeitura de São Paulo que no programa de saúde mental à época deteve duas premissas: “o sofrimento psíquico era parte integrante e indissociável do sofrimento global dos indivíduos submetidos a desigualdades sociais” e a política de saúde mental deveria romper “com o modelo hegemônico centrado nas internações psiquiátricas e em outras práticas manicomiais” (LUZIO e L’ABBATE, 2006, pg. 286). As ações extramuros eram fundamentais para a compreensão e efetivação dessas premissas, por meio de espaços de discussão com a população nos bairros e com as organizações populares e sindicais, objetivando desmistificar a loucura e o transtorno mental.

De maneira muito semelhante, Costa Rosa, Luzio e Yasui (2003) destacam termos como valorização do sujeito e de sua existência sofrimento, emancipação e poder de contratualidade social. Assim também se direciona a abordagem de Yasui (2006) que expressa que a Reforma Psiquiátrica fora uma disputa política, que visava uma transformação social, contrapondo ideias de autonomia e solidariedade de um lado e controle e segregação do outro. Mais especificamente em relação à autonomia, remete-se que está se promove na esfera da produção de cuidado.

A Política Nacional também preconiza ações territoriais e a construção de redes de suporte, para criar outros movimentos possíveis na cidade, visando avançar em graus de autonomia dos usuários e seus familiares, “de modo a lidar com a hetero e a autoviolência muitas vezes decorrentes do uso abusivo do álcool e outras drogas, usando recursos que não sejam repressivos” (BRASIL, 2003, pg. 11). Expressa que é dever do SUS proporcionar protagonismo do usuário no tratamento, por meio “da construção da corresponsabilidade e de uma perspectiva ampliada da clínica, transformando os serviços em locais de acolhimento e enfrentamento coletivo” (BRASIL, 2003, pg. 11). Além de proporcionar, via atenção primária,

atenção diretamente na comunidade, fornecer educação em saúde para a população, formar recursos humanos, criar vínculos com outros setores, entre outros.

A construção de autonomia, portanto, na teoria da atenção psicossocial, vincula-se estreitamente a certas compreensões, dentre as quais: conceber que os sujeitos, mesmo com uma existência em sofrimento, devem ser considerados detentores de valor social e poder de decisão; que esse valor e poder se modificam com a qualidade dos vínculos com a alteridade; outrossim, esses vínculos se desenvolvem sob determinadas condições sociais, que garantem mais ou garantem menos possibilidades de vida. Esse conjunto de concepções teóricas encontra suas principais raízes epistemológicas, como expressam Amarante (1996; 2007), Costa Rosa et al (2003) e Nicácio e Campos (2007), na Psiquiatria da Desinstitucionalização. Apresentamos a seguir essa raiz epistemológica, com base em Jervis (1975), Ongaro (2018) e Basaglia (1975; 1985; 2010).

Para os autores desse movimento, o que demarca aquilo que é designado como loucura e descontrole é a relação conflituosa da sociedade com os indivíduos no desenvolvimento concreto de suas vidas (JERVIS, 1975; BASAGLIA, 1985). Giovanni Jervis, psiquiatra autor do manual crítico de psiquiatria, expressa: “O distúrbio é o resultado de uma condição existencial global. Essa condição de vida é em geral dominada pelas contradições materiais, antes de ser dominada pelas contradições psicológicas. Pode-se reconhecer que existe uma série de fatores com uma importância grande na determinação dos distúrbios mentais” (JERVIS, 1975, pg 132). Dentre esses fatores, expressa a miséria, com suas dificuldades materiais e morais, a emigração, a violência doméstica, para as crianças uma educação opressora, aos trabalhadores as alienantes condições de trabalho etc.

A esses indivíduos, a sociedade e suas instituições (como a psiquiátrica), na impossibilidade de readaptação à mesma norma que acarreta adoecimento, resguarda a estigmatização e exclusão - ao invés de acolher essa existência em sofrimento e proporcionar a transformação coletiva dessa realidade. Isso ocorre sobretudo para aqueles que não possuem poder e valor socioeconômico, com os quais poderiam se contrapor ao estigma de incapacitados, descontrolados, doentes. Esse estigma e exclusão, ou a inadequação à norma, exprime-se na miserabilidade de seus direitos, como trabalho, moradia, lazer, bem como no controle pelo tratamento da instituição psiquiátrica (JERVIS, 1975; BASAGLIA, 2010).

A psiquiatria da desinstitucionalização, portanto, baseia-se no resgate de uma vida autônoma, busca restituir o poder do indivíduo frente ao inevitável contrato com a sociedade

(BASAGLIA, 1985; 2010). O resgate de poder contratual corresponde ao resgate de direitos, de poder estabelecer vínculos. Pois sob o diagnóstico de descontrole psicológico, a ciência médica destitui o indivíduo de poder sobre si, ficando sobre o crivo dos profissionais que executam o tratamento. Para aqueles em processo de institucionalização mais profunda, decorrente de uma vida de diagnósticos e internações, Basaglia (1985) expressa ser necessário antes de tudo resgatar a inconformidade: “Seria mais importante que nos esforçássemos para despertar nele um sentimento de oposição ao poder que até agora o determinou e institucionalizou, antes mesmo de construir em torno dele o espaço acolhedor e humano do qual também ele necessita” (BASAGLIA, 1985, pg. 116).

O resgate de poder perpassa também por uma dimensão evidentemente relacional. Pois somente com o reconhecimento enquanto pessoas (e não objetos de uma instituição) os indivíduos não se encontram em situação de liberdade, encontram na verdade um certo vazio (BASAGLIA, 1985; ONGARO, 2018). Têm que realizar a reconstrução de vínculos, exercer na prática de maneira processual seu valor, encontrando assim barreiras e conflitos. Pois frente às instituições sociais, aos papéis a serem desempenhados, as decisões de uma pessoa podem afetar a outras, bem como as decisões de grupos afetam o indivíduo. É necessário, na promoção de autonomia, um tensionamento processual dessa relação frente à realidade social: “a transformação institucional deveria agir no contexto da relação que une os termos opostos dessa relação, para negar a oposição evidente. Isso significa que termos contraditórios como escravidão e liberdade, dependência e autonomia, não podem ser entendidos como um oposto ao outro” (ONGARO, 2018, pg 149, tradução nossa).

Ongaro (2018) desenvolve essa concepção de autonomia em “Transformação Institucional e Objetivos Comuns”. Ela expressa que a autonomia dos papéis sociais na desinstitucionalização dos tratamentos perpassa pelo tensionamento entre autoridade e autonomia:

Com o caráter de obviedade com o qual é adquirida, a autonomia automática poderia ser vivida pelo grupo, entretanto poderia não tornar automático o vínculo entre autonomia e responsabilidade [...] Autonomia sem responsabilidade é o primeiro passo em uma ação em que se pode tomar decisões sem pagar pelas consequências; a responsabilidade na autonomia torna-se uma realização pessoal altamente gratificante; mas a finalidade comum dentro de uma autonomia responsável requer constantes verificações mútuas, que muitas vezes colocam a autonomia do grupo e do líder em crise (ONGARO, 2018, pg. 151, tradução nossa).

De acordo com Jervis (1975), o tensionamento entre os papéis no tratamento perpassa pela tomada de consciência. Portanto, a concepção de construção de autonomia da Psiquiatria

da Desinstitucionalização traz, também, a transformação da atuação dos próprios profissionais, bem como de profissionais e usuários frente às contradições sociais.

Basaglia, em *crimini di pace* (1975), expressa que os técnicos de saúde devem se contrapor ao próprio poder a eles outorgado pela sociedade para conter aqueles que atrapalham a ordem social. O autor, baseado em Gramsci, vincula o termo de “técnico” ao de “funcionário do consenso”, isto é, os intelectuais legitimadores, na teoria e na prática, da violência institucional. Em contraposição, é necessário que os profissionais preocupados com a pessoa em sofrimento estejam disputando a hegemonia do poder onde este acontece, no território, na vida concreta, junto aqueles em sofrimento, afim de compreender e modificar essa realidade.

A construção de autonomia na teoria da atenção psicossocial, portanto, detém raiz em concepções que enfatizam o combate à violência institucional, que concebem a relação intrínseca entre autonomia e responsabilidade coletiva, e desenvolvem essa construção no interior dos serviços e tratamentos, mas também no âmbito da sociedade institucionalizada sob a qual vivem os considerados inadaptados.

Redução de Danos: Entre os autores que abordaram a construção de autonomia, sob o campo teórico da redução de danos, estão McLeod e Sherwin (2000), Santos, Soares e Campos (2010) e Sodeli (2010).

Na concepção apresentada por Santos, Soares e Campos (2010) os usuários não devem ser vistos como dependentes das drogas ou doentes, destituídos de racionalidade sobre seus atos. As ações de redução de danos, ao invés de focarem na substância, devem se voltar para orientar os usuários acerca das consequências do uso em relação ao seu contexto de vida, integrando condições de saúde, moradia, vínculos familiares e sociais. Nesse sentido, constrói junto ao usuário a compreensão do que acarreta o uso abusivo, e desenvolve o protagonismo do usuário em relação ao seu processo terapêutico.

A noção de RD se direciona também para a transformação do contexto socio-ambiental e cultural a partir dos serviços de cuidado, visto que o uso abusivo é visto como consequência do impacto gerado pelas condições de existência. Busca-se, portanto, autonomia em nível individual, de auto-cuidado, e também em nível cultural, de transformação das condições sociais de vida, com apoio dos serviços em RD (SANTOS et al, 2010).

Sodeli (2010), com base na fenomenologia existencial, direciona esses raciocínios para a construção de possibilidades de escolha. Expressa que o ser humano se constitui enquanto

detentor de uma esfera de liberdade, pois sempre existe a possibilidade de se tomar decisões. O uso de drogas é uma das possíveis formas de se aliviar angústias existenciais, proveniente dessa liberdade, isto é, é uma escolha possível. Logo, o autor rejeita a compreensão proibicionista de que o uso de drogas é sempre um comportamento desviante ou patologia. Pois se é uma escolha, os indivíduos por princípio não se sentem mal com isso. O autor expressa que é fato que o uso possa se tornar abusivo/nocivo, mas não necessariamente, e ainda assim não deixa de ser uma decisão, da ordem da liberdade.

Desta maneira, frente ao uso abusivo, caso ocorra, é necessário construir junto ao outro possibilidades de escolhas mais autênticas, no sentido de restituir maior grau de liberdade de escolha e que diminuam vulnerabilidades. Ainda, expressa que não pode haver uma classificação maléfica a priori, mas sim deve ser levado em consideração a relação entre a pessoa e a substância que utiliza, podendo ter uso recreativo, medicinal, nocivo etc. Defende a educação acerca das drogas (prevenção primária), inclusive antes do uso, como ação que aponta para escolhas mais autênticas (SODELI, 2010).

Dois estudos com base em McLeod and Sherwin (2000) buscam relacionar a perspectiva da redução de danos de protagonismo/empoderamento dos usuários junto à perspectiva de autonomia relacional da ética feminista, tanto para usuários quanto para os profissionais de saúde. A autonomia relacional busca levar em consideração as diversas determinações que atuam sobre a vida de cada pessoa, o que implica na possibilidade ou não de tomar ações autônomas. Isto é, leva em consideração as características do ambiente social, como opressões estruturais, e opressões identitárias que agem nas relações interpessoais, como racismo e machismo. Somente tomando conhecimento, podendo refletir acerca dessas determinações e havendo a construção de ações que se contraponham a essas determinações é que poderia se falar em autonomia, visto que esta é, portanto, socialmente determinada. Termos utilizados pelos autores da autonomia relacional são, por exemplo, o compartilhamento de poder e a influência do posicionamento social.

Outra abordagem nesse sentido é o da *International Harm Reduction Association* (IHRA), que expressa o protagonismo dos usuários dos serviços e programas numa dimensão comunitária. Isto é, sendo as ações de RD voltadas para um público alvo, dentro de determinada comunidade ou grupo, esse público deve fazer parte da elaboração das ações, discutir seus objetivos. Desta forma, a IHRA defende enquanto princípio da RD o diálogo aberto e ampla participação na implementação e avaliação de programas de RD. E não somente dos usuários

de drogas, mas também de seus familiares, além de gestores de políticas públicas. Nesse sentido, detém uma concepção baseada na saúde pública, sendo o não adoecimento e a manutenção da vida objetivos claros.

A RD é frequentemente explicada e vinculada, como base epistemológica, à compreensão de saúde-doença elaborada por Canguilhem, em Normal e Patológico (1995), inclusive por um dos estudos selecionados (SUBRINHO et al, 2018), dentre outros autores (DIAS, 2013; SOUZA, 2013; DANTAS et al, 2014).

Segundo Canguilhem (1995), o ser humano detém a capacidade de criar novas normas a partir das mudanças que enfrenta no decorrer da vida. Isso porque a vida detém natureza processual e variável. Nesse sentido, o autor se contrapõe à premissa biomédica de que saúde é o contrário de doença, e que equivale a uma norma objetiva. Cada indivíduo está sempre a produzir sentidos de seu corpo-existência em relação ao meio com o qual convive, justamente para executar seu modo de andar a vida. Neste sentido, não há como falar somente em doença, a não ser que haja a impossibilidade normativa. O patológico corresponderia à inércia normativa ou a tentativa de extinguir e reprimir a criação de novos ordenamentos; na medida em que, se essa normatividade ocorre, o patológico faz parte do processo de saúde.

Essa concepção reverbera nas noções desenvolvidas, por exemplo, por Marlatt (1999) e Lancetti (2007). Marlatt (1999) expressa que a abstinência não é um imperativo, sendo que qualquer ação de redução de danos à saúde é apoiada. Há uma flexibilidade, de acordo com a relativização do uso que cada pessoa deseja e suporta realizar a cada momento. Lancetti (2007) expressa que a redução de danos é antagônica ao combate às drogas, pois não é a droga que está em questão, mas o sujeito e suas necessidades. E enquanto ação de saúde pública, a RD detém congruência com todo ato de cuidado que visa a defesa da vida – assim como a normatividade de Canguilhem.

Promoção de Saúde e Saúde Coletiva: os autores que embasaram a construção de autonomia sob o campo teórico da promoção da saúde foram Labonte (1994) e Israel et al (1994); os conceitos de Carvalho (2004) e de Campos (2007), por sua vez, detém influencia tanto da saúde coletiva quanto da promoção de saúde. E a produção de Merhy (1994, 2002) está compreendida sob o campo teórico da Saúde Coletiva. Abordam-se ambos os campos teóricos neste mesmo ponto, visto que são campos que se aproximaram na conformação do campo da saúde no Brasil

(PAIM & ALMEIDA-FILHO, 1998). Essa aproximação provém dos conceitos de saúde sob o qual se fundamentam e com o qual desenvolvem suas compreensões e práticas de cuidado.

Onocko-Campos e Campos (2006), ao abordarem acerca das necessidades de reformulação do campo saúde trazidas pela compreensão mais ampla do que é saúde, consideram que a construção de autonomia deve ser central na política, na gestão e no trabalho em saúde; e é também objetivo fundamental de todo sistema de saúde. Mais especificamente ao trabalho em saúde, os autores expressam:

A principal destas mudanças refere-se à redefinição do “objeto” do trabalho em saúde, refere-se a pensar esse “objeto” como uma síntese entre problemas de saúde (riscos, vulnerabilidade e enfermidade) sempre encarnados em sujeitos concretos. Esta valorização do “sujeito” e de sua singularidade altera radicalmente o campo de conhecimento e de práticas da saúde coletiva e da clínica (ONOCKO-CAMPOS e CAMPOS, 2006, pg. 669).

Seria fundamental que todo planejamento do sistema e serviços de saúde buscasse uma autonomia compartilhada, uma co-construção de autonomia: “a co-construção de capacidade de reflexão e de ação autônoma para os sujeitos envolvidos nesses processos, trabalhadores e usuários” (ONOCKO-CAMPOS e CAMPOS, 2006, pg. 669). Os autores detêm uma concepção de autonomia que não corresponde a valores absolutos, mas relativos, processuais, correspondentes e comparáveis a cada realidade. Concebem a autonomia não como sinônimo de liberdade absoluta, mas como a capacidade dos sujeitos ou coletivo em lidar com sua rede de dependências. Isto é, capacidade de compreenderem e agirem sobre si mesmos, suas relações e sobre o contexto (CAMPOS, 2007). Nesse sentido a construção de autonomia depende também de condições externas, de como funciona a economia, da existência de políticas públicas, de valores veiculados por instituições e organizações; depende da cultura em que se está imerso (ONOCKO-CAMPOS e CAMPOS, 2006).

Para tal os sujeitos necessitam de informação, e necessitam poder utilizar essa informação para agir sobre o mundo. Logo, autonomia está também intimamente vinculada ao poder e a capacidade do sujeito de lidar com o sistema de poder, de enfrentar conflitos, de realizar e organizar contratos e compromissos pessoais, afim de criar bem-estar e contextos mais democráticos (ONOCKO-CAMPOS e CAMPOS, 2006).

Merhy (2002) expressa que o processo de autonomização corresponde a uma tecnologia do cuidado ou do trabalho vivo em saúde e que é também uma tecnologia de produção de relações. Faz parte da categoria de tecnologias leves do processo de trabalho em

saúde, necessariamente relacionada ao acolhimento e ao vínculo. Expressa que o desenvolvimento dessas tecnologias se direciona para ao “aumento do grau de autonomia no modo de andar a vida das pessoas”, ou no processo intersujeitos que, em nível individual e coletivo, possibilitam um maior governo de si, um maior controle dos riscos de adoecer ou agravar os problemas de saúde. Desta forma, esse processo, ao ser realizado pelo profissional de saúde, em vínculo com o usuário, por si só já acarreta em tratamento terapêutico (MERHY, 2002).

A conceituação de *Empowerment*, da promoção da saúde, com base em Labonte (1994) e Israel et al (1994), detém similaridades às concepções de Merhy (2002) e Campos (2007). Expressam que o *empowerment* provém do processo de indivíduos agirem conjuntamente para decidirem acerca de suas próprias vidas, com pensamento crítico em relação a realidade. Isso ocorre de forma a favorecer a capacidade pessoal e social de transformação das relações de poder estabelecidas. O mesmo ocorre nos processos de saúde, quando os próprios usuários dos serviços, organizados em associações e movimentos, podem desenvolver esse empowerment e influenciar nas várias dimensões de sua saúde, desde a mudança de hábitos individuais e de comunidades, perpassando pelas condições de atendimento dos serviços de saúde, bem como influenciando em políticas públicas (Labonte, 1994; Israel et al, 1994).

Entretanto, Carvalho (2004) expressa que o termo *Empowerment* é utilizado por diversas concepções, mesmo que sob o campo da promoção da saúde, as quais podem trazer compreensões nem sempre homogêneas. O autor faz a análise do termo para refletir quais são as possíveis contribuições do movimento de promoção da saúde para as políticas do SUS. Ao expor reflexões acerca do histórico e das concepções de Promoção da Saúde, expressa que algumas dessas concepções se baseiam numa noção de autonomia ideal.

Essa concepção ideal de autonomia se baseia numa compreensão de sujeito que por si só pode tomar decisões autônomas, sem deter o conhecimento acerca das determinações que sobre ele incidem. Carvalho (2004) expressa que termos como risco e *empowerment* estão vinculados às “políticas públicas saudáveis” ou “políticas contemporâneas de prevenção”. De acordo com o autor:

A autonomia possível é, quase sempre, uma autonomia regulada uma vez que os indivíduos tendem a seguir regras e normas concebidas por expertos e pelos parâmetros construídos pelas Políticas Públicas Saudáveis. [...] O que se observa é que [...] muitas das narrativas de progresso que suportam as estratégias da Nova Saúde Pública deixam intocadas as discussões sobre as relações desiguais de poder na

relação entre especialistas e não-especialistas, populações dos países ricos “desenvolvidos” e populações dos países pobres “em desenvolvimento”, homens e mulheres, e heterossexuais e homossexuais masculinos e lésbicas (Carvalho, 2004, pg. 674)

O termo *empowerment* carrega, portanto, o caráter ambíguo de algumas premissas e estratégias da promoção da saúde. Pois as políticas públicas saudáveis (ou políticas contemporâneas de prevenção) ditam o pensamento do que é saudável, de como deve ser a saúde, bem como influenciam sobre ações dos serviços de saúde. Entretanto, ao trazer a prevenção como empoderamento dos indivíduos, pode acabar por limitar a autonomia do sujeito, dentro de uma dimensão individual ou comunitária, ao invés de trazer compreensão e possibilidade de mudança das determinações econômico-políticas que incidem sobre os sujeitos. Ou seja, é uma concepção de empoderamento liberal, que pode fazer o Estado se ausentar de suas responsabilidades com a população (CARVALHO, 2004).

O autor conclui que o termo “*Empowerment* Comunitário” seria mais indicado, pois desta forma traria a noção de que ele implica em disputa pelo controle de recursos e redistribuição de poder. O conceito suscita “a elaboração de estratégias que procurem promover a participação visando o aumento do controle sobre a vida por parte de indivíduos e comunidades, a eficácia política, maior justiça social e qualidade de vida” (CARVALHO, 2004, pg 1093).

Desta forma, a promoção da saúde concebe que o aumento da capacidade dos indivíduos e coletivos para definirem, analisarem e atuarem sobre seus próprios problemas não é relegado somente aos próprios indivíduos e suas comunidades, mas esses indivíduos e comunidades devem deter participação efetiva na formulação de políticas, distribuição de recursos, exercendo poder socialmente.

Teoria das Redes de Suporte: Lacerda (2010), referência teórica para o conceito de redes de suporte, expressa que, por mais que não sejam ainda reconhecidas pelo poder público, as redes de suporte que se conformam no cotidiano em diversos âmbitos sociais “se traduzem em saúde” (p. 76), uma vez que os sujeitos e coletivos participantes dessas redes passam a deter maior autonomia no modo de andar a vida; e essas redes detêm também uma importância política na luta por reconhecimento de direitos e na construção de cidadania.

Isso ocorre devido aos seus participantes compartilharem bens simbólicos e materiais, inclusive gentilezas e afetos. O compartilhamento desses bens alimenta os vínculos, faz com

que os sujeitos influenciem e sejam influenciados em uma dinâmica de circulação e preocupação mútua (LACERDA, 2010). Isso ocasiona por sua vez em incremento das redes de apoio. A autora exemplifica por meio de vários estudos, que demonstram as redes de apoio articuladas a movimentos sociais, a associações voluntárias em saúde e em ações práticas de desenvolvimento da integralidade do cuidado na rede de saúde.

Logo, baseada na Teoria da Dádiva de Marcel Mauss, explicita-se que não se trata de, na lógica que subsiste nas redes de apoio, dar e receber simplesmente para benefício próprio, baseando-se numa visão utilitarista dos sujeitos e das redes. A dádiva ou dom compreende um sistema de ação social que envolve o movimento triplo de dar, receber e retribuir os bens simbólicos e materiais. E o apoio social por meio da dádiva possibilita que “os recursos de apoio fluam por meio dos laços ou vínculos sociais, com benefícios a todos os envolvidos” (LACERDA & VALLA, 2005, pg. 284). A dimensão da autonomia, nas redes de apoio, é construída de maneira dialética entre sujeitos e seus vínculos diversos, individuais e coletivos, ainda que, em grande parte, na ausência ou oposição do Estado.

Em síntese, redes possibilitam um suporte e cidadania não somente entre a pessoa ou coletivo que dá apoio e a pessoa ou coletivo que recebe apoio, mas gera um compartilhamento que circula. Nesse processo existe, portanto, um elemento terceiro, que forma uma tríade, que se traduz no estabelecimento de uma rede de suporte, que pode vir a influenciar as relações micro e macro da vida social. De acordo com Minkler (1985) apud LACERDA (2010):

Essa abordagem de focar o indivíduo e sua rede de apoio como única unidade de análise com frequência negligencia as mudanças que se processam no nível macro quando indivíduos e comunidades, empoderados pelo aumento do apoio social, trabalham coletivamente para enfrentar os problemas compartilhados que contribuíram para as suas condições de opressão. Essa perspectiva está em consonância com a filosofia de [Paulo] Freire, na qual o desenvolvimento de uma consciência crítica também implica em focar o empoderamento e as mudanças no nível macro e micro (MINKLER, 1985, p. 305 apud LACERDA, 2010, p. 77).

Expressa-se, desta forma, com base em Amarante e Lancetti (2006), a potencialidade do fortalecimento dos vínculos com as redes de apoio no campo da saúde no contexto da atenção básica e nos demais níveis de atenção do sistema de saúde. Porque o apoio social como promotor da saúde possibilita a abertura para análise do modelo de saúde-doença-cuidado, ao invés da análise baseada somente na saúde-doença. O apoio social possibilita considerar a saúde-doença não como um estado biológico vivido pelos sujeitos e nos quais os sujeitos são objetos, mas um processo que modifica a saúde-doença por meio da ação e consciência de todos

os membros do coletivo social. Portanto, a lógica do apoio social na perspectiva do cuidado “se contrapõe às relações de poder que se estabelecem entre trabalhadores de saúde e usuários ao negar a singularidade do outro e não o reconhecer em seus direitos, criando-se a dependência e o controle ao invés da autonomia e da emancipação individual e coletiva” (LACERDA, 2010, pg. 78).

Teoria do Cuidado: A teoria geral do cuidado em enfermagem, desenvolvida pela enfermeira Dorothea Orem, também detém uma dimensão relativa ao vínculo entre paciente e profissional de saúde. Neste caso, a autora expressa que essa dimensão corresponde à teoria dos sistemas de enfermagem, que é parte do conjunto da teoria do cuidado (2001).

A teoria dos sistemas de enfermagem é uma das três dimensões da teoria de Orem (2001), sendo as outras duas a teoria do autocuidado e a teoria do déficit de autocuidado. Na teoria geral do cuidado, a autonomização da pessoa ocorre quando esta atua de forma consciente, isto é, intencional, além de atuar com ações efetivas, para preservar a saúde e o bem estar. Leva-se em conta que faz parte da autonomização a adaptação e aprendizado em novas situações fisiológicas, como gestação e velhice, e em situações patológicas.

A respeito em específico da teoria dos sistemas de enfermagem, da relação dos indivíduos com o profissional de saúde, esses sistemas podem ser de três tipos (REMOR et al, 1986): o totalmente compensatório (auto cuidado não pode ser realizado pela pessoa); cuidado realizado parcialmente com auxílio; e o cuidado que há o foco no apoio e educação para a adaptação. É importante destacar que nos sistemas e suas demandas terapêuticas não se leva em consideração somente a dimensão individual, mas também em relação ao ambiente, à sociedade. Isto é, o cuidado é organizado de acordo com as características das pessoas enquanto indivíduos e como membros de grupos de determinado tempo e espaço (OREM, 2001). Segundo Remor et al (1986, pg 06):

O funcionamento do homem está ligado ao seu ambiente e juntos formam um todo integrado, funcional, isto é, um sistema. Os valores e normas sociais, os mecanismos fisiológicos e os padrões específicos de resposta do indivíduo aos estímulos ambientais afetarão o curso de ação selecionado e seguido pelo indivíduo (REMOR et al, 1986, p. 06).

Logo, a teoria de Orem expressa que o estabelecimento do vínculo entre profissional e pessoa sob cuidados se estabelece para a superação do processo de adoecimento por meio de

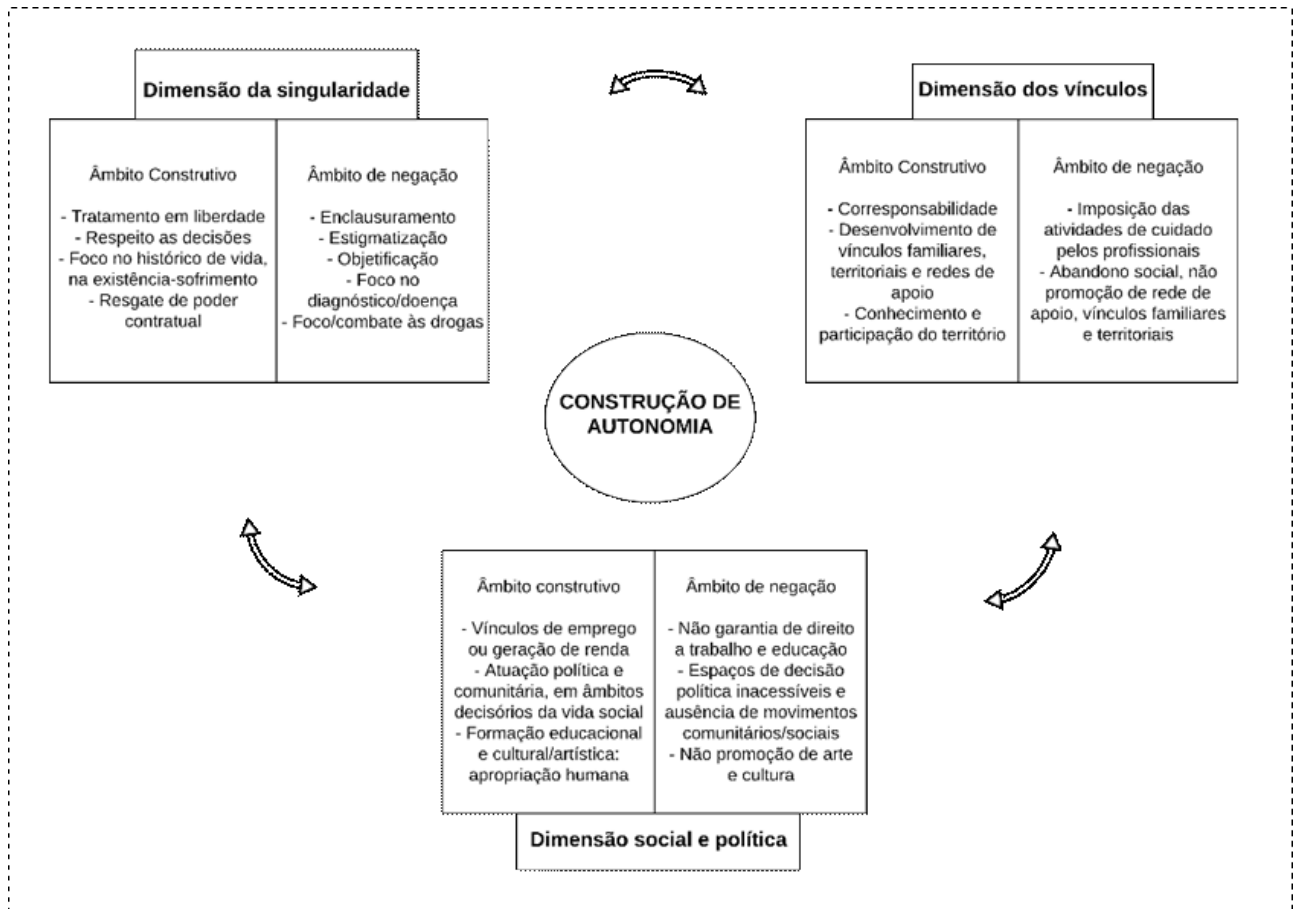
ações de adaptação e autocuidado; expressa, ainda, a necessidade do caráter mútuo da relação; além de levar em conta aspectos socioambientais para o processo de produção de autonomia cotidiana (OREM, 2001), o que demonstra a relativização de ideais de saúde a serem alcançados – manifestando determinada superação em relação ao modelo biomédico.

Síntese da explicação dos conceitos encontrados

Com base nos conceitos de construção de autonomia que foram explanados, buscou-se sintetizar a complexidade e pluralidade desses conceitos. Para isso, associamos as categorias que emergiram dessa explicação por meio de três dimensões. Essas três dimensões são: (1) Dimensão da singularidade: resgate de autonomia no processo terapêutico; (2) Dimensão dos vínculos: construção corresponsável de autonomia; e (3) Dimensão social e política: Construção de autonomia em amplitude coletiva.

Ainda, foi constatado que essas categorias provêm de uma necessidade de superação de algo oposto ou ausente. Para as ações de RD, por exemplo, um dos focos é o respeito à autonomia para que o indivíduo faça a escolha que considerar necessária e possível a respeito do uso de drogas, que contrasta com a concepção biomédica a qual detém foco no que é considerado causa de dependência e descontrole, isto é, a doença e a droga, bem como a necessidade da abstinência. Assim, considerou-se o que é propositivo para desenvolver autonomia como âmbito construtivo, e o que é necessário ser superado como âmbito de negação. Esses elementos e suas dimensões são apresentados na figura 01 a seguir.

Figura 01. Síntese das dimensões da construção de Autonomia



Fonte: elaborado pelo autor

Ficou evidente que a construção de autonomia para as bases teóricas dos estudos é um processo, que depende de múltiplas ações em cada dimensão, sendo essas três interrelacionadas. Na da singularidade, os elementos que constituem o processo dizem respeito a trazer à tona o ser humano em sofrimento, proporcionando resgate de sua condição de indivíduo detentor de valor para si mesmo e para a alteridade, que possibilita apoio para refletir sobre suas necessidades. Neste sentido, o apoio profissional deve considerar as determinações sociais de seu sofrimento e suas condições de vida. Isso possibilita superar a prática baseada em concepções de saúde que detêm como objeto a doença, as drogas, a inadaptabilidade individual e culpabilizam os sujeitos pelo uso abusivo.

Na dimensão dos vínculos se detém que a construção de autonomia não é somente individual, ela depende da relação com a alteridade de forma corresponsável, para desenvolvimento do valor social e do poder de decisão resgatado. Essa segunda dimensão busca desenvolver o aumento do universo de dependências, noção trazida há muito pela psiquiatria

da desinstitucionalização (ONGARO, 2018) e presente em Kinoshita (2001) e Onocko-Campos e Campos (2006). Isto é, ao ser dependente de vários vínculos se cria a possibilidade de satisfação de necessidades e planos diversos, não de uma necessidade única. Esse conjunto de dependências se expande ao participar não só no CAPS ou Unidade de saúde, mas na família, no centro de convivência, nas redes de amigos e demais redes sociais territoriais.

A terceira e última dimensão diz respeito à execução e desenvolvimento de autonomia de maneira social ampla, não só realizando o conjunto de trocas que a própria norma social já possibilita às pessoas em sofrimento, mas também expandindo a garantia de seus direitos para superação de condições sociais, por meio da garantia de trabalho, educação formal, melhoria do acesso e condições de saúde, por exemplo. Busca também o poder de contrapor e transformar essas normas de maneira política, pelas reivindicações por meio de associações de usuários, participação nos conselhos de saúde e assistência social; e também a expressão por meios culturais-artísticos, como participantes ativo, buscando se apropriar do que a humanidade já produziu e como forma de expressão de suas vidas e necessidades pessoais e coletivas.

Apontamos, por fim, as bases epistemológicas referentes aos arcabouços encontrados: a atenção psicossocial detém fundamentação principalmente na psiquiatria da desinstitucionalização, esta por sua vez com raízes epistemológicas na filosofia marxiana e na fenomenologia existencial. A redução de danos, que em seu conjunto amplo de influências se relaciona à própria fundamentação da promoção da saúde, à epistemologia crítica das ciências da saúde conforme Canguilhem (1995) e também ao existencialismo; os campos teóricos da saúde coletiva e da promoção da saúde, que se desenvolveram tanto a partir de críticas à compreensão do conceito biomédico de saúde quanto na crítica e transformação dos sistemas de saúde, detendo base epistemológica em teorias como a medicina social crítica; a teoria das redes de suporte social detém base na obra desenvolvida pelo antropólogo Marcel Mauss; e a teoria do cuidado provém de reflexões acerca da prática da enfermagem em determinados contextos nos quais atuou Dotothea Orem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível evidenciar a pluralidade e complexidade da construção de autonomia, na confluência dos arcabouços teórico-práticos que compõem o campo psicossocial. Ela provém da fundamentação dessas escolas, perpassando pela práxis do processo de cuidado e apontando

para os objetivos desse conjunto: a autonomia de sujeitos e grupos no processo de promoção de saúde durante a reprodução da vida individual e coletiva.

A sistematização do processo de construção de autonomia em três dimensões indissociáveis possibilitou destacar o conjunto das práticas em saúde, provenientes desses arcabouços teóricos distintos, que de fato trouxeram novas perspectivas de compreensão e ação, como já fora afirmado por diferentes autores que desenvolveram o paradigma psicossocial (Basaglia, Merhy, Amarante dentre outros), expressando que esse próprio paradigma se consolida por meio de um processo em curso.

Aponta-se a necessidade, portanto, de se avançar com os processos de cuidado, por meio dos serviços já desenvolvidos, o que caso aconteça pode enriquecer ainda mais as próprias dimensões aqui apresentadas. É possível que novas concepções teóricas e práticas de cuidado se desenvolvam a partir do próprio desenvolvimento atual da RAPS e do sistema de saúde, por mais que haja barreiras e retrocessos a serem superados.

A partir dessas análises podemos considerar que uma limitação deste estudo é não trazer quais noções e atividades são consideradas promotoras de autonomia para além dos serviços encontrados (CAPS, unidades de saúde e consultório na rua). Isso aponta também a dificuldade de desenvolvimento do cuidado em outros espaços, como os serviços residenciais terapêuticos, os centros de convivência e os conselhos de saúde e assistência social. As concepções desenvolvidas em outros países podem também em muito enriquecer a construção de autonomia, sendo uma outra contribuição científica possível ao tema abordado.

Por fim, foi possível apresentar uma descrição abrangente de conceitos relativos à construção de autonomia que vem embasando as análises acerca dos serviços de cuidado a usuários de drogas no Brasil. Considera-se que os conceitos e suas teorias de base, sob o paradigma psicossocial, representam um conjunto coeso que potencializa o desenvolvimento de ações e serviços das políticas de saúde mental e drogas no país.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. D. C. **Avaliação dos Novos Serviços de Saúde Mental: Em Busca de Novos Parâmetros.** Revista saúde em debate, londrina, v. 52, p. 74-83, 1996

- AMARANTE, P. e LANCETTI, A. **Saúde mental e saúde coletiva**. In G. Campos et al. (Orgs), Tratado de saúde coletiva. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz. p. 615-634, 2006
- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007
- ASSUMPCÃO, A.D; ALBERTI, S. **Do paradigma psicossocial à moral religiosa: Questões éticas em saúde mental**. Cien Saude Colet [Online] jun. 2019
- BASAGLIA, F. *Crimini di pace – ricerche sugli intellettuali e sui tecnici come addetti all'oppressione*. Torino: Giulio Einaudi, 1975
- BASAGLIA, F. **As Instituições da Violência**. In: Basaglia, F. (org). A instituição negada. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1985.
- BASAGLIA, F. **A Utopia Da Realidade**. In: Amarante (org). Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Garamond, p. 225-236, 336 p. 2010
- BRASIL. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
- BRASIL. **Lei nº 11.343**, de 23 de agosto de 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria Nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011
- BUSS, P M. **Promoção da saúde e qualidade de vida**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000
- CAMPOS, G W; BARROS, R B; CASTRO, A M. **Avaliação de política nacional de promoção da saúde**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 745-749, Sept. 2004
- CAMPOS GWS. **Comentários sobre analogias e diferenças entre os métodos Paidéia e o “interrogativo”**. Interface. 11(22):345-363. 2007
- CANGUILHEM, G. **O Normal e o Patológico**, trad. Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas e Luiz Octavio Ferreira Barreto Leite. – 4a. Ed.- Rio de Janeiro, Forense Universitária. 1995
- CARVALHO SR. **Os múltiplos sentidos da categoria empowerment no projeto de Promoção à Saúde**. Cad Saúde Pública; 20(4):1088-95. 2004
- COSTA-ROSA, A., LUZIO, C. A., YASUI, S. **Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva**. In P.D.C. Amarante (Org.). Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial (pp. 13-44). Rio de Janeiro: Nau Editora. 2003
- CZERESNIA, D. **O Conceito de Saúde e a Diferença entre Prevenção e Promoção**. In: Czeresnia D, Freitas CM (org.). Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz. P. 43-58, 176 p. 2003

DANTAS, S; CABRAL, B; MORAES, M. **Sentidos produzidos a partir de experiências de bad trip: drogas, prevenção e redução de danos.** Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 539-550, Sept. 2014

DIAS, R. **Experimentação e cuidado: um campo problemático das drogas e a emergência do paradigma da Redução de Danos no Brasil.** 300f. Tese – UFF, 2013

ERCOLE, F F; MELO, L S; ALCOFORADO, C C. **Revisão integrativa versus revisão sistemática.** Revista Mineira de Enfermagem, v. 18, n. 1, p. 9-12, 2014

FLEURY-TEIXEIRA, P et al. **Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 2115-2122, Dec. 2008

GOMES-MEDEIROS, D et al. **Política de drogas e Saúde Coletiva: diálogos necessários.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 35, n. 7, 2019

HART, C. **Guerra às Drogas: por que não tentar diferente depois de tanto fracasso?** Reportagem CartaMaior, 2014. Acesso: <https://www.cartamaior.com.br/?/Editoria/Direitos-Humanos/Guerra-as-drogas-por-que-nao-tentar-o-diferente-depois-de-tanto-fracasso-/5/30923>

INTERNATIONAL HARM REDUCTION ASSOCIATION. **O que é redução de danos?** Uma posição oficial da Associação Internacional de Redução de Danos (IHRA). London: International Harm Reduction Association; 2010

ISRAEL BA et al. **Health education and community empowerment: conceptualizing and measuring perceptions of individual, organizational, and community control.** Health Education Quarterly 21(2):149-170. 1994

JERVIS, G. *Manuale critico di psichiatria.* Milano: Feltrinelli. 1975

KINOSHITA, R. T. **Contratualidade e reabilitação psicossocial.** In: PITTA, A. (Org). Reabilitação psicossocial no Brasil. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 55-59

LABONTE R 1994. **Health promotion and empowerment: reflection on professional practice.** Health Education Quarterly 21(2):253-268

LACERDA A., VALLA VV. **Um outro olhar sobre a construção social da demanda a partir da dádiva e das práticas de saúde.** In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação em espaços públicos. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO; p. 279-91. 2005

LACERDA, A. **Redes de apoio social no Sistema da Dádiva: um novo olhar sobre a integralidade do cuidado no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde.** 2010. 204 f. Tese - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010

LANCETTI A. **Contrafissura e plasticidade psíquica.** São Paulo: Editora Hucitec; 2015

LUZIO, C; L'ABBATE, S. **A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas.** Interface (Botucatu), Botucatu, v. 10, n. 20, p. 281-298, Dec. 2006

MACHADO, L; BOARINI, M. **Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos.** Psicol. cienc. prof. [online]. vol.33, n.3, pp.580-595. 2013

MARLATT, G. A. **Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco.** Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999

MASSUDA, A. **Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1181-1188, Apr. 2020

MCLEOD, C., SHERWIN, S. **Relational autonomy, self-trust and health care for patients who are oppressed.** In C. Mackenzie & N. Stoljar (Eds.), *Relational autonomy: Feminist perspectives on autonomy, agency, and the social self* (pp. 259–269). New York: Oxford University Press. 2000

MINAYO, M C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** Livro. 11. ed. São Paulo (SP): Hucitec. 2008

MERHY EE. **Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida** In: Cecílio LCO, organizador. *Inventando a mudança na saúde.* São Paulo (SP): Hucitec. p. 117-60. 1994

MERHY, E. E. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde.** In E. E. Merhy, & R. Onocko (Orgs.), *Agir em saúde: Um desafio para o público* (2a ed., pp. 71-112). São Paulo: Hucitec. 2002

Nicácio, F. & Campos, G. W. **Afirmção e produção de liberdade: desafio para os centros de atenção psicossocial.** Rev. Ter. Ocup. São Paulo, 18(3), 143-151. 2007

ONGARO-BASAGLIA, F. **Rovesciamento Istituzionale e Finalità Comune.** In: BASAGLIA, F. *L'istituzione Negata.* Ed: Baldini Castoldi. Milano, 447 p. 2018

ONOCKO CAMPOS, R.; CAMPOS, G. W. S. **Co-construção de autonomia: o sujeito em questão.** In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND J. M.; CARVALHO, Y. M. (orgs). *Tratado de Saúde Coletiva.* Rio de Janeiro, Fiocruz. p.669-688. 2006

Orem, D. E. (2001). **Nursing: Concepts of practice** (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby

PAIM, J S.; ALMEIDA FILHO, N. **Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas?** Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 32, n.4, p.299-316, Aug. 1998

PAIM, J.S.; FILHO, N. A. **A Crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva.** Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000

REMOR. A. et al. **A teoria do autocuidado e sua aplicabilidade no sistema de alojamento conjunto.** Rev. Bras. Enf., Brasília, 39(2/3): 6-11, abr./set. 1986

- RIBEIRO, F. M. L. e MINAYO, M. C. S. **As mudanças na política brasileira de drogas: o avanço da lógica da justiça sobre a saúde.** Revista Cultura y Droga, 25 (29), 17-39. 2020
- ROTELLI, F. **A instituição inventada.** In: Desinstitucionalização. Org: ROTELLI, F; LEONARDIS, Ota; MAURI, Diana; RISIO, C. São Paulo: Hucitec, 1990
- Santos VE, Soares CB, Campos CMS. **Redução de danos: análise das concepções que orientam as práticas no Brasil.** Physis (Rio J.) 2010; 20:995-1015
- SANTOS, V; SOARES, C. B. **O consumo de substâncias psicoativas na perspectiva da saúde coletiva: uma reflexão sobre valores sociais e fetichismo.** Saúde & Transformação Social, v. 4, p. 38-54, 2013
- SILVA, T et al. **Política Nacional de Atenção Básica 2017: implicações no trabalho do Agente Comunitário de Saúde.** Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 44, n. 124, p. 58-69, Mar. 2020
- SOARES, C B et al. **Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem.** Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 335-345, Apr. 2014
- SOARES, J; CAMARGO JR., KR. **A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde.** Interface (Botucatu), Botucatu, v. 11, n. 21, p. 65-78, Apr. 2007
- SODELLI, M. **A abordagem proibicionista em desconstrução: compreensão fenomenológica existencial do uso de drogas.** Ciência & Saúde Coletiva, 15(3), 637-644. 2010
- SOUZA, M T; SILVA, M; CARVALHO, R. **Revisão integrativa: o que é e como fazer.** Einstein (São Paulo), São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, Mar. 2010
- Souza, T. **A norma da abstinência e o dispositivo “drogas”:** direitos universais em territórios marginais de produção de saúde (perspectivas da redução de danos). Tese. UNICAMP. Campinas, SP, 2013
- SOUZA, D R et al. **Resistências dos profissionais da atenção psicossocial em álcool/drogas à abordagem de redução de danos.** *Journal of Nursing and Health*, 7, 16-24 2017
- STETLER CB et al. **Utilization-focused integrative reviews in a nursing service.** Appl Nurs. Res. 1998;11(4):195-206
- SUBRINHO, L et al. **Cuidado ao consumidor de drogas: percepção de enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família.** Saude soc. [online]. vol.27, n.3 [citado 2020-11-23], pp.834-844. 2018
- YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira.** Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro. 151 p. 2006

5.2 MANUSCRITO 2

A Construção da Autonomia nos Serviços Públicos Brasileiros de Atenção em Saúde a Usuários de Crack, Álcool e Outras Drogas

RESUMO. Introdução: Os arcabouços teórico-práticos que compõem o paradigma psicossocial no campo das drogas, tais como a redução de danos (RD) e a promoção da saúde, trouxeram foco ao sujeito em sofrimento na relação com sua realidade social. Eles valorizam a singularidade de usuários e profissionais para compreensão do processo saúde-doença e a construção das políticas de saúde. Conceito que embasa e agrega essas características é o de construção de autonomia. Entretanto, existem acepções distintas acerca deste, pluralidade intrínseca ao desenvolvimento da política de saúde mental e drogas no país. **Objetivo:** O objetivo do presente artigo é descrever o processo de construção de autonomia para pessoas que fazem uso abusivo de drogas nos serviços públicos brasileiros. **Metodologia:** A metodologia utilizada foi a revisão integrativa. Buscou-se, nas bases Psycinfo, PUBMED, BVS e Web of Science, estudos que analisaram o processo de cuidado a usuários de drogas. Foram sistematizadas as ações que possibilitam a construção de autonomia, bem como as barreiras para o processo de cuidado. **Resultados e Discussão:** Foram selecionados 22 estudos, dentre os quais 18 pesquisaram CAPS-AD e 4 serviços de atenção primária. Foram evidenciadas ações que constroem autonomia, sobressaindo as realizadas na dimensão do resgate de valor social, como planos terapêuticos singulares, grupos terapêuticos e oficinas de RD. Também encontrou-se barreiras à essa construção, como a exigência da abstinência e não participação na organização dos serviços. Quase não há ações intersetoriais, reinserção social por vínculos de trabalho, tampouco participação em instâncias comunitárias e políticas, como associações de usuários e conselhos de saúde. **Considerações:** evidencia-se um conjunto de práticas contraditórias e difusas, havendo ações que constroem autonomia e outras que impõem o controle sobre o usuário. O que prepondera é a dimensão do resgate de valor individual, em detrimento da dimensão da corresponsabilidade e da participação sócio-política. Ainda assim, as ações desenvolvidas por CAPS e atenção primária demonstram ser fundamentais para o resgate de autonomia e valorização dos usuários, frente à estigmatização e marginalização.

Palavras Chave: Construção de autonomia, uso abusivo de drogas, Rede de Atenção Psicossocial

INTRODUÇÃO

Os serviços e ações direcionados ao cuidado em saúde a pessoas que fazem uso abusivo de drogas se consolidaram no início dos anos 2000, com a política nacional sobre drogas. Anteriormente, as políticas de Estado relacionadas as drogas por muito tempo estiveram confinadas aos estreitos e violentos espaços policiais, carcerários e/ou manicomial. A abordagem aos usuários, quando ocorria, era feita pela lógica do controle e punição (SOARES, 2007; MACHADO e BOARINI, 2013; SOUZA et al, 2017).

A própria diferenciação entre o uso e o tráfico só se consolida no século XXI, há aproximadamente 15 anos, com a Política Nacional Sobre Drogas (resolução nº3/CONAD/2005), possibilitando, portanto, a abordagem específica sobre o uso abusivo sem contradições estritamente legais. O abuso de drogas se caracteriza por trazer danos em nível

físico, psicológico ou social; está relacionado a uma diversidade de agravos à saúde, intensificando situações de vulnerabilidade e conflitos sociais (BRASIL, 2017).

Essa inserção de um novo paradigma relativo às drogas se fundamenta em nível nacional na Política para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (PAIUAD/2003). Esta efetivou um conjunto de arcabouços teóricos e suas práticas de cuidado que vinham sendo desenvolvidas em diferentes locais, como a atenção psicossocial e a redução de danos, alinhadas ao sistema público desenvolvido sob o campo da saúde coletiva. Conjunto este que passou a ser compreendido como paradigma psicossocial, ou da saúde coletiva, no campo das drogas (SANTOS & SOARES, 2013; BRITES, 2015). Essa Política não fez, entretanto, que deixasse de ocorrer a disputa de espaço com as noções de controle e punição de cunho moral-biomédico (PASSOS & SOUZA, 2011; TEIXEIRA et al, 2017).

Esses arcabouços que compõem o paradigma psicossocial detêm em comum um importante pilar, que é a contraposição ao modelo biomédico-psiquiátrico e moral, modelo que em conjunto a políticas econômico-liberais conforma a Guerra às drogas (HART, 2014; GOMES-MEDEIROS et al, 2019). O modelo biomédico e sua concepção de saúde foi muito criticado, nas últimas décadas do século XX, por falhar no que diz respeito à explicação do processo saúde-adoecimento populacional, ao planejamento dos sistemas de saúde e à efetividade das ações de cuidado (PAIM & ALMEIDA FILHO, 2000; BUSS, 2000).

Desta forma, esse novo direcionamento, baseado tanto em processos empíricos quanto no conceito ampliado de saúde, desenvolveu novas concepções no terreno coletivo do cuidado. O conceito ampliado de saúde coloca em evidência as condições de produção e reprodução da vida das populações, os vínculos estabelecidos sob estas condições e a singularidade dos sujeitos (CAMPOS et al, 2004). Inaugura-se, assim, uma valorização da dimensão subjetiva e das potencialidades de usuários e profissionais, o que proporcionou novas perspectivas de reflexão e ação (CZERESNIA, 2003; FLEURY-TEIXEIRA, 2008). Compreendeu-se que não só as ações institucionais incidem sobre a saúde dos sujeitos e grupos, mas também que as ações desses sujeitos podem e devem incidir sobre a saúde e a construção das práticas de cuidado. Conceito que unifica a importância da subjetividade e protagonismo dos sujeitos é o de construção de autonomia (KINOSHITA, 2001; MERHY, 2002).

A construção de autonomia, segundo Kinoshita (2001), busca que os sujeitos sejam reconhecidos enquanto detentores de valor social, não sendo menos responsáveis devido a seu sofrimento e diagnóstico, sendo necessário respeitar sua vontade nas práticas de cuidado. Além

de que busca possibilitar sua participação na construção de um novo lugar social aos excluídos pela estigmatização. Amarante (1996) enfatiza que a principal maneira de avaliar os serviços provenientes da reforma psiquiátrica, como os atuais serviços no campo das drogas, deve ser o grau de autonomia construído entre usuários, profissionais e sociedade, e que deve sempre ocorrer um estranhamento das ações e locais de cuidado, para evitar que a transformação da lógica de cuidado não se torne meramente uma reorganização tecnocrática e institucional.

A construção pelo cuidado de sujeitos autônomos é objetivo dos processos terapêuticos nos serviços de cuidado a pessoas que fazem uso abusivo de drogas. Os arcabouços que compõem a nova política de cuidado trouxeram inúmeras ações e concepções que desenvolvem a noção de construção de autonomia (BASAGLIA, 1985, 2010; ROTELLI, 1990).

Não há, entretanto, estudos que congreguem essas diferentes ações práticas executadas em diferentes realidades. Ainda, o embate com a política de guerra às drogas tem sido intenso, o que pode fazer com que o desenvolvimento do fundamento de construção de autonomia, ocorrido nos anos de concretização do paradigma psicossocial, possa ser perdido. Exemplo desse embate é o esvaziamento da RD na política nacional sobre drogas, por meio do decreto presidencial nº 9.761/2019, e que assevera a abstinência total. Além de grandes investimentos públicos que vem ocorrendo em comunidades terapêuticas, superando o financiamento de toda a RAPS (RIBEIRO & MINAYO, 2020). Modificações na legislação da AB vem acarretando restrição de financiamento, possível diminuição no número de ACSs e despriorização do caráter territorial das equipes NASF (MASSUDA, 2020; SILVA et al, 2020).

Este estudo busca descrever as ações para construção de autonomia que vem sendo realizadas em diferentes realidades, a partir de contribuições de distintos arcabouços teóricos, possibilitando produzir um panorama acerca da rede de atenção psicossocial e verificar se as ações estão de acordo com objetivos e diretrizes da política de saúde mental e drogas. Além de propiciar, frente ao desmantelamento dessa política, apontar quais são suas transformações necessárias, inclusive para embasar a avaliação das modificações em curso.

O objetivo do presente artigo, portanto, foi descrever a construção de autonomia nos serviços públicos brasileiros de atenção à saúde a pessoas que fazem uso abusivo de crack, álcool e outras drogas, por meio de uma revisão integrativa.

MÉTODOS

Este estudo se caracteriza enquanto uma pesquisa bibliográfica de cunho qualitativo. A pesquisa seguiu as etapas metodológicas para o desenvolvimento de revisões integrativas de literatura (ERCOLE et al, 2014).

A revisão integrativa corresponde a uma metodologia que proporciona agregar conhecimentos de diferentes pesquisas acerca de uma mesma temática, inclusive pesquisas de disciplinas distintas (SOUZA et al, 2010; SOARES et al, 2014). Permite integrar análises com metodologias distintas, possibilitando a síntese de resultados, desde que os dados sejam organizados e analisados de maneira rigorosa, explicitando-se seus fundamentos e metodologia (SOARES et al, 2014). A revisão integrativa, portanto, permite abordar diferentes objetivos, como definição de conceitos, revisão de teorias ou análise metodológica dos estudos (SOUZA et al, 2010; ERCOLE et al, 2014).

Desta forma, a revisão integrativa propicia, por exemplo, a compreensão do cuidado em saúde, uma vez que se caracteriza enquanto trabalho complexo, requerendo colaboração e integração de diferentes áreas do conhecimento; é importante não somente pelo desenvolvimento da base de políticas e procedimentos, mas também acerca do pensamento crítico que exige o cuidado em saúde (STETLER et al, 1998). ERCOLE et al (2014) asseveram que a variedade na composição da amostra em conjunção com a multiplicidade de finalidades proporciona como resultado um quadro “de conceitos complexos, de teorias ou problemas relativos ao cuidado na saúde” (ERCOLE et al, 2014, pg. 09).

Seleção e organização

No período de agosto e setembro de 2019 foram realizadas as buscas nas bases de dados *PSYCINFO* (Database of Abstracts from American Psychological Association), *PUBMED* (Online version of Index Medicus produced by the US National Library of Medicine/NLM), *BVS/OPAS* (Biblioteca Virtual em Saúde da Organização Panamericana de Saúde) e *WEB OF SCIENCE*.

As buscas foram realizadas seguindo um protocolo adequado a cada base, sobretudo conforme descritores ou palavras-chave encontradas em seus *thesaurus/Decs*, mas também dicionários linguísticos e idiomáticos. Assim cada uma delas foi acessada com os descritores e combinações a seguir, com termos no singular e plural.

Termos do protocolo de busca em português: (Serviço de saúde mental, Serviço de higiene mental, Centro de atenção psicossocial, Centro de tratamento de abuso de substâncias, Centro de Tratamento de Dependentes de Drogas Ilícitas, Centro de Tratamento de Toxicomanos, Centro de Tratamento de Abuso de Drogas, Centro de Reabilitação de Drogados, Caps, caps-ad, Consultório na rua, Unidade Básica de Saúde, Atenção Primária, Saúde da Família) AND (Usuário de drogas, dependente químico, drogadito, farmacodependente, viciado em drogas, drogas ilícitas, drogas de abuso, drogas recreativas, drogas, crack, cocaína, álcool) AND (Autonomia, autonomia pessoal, empoderamento, cidadania, direitos do paciente, direitos civis).

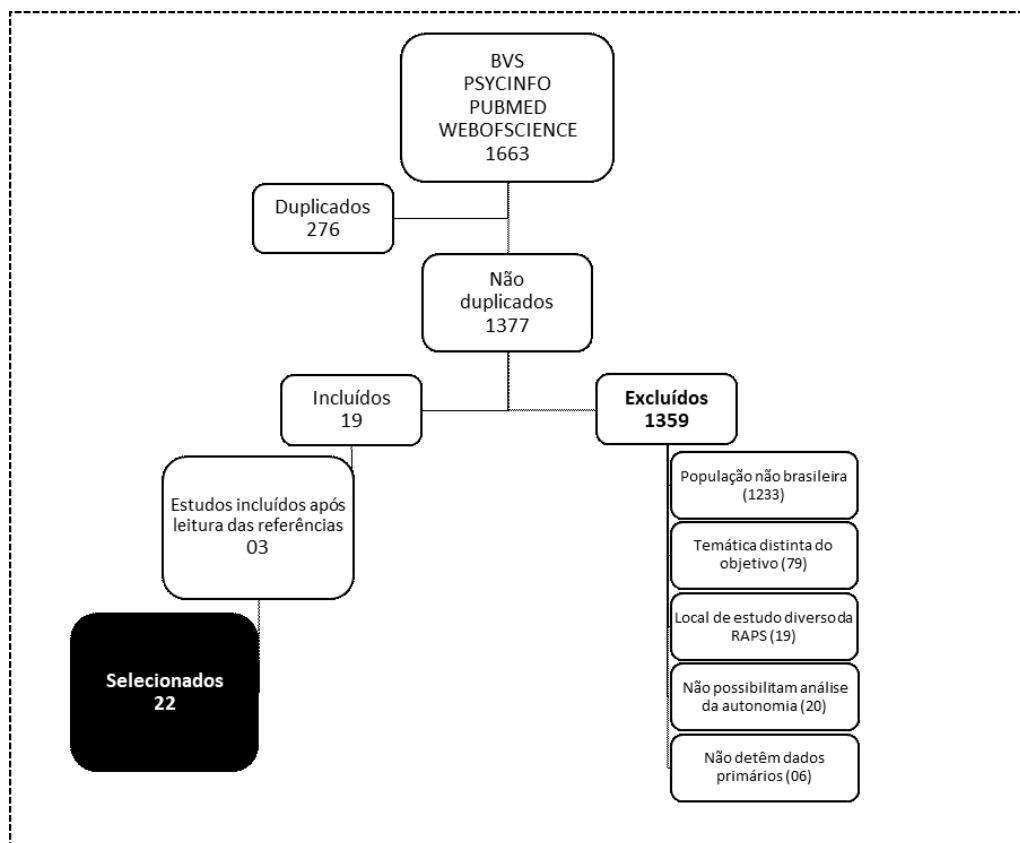
Termos do protocolo de busca em inglês: (Mental Health Services, Mental Hygiene Services, Substance Abuse Treatment Centers, Drug Rehabilitation Centers, Drug Abuse Treatment Centers, Drug Treatment Centers, Psychosocial Care Centers, caps, capsad, Primary health care, Family health, Street clinic, Street office, Street outreach office) AND (Drug User, Drug Abuser, Addict, drug-dependent, doper, druggie, stoner, junkie, drugs, crack, cocaine, alcohol, street drugs, drug abuse) AND (Personal Autonomy, Free will, Self-Determination, empowerment, freedom of choice, Civil Rights, client Rights, Interpersonal control, autonomy, Patient's Rights)

Após a pesquisa nas bases de dados com os protocolos de busca e a exclusão dos estudos duplicados no programa End-note web, foram aplicados os critérios de exclusão e inclusão, elaborados a partir do objetivo da pesquisa. Os critérios de exclusão foram: (1) estudos nos quais a população ou o objeto de estudo não eram brasileiros; (2) a temática era distinta ao cuidado a pessoas que fazem uso abusivo de drogas; (3) o local de estudo não correspondia aos serviços públicos ou os dados acerca do local/serviço eram insuficientes; (4) os estudos abordavam aspectos que não permitiam a análise da construção de autonomia; (5) os dados do estudo não eram primários. Foram selecionados estudos que: (1) abordassem o conceito de autonomia e (2) detivessem dados primários. Após a verificação desses critérios, restaram 19 artigos. Após a leitura dos artigos, três outros foram adicionados, a partir das referências bibliográficas. O fluxo de seleção e exclusão está sintetizado no fluxograma 01.

Para os resultados aqui apresentados seguimos os passos para análise de dados qualitativos desenvolvidos por Minayo (2008), que incluem: ordenação dos dados, classificação e análise final. A etapa de ordenação corresponde ao mapeamento dos dados encontrados. A etapa de classificação diz respeito ao levantamento de informações relevantes acerca do

conteúdo dos dados, com base em questionamentos que se sustentam na fundamentação teórica, podendo realizar-se a elaboração de categorias-síntese. Na etapa de análise final, busca-se realizar articulações entre os dados e os referenciais teóricos, articulações que devem ser direcionadas para os objetivos da pesquisa.

Fluxograma 01: etapas de seleção dos estudos



Fonte: elaborado pelo autor

Percurso de Análise

Para sistematizar as ações e barreiras de construção de autonomia dos serviços abordados nos estudos selecionados foram realizadas as etapas descritas a seguir.

A primeira etapa corresponde ao desenvolvimento de um instrumento de sistematização, que se refere ao quadro 01. Este quadro apresenta um conjunto de dezesseis (16) ações relativas ao processo de construção de autonomia, bem como cinco (5) principais dificuldades.

Essas ações e dificuldades foram sistematizadas a partir de três referências: as diretrizes da RAPS; as orientações que constam em material técnico da Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas (SENAD, 2017); e os princípios da atenção psicossocial, conforme Yasui (2006).

Quadro 01: ações e iniciativas relativas às dimensões de autonomia

Dimensão da singularidade: resgate de autonomia no processo terapêutico	Dimensão dos vínculos: construção corresponsável de autonomia	Dimensão social e política: Construção de autonomia em amplitude coletiva	Dificuldades para a construção de autonomia
(1) Atendimento em liberdade	(7) Corresponsabilização no PTS	(12) Organização/gestão coletiva do serviço/assembleias	(A) Exigência de abstinência
(2) acolhimento e profissional de referência	(8) Atividades territoriais (centro de convivência, praças, teatro etc)	(13) Iniciativas de geração de emprego e renda	(B) estigmatização / patologização pelos profissionais
(3) Desenvolvimento de PTS	(9) Cuidado em rede	(14) Participação do conselho e conferência local de saúde	(C) Dificuldades na relação com dispositivos da rede intersetorial/falta de rede
(4) Serviço Territorial	(UBS/CAPS, CRAS, Escola...), ARCTs, SRTs	(15) Grupo de teatro/rádio/banda/coral	(D) Falta de profissionais ou capacitação profissional
(5) Não obrigatoriedade de abstinência	(10) Participação da família no serviço	(16) Desenvolvimento de associação de usuários, familiares, profissionais e ex-usuários	(E) Falta de estrutura

Fonte: elaborado pelo autor

Essas ações descritas no quadro 01 foram divididas em três dimensões, correspondentes às três primeiras colunas do quadro. Elas provêm da síntese conceitual acerca da construção de autonomia, feita principalmente com base em Kinoshita (2001), Merhy (2002) e Onocko Campos e Campos (2006), são elas: (1) Dimensão da singularidade: resgate de autonomia no processo terapêutico, (2) Dimensão dos vínculos: construção corresponsável de autonomia, e (3) Dimensão social e política: Construção de autonomia em amplitude coletiva.

A segunda etapa corresponde à verificação de quais ações do quadro 01 são desenvolvidas nos serviços estudados e quais barreiras de construção de autonomia são encontradas. Essa verificação foi elaborada a partir da leitura exaustiva dos vinte e dois (22) estudos, e posteriormente sistematizado no quadro 03, apresentada nos resultados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apresentamos inicialmente os dados de identificação e publicação dos vinte e dois (22) estudos selecionados no quadro 02. Nele constam a formação do primeiro autor em nível de graduação, o ano de publicação, a revista na qual o estudo foi publicado, o título, a categorização/local do serviço de saúde e o objetivo do estudo.

Quadro 02: Dados de caracterização dos estudos selecionados

1º AUTOR/ FORMAÇÃO	ANO	REVISTA/B ASE DE DADOS	TÍTULO	LOCAL	OBJETIVO
1 RIBEIRO / Enfermagem	2019	Nursing research and education / BVS	Strategies of care for adolescent users of crack undergoing treatment	CAPS-AD e CAPSi interior RS	Analisar as estratégias de cuidado ao adolescente usuário de crack em tratamento
2 LAGO / Enfermagem	2018	International J. of Mental Health & Addiction / PSYCINFO	An exploration of the relation al autonomy of people with substance use disorders: Constraints and li mitations	CAPS AD na região norte	Analisar como pessoas que fazem uso abusivo de drogas exercem sua autonomia nos serviços de saúde mental
3 VASCONCEL OS / Psicologia	2018	Gerais (Univ. Fed. Juiz Fora) / BVS	O Cuidado aos Usuários de Drogas: entre Normatização e Negação da Autonomia	CAPS AD e CT - MG	Compreender as concepções de profissionais que atuam na Raps acerca do cuidado de pessoas com problemas devido ao uso de drogas
4 PEITER / Arquitetura, geografia	2018	Social science and medicine / PSYCINFO	Homeless crack cocaine users: Territories and territorialities in the constitution of social support networks for health	Consultório na Rua. Cidade Rio de Janeiro	Analisar como usuários de crack no RJ se relacionam com território e constroem redes de apoio com desafios e necessidades de saúde cotidianos.
5 SUBRINHO / Enfermagem	2018	Revista Saúde Sociedade (USP) / BVS	Cuidado ao consumidor de drogas: percepção de enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família	UBS em Vitória, ES	Compreender como enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família percebem o cuidado aos consumidores de drogas nas Unidades de Saúde
6 GALHARDI / Terapia Ocupacional	2018	Cadernos de Saúde Pública / BVS	O cotidiano de adolescentes em um Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas: realidades e desafios	CAPSad município interior de São Paulo	Compreender o cotidiano de adolescentes em relação às drogas no CAPSad e demais contextos pelos quais transitam, sob a ótica dos adolescentes
7 SANTOS/ Terapia Ocupacional	2018	Rev. Gaúcha Enferm BVS	Responsabilização e participação: como superar o caráter tutelar no CAPS- AD?	CAPS-ad de Ouro Preto/MG	Analisar o grau de responsabilização e participação do usuário em tratamento no CAPS-ad sob a perspectiva da política de redução de danos
8 LACERDA / Serviço Social	2017	Interface (Online) - WebOfScienc e	Significados e sentidos atribuídos ao CAPS-AD por seus usuários: estudo de caso	CAPS AD II Campinas/S P	Apresentar significados e sentidos atribuídos por usuários a um CAPSAD

9	PAULA / Psicologia	2017	Ciênc. saúde coletiva / Pubmed	Experiências de adolescentes em uso de crack e seus familiares com a atenção psicossocial e institucionalização	CAPS AD II, CAPSi II e abrigo de referência. Fortaleza/CE	Compreender as implicações da atenção psicossocial e da institucionalização no atendimento às necessidades de adolescentes em situação de uso de crack e de seus familiares
1 0	SILVEIRA / Enfermagem	2017	Ciênc. cuid. Saúde / BVS	Autonomia e reinserção social: percepção de familiares e profissionais que trabalham com RD	2 CAPS AD do extremo sul do Brasil	Identificar a percepção de familiares de dependentes de álcool e outras drogas e profissionais da saúde sobre concepções de autonomia e reinserção social que embasam a abordagem de RD
1 1	LAGO / Enfermagem	2017	Substance Ab use, treatment, prevention and policy / PUBMED	Harm reduction and tensions in trust and distrust in a mental health service: a qualitative approach	CAPS AD da região norte	Explorar as relações entre usuários, profissionais, familiares e sociedade sob ações e o olhar a respeito da redução de danos
1 2	NASI / Enfermagem	2015	Revista Cuidado é Fundamental / WEBOFSCIE NCE	O trabalho da equipe orientado pelas motivações dos usuários no CAPSad: estudo fenomenológico	CAPS ad III / Porto Alegre	Compreender o trabalho da equipe de um CAPSad orientado pelas motivações dos usuários
1 3	WANDEKOK EN / Enferma gem	2015	Rev. Subj. / BVS	Biopolítica na assistência aos usuários de álcool e outras drogas	CAPS AD	Analisar as estratégias biopolíticas que operam na assistência aos usuários de álcool e outras drogas
1 4	CARDOSO / ENFERMAG EM	2014	ALETHEIA BVS	A percepção dos usuários sobre a abordagem de álcool e outras drogas na atenção primária à saúde	UBSs Caxias do Sul/RS	Conhecer a percepção dos usuários sobre as ações desenvolvidas pelos profissionais da APS, visando identificar ações relevantes na abordagem do abuso de drogas
1 5	VASCONCEL OS / Enfermagem	2013	Rev. enferm. (UERJ) / BVS	Demandas de autocuidado em grupo terapêutico: educação em saúde com usuários de substâncias psicoativas	CAPS AD Recife	Identificação das demandas terapêuticas de autocuidado entre usuários de substâncias psicoativas por meio do grupo educação em saúde
1 6	ZANATTA / Enfermagem	2012	Revista Baiana de Saúde Pública	O CAPS AD sob a percepção do usuário	CAPS AD do Oeste de SC	Estudar as experiências dos usuários de um CAPSad e avaliar a importância do serviço na sua recuperação
1 7	MOURA / Terapia Ocupacional	2011	Saúde Mental Álcool e Drogas / BVS	Cuidado aos usuários de um CAPSAD: uma visão do sujeito coletivo	CAPS AD. Salvador	Analisar a percepção de usuários acerca do cuidado ofertado no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
1 8	GIFFONI / Medicina	2011	Rev. Latino Americana de Enfermagem / BVS	Terapia comunitária (TC) como recurso de abordagem do problema do abuso do álcool, na atenção primária	Quatro Varas Fortaleza – Atenção pri mária	Identificar potencialidades da TC como recurso de abordagem do abuso do álcool na atenção primária, sob a perspectiva de um usuário
1 9	OLIVEIRA / Enfermagem	2010	Ver. Terapia Ocupacional (USP)	Práticas Assistenciais no CAPS AD	CAPS AD da cidade de SP	Identificar e analisar as representações que os profissionais de um CAPSAD constroem acerca das práticas assistenciais desenvolvidas
2 0	PINHO / Psicologia	2009	Ver. Escola de Enfermagem (USP)	Reabilitação psicossocial dos usuários de álcool e	CAPS AD do estado de SP	Identificar as concepções de profissionais de um Centro para o tratamento dos problemas

				outras drogas: a concepção de profissionais de saúde		relacionados ao uso de álcool e outras drogas acerca da Reabilitação Psicossocial
2 1	MORAES / Psicologia	2008	Ciência e Saúde Coletiva / BVS	Modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais	2 CAPS AD Recife	Investigar a percepção de usuários, acompanhantes e profissionais, acerca do modelo de atenção à saúde de usuários de drogas
2 2	SOUZA / Enfe rmagem	2006	Saúde Mental, Álcool e Drogas / BVS	Vínculos e redes sociais de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas sob tratamento em CAPS AD	CAPS AD da região sul	Identificar as redes sociais e vínculos estabelecidos por sujeitos dependentes de substâncias psicoativas em tratamento num CAPS ad

Fonte: elaborado pelo autor

Esses 22 estudos abordaram serviços de atenção primária em saúde (unidades de saúde e consultório na rua) e de atenção especializada (CAPS AD). No quadro 03, a seguir, são apresentadas quais ações são desenvolvidas em cada local estudado.

A primeira coluna do quadro 03 diz respeito ao número do estudo; da segunda à quarta coluna estão as ações desenvolvidas, organizadas pelas três dimensões já apresentadas no quadro 01. A quinta coluna são as limitações encontradas em cada serviço. E na última coluna o serviço estudado foi categorizado de acordo com a dimensão da construção de autonomia que é preponderante.

Quadro 03: Conjunto de ações desenvolvidas pelos estudos

Nº Estu do	Resgate de autonomia	Construção corresponsável	Dimensão sócio-política	Dificuldades para a autonomia	Dimensão preponderant e
1	Atendimento em liberdade; acolhimento e profissional de referência; PTS; serviço territorial; realização de grupos e oficinas	Corresponsabilização no PTS; atividades territoriais; cuidado em rede; participação da família	Iniciativas de geração de emprego	Estabelecimento da rede; falta de profissionais; falta de estrutura	Construção corresponsável
2	Atendimento em liberdade; acolhimento e profissional de referência; serviço territorial; realização de grupos e oficinas	---	---	Abstinência; estabelecimento da rede; estigmatização por profissionais; falta de profissionais	Resgate de autonomia
3	Atendimento em liberdade; acolhimento e profissional de referência; PTS; serviço territorial;	Estratégias de RD	---	Estigmatização por profissionais; falta de profissionais	Resgate de autonomia
4	Atendimento em liberdade; acolhimento e profissional de referência; PTS; serviço	Corresponsabilização no PTS; cuidado em rede; estratégias de RD	---	Falta de estrutura	Construção corresponsável

	territorial; não obrigatoriedade de abstinência				
5	Atendimento em liberdade; acolhimento e profissional de referência; serviço territorial; não obrigatoriedade de abstinência; realização de grupos e oficinas	Cuidado em rede	---	Estigmatização por profissionais; estabelecimento da rede; falta de profissionais	Resgate de autonomia
6	Atendimento em liberdade; acolhimento e profissional de referência; Serviço Territorial; não obrigatoriedade de abstinência; Realização de grupos e oficinas	Corresponsabilização no PTS	---	Estabelecimento da rede; falta de profissionais; falta de estrutura	Resgate de autonomia
7	Atendimento em liberdade; acolhimento e profissional de referência; PTS; Serviço Territorial; Realização de grupos e oficinas	Atividades territoriais; cuidado em rede	Participação em associação de usuários	Abstinência	Resgate de autonomia
8	Atendimento em liberdade; acolhimento e profissional de referência; PTS; serviço territorial; realização de grupos e oficinas	Corresponsabilização no PTS; cuidado em rede	---	Estabelecimento da rede; falta de estrutura	Resgate de autonomia
9	Atendimento em liberdade; acolhimento e profissional de referência; PTS; serviço territorial; realização de grupos e oficinas	---	---	Estabelecimento da rede	Resgate de autonomia
10	Atendimento em liberdade; acolhimento e profissional de referência; PTS; serviço territorial; não obrigatoriedade de abstinência; realização de grupos e oficinas	Corresponsabilização no PTS; participação da família; estratégias de RD	Iniciativas de geração de emprego	Estabelecimento da rede; falta de profissionais; falta de estrutura	Resgate de autonomia
11	Atendimento em liberdade; acolhimento e profissional de referência; PTS; serviço territorial; realização de grupos e oficinas	Corresponsabilização no PTS; participação da família; estratégias de RD	---	Abstinência; estabelecimento da rede; falta de profissionais	Resgate de autonomia
12	Atendimento em liberdade; acolhimento e profissional de referência; PTS; Serviço Territorial; não obrigatoriedade de abstinência; Realização de grupos e oficinas	Corresponsabilização no PTS; participação da família	---	Estabelecimento da rede	Resgate de autonomia
13	Atendimento em liberdade; acolhimento e profissional de referência; PTS; serviço territorial; realização de grupos e oficinas	---	---	Abstinência; estabelecimento da rede; estigmatização por profissionais; falta de profissionais; falta de estrutura	Resgate de autonomia
14	Atendimento em liberdade; acolhimento e profissional de referência; PTS; serviço territorial; não obrigatoriedade	Corresponsabilização no PTS; atividades territoriais; cuidado em rede	---	Estabelecimento da rede	Construção corresponsável

	de abstinência; realização de grupos e oficinas				
15	Atendimento em liberdade; acolhimento e profissional de referência; PTS; serviço territorial; não obrigatoriedade de abstinência; realização de grupos e oficinas	Corresponsabilização no PTS; estratégias de RD	---	Falta de profissionais	Construção corresponsável
16	Atendimento em liberdade; acolhimento e profissional de referência; PTS; serviço territorial; não obrigatoriedade de abstinência; realização de grupos e oficinas	Corresponsabilização no PTS; estratégias de RD	Participação em associação de usuários	Abstinência; estabelecimento da rede	Resgate de autonomia
17	Atendimento em liberdade; acolhimento e profissional de referência; PTS; serviço territorial; não obrigatoriedade de abstinência; realização de grupos e oficinas	Corresponsabilização no PTS; cuidado em rede; estratégias de RD	---	Estabelecimento da rede	Construção corresponsável
18	Atendimento em liberdade; acolhimento e profissional de referência; PTS; serviço territorial; realização de grupos e oficinas	Cuidado em rede	---	Estabelecimento da rede	Resgate de autonomia
19	Atendimento em liberdade; acolhimento e profissional de referência; PTS; serviço territorial; não obrigatoriedade de abstinência; realização de grupos e oficinas	Corresponsabilização no PTS; estratégias de RD	---	Estabelecimento da rede; falta de profissionais; falta de estrutura	Construção corresponsável
20	Atendimento em liberdade; acolhimento e profissional de referência; PTS; serviço territorial; realização de grupos e oficinas	Corresponsabilização no PTS; atividades territoriais	Iniciativas de geração de emprego	Estabelecimento da rede	Resgate de autonomia
21	Atendimento em liberdade; acolhimento e profissional de referência; serviço territorial; realização de grupos e oficinas	Cuidado em rede; participação da família	---	Abstinência; estigmatização por profissionais; estabelecimento da rede; falta de profissionais; falta de estrutura	Resgate de autonomia
22	Atendimento em liberdade; acolhimento e profissional de referência; serviço territorial; realização de grupos e oficinas	---	---	Estabelecimento da rede; falta de profissionais; falta de estrutura	Resgate de autonomia

Fonte: Elaborado pelo autor

A partir dos resultados encontrados nessa revisão, elaboramos a descrição do conjunto das ações relativas à construção de autonomia que de fato vem ocorrendo nos serviços estudados, bem como suas limitações, que foi o objetivo proposto nesta pesquisa. Isso

possibilita destacar características da RAPS que vêm promovendo avanços ou retrocessos acerca desse processo.

Dentre as ações que sobressaem, estão as relativas à primeira dimensão, a da singularidade: resgate de autonomia no processo terapêutico. Essas ações, isto é, o cuidado em liberdade, o acolhimento e profissional de referência, o desenvolvimento do PTS, o atendimento em serviço territorial e a realização de grupos e oficinas foram encontradas para a maioria dos serviços. A não obrigatoriedade da abstinência foi o menos assinalado (11 estudos). Há também algumas ações relativas à segunda dimensão que constam em muitos serviços, como o fomento à corresponsabilização no processo terapêutico (13 estudos), o cuidado conjunto a outros dispositivos da rede (9 estudos) e as estratégias/oficinas de RD (8 estudos).

Na dimensão da construção de autonomia em âmbito sócio-político, quase não houve ações assinaladas, sendo somente cinco em serviços diferentes (iniciativas de trabalho/geração de renda e participação em associação de usuários, três e duas vezes, respectivamente). As dificuldades ou limites para desenvolver a construção de autonomia, entretanto, foram assinaladas em todos os serviços, destacando-se as dificuldades na “relação com dispositivos da rede intersetorial/falta de rede” e “falta de profissionais ou capacitação profissional”, assinaladas em 18 e 12 estudos, respectivamente.

Assim, constata-se que há importantes serviços consolidados no país, promovendo diversas ações de cuidado, com vistas a construir a autonomia dos sujeitos por meio do cuidado em saúde. Há um conjunto de práticas coeso às bases teóricas do paradigma psicossocial que fundamentam esses serviços. Entretanto, em muitos ainda se preza pela abstinência e ocorre uma compreensão limitada dessas bases teóricas pelos profissionais. Constituem essas ações os serviços territoriais, funcionando de portas abertas e promulgando o cuidado em liberdade, por meio de equipes interdisciplinares.

Resguardando as especificidades de cada serviço (CAPSAD e os serviços de AB), a maioria dos serviços analisados desenvolvem tais ações, sendo que essas demonstram ser primordiais para que os usuários os considerem locais de cuidado e nos quais possam depositar confiança, de maneira que haja tanto o acolhimento das necessidades imediatas de saúde quanto o acompanhamento contínuo.

Entretanto, a construção de autonomia, para o paradigma psicossocial, não deve se realizar somente no interior dos serviços. Estes detêm sua imersão geográfica no território justamente para articula-lo, descobrir e intensificar vínculos já estabelecidos, bem como criar

novas possibilidades de redes de apoio, criar dispositivos de garantia de direitos, de lazer, arte e cultura (AMARANTE e LANCETTI, 2006; YASUI, 2006). Ainda, os serviços devem articular ações de geração de emprego e renda aos dispositivos da RAPS e integrar as famílias dos usuários nas instituições concernentes ao processo terapêutico. Isso possibilita que o usuário, que muitas vezes tem que lidar com a estigmatização, possa fazer parte do meio social, para desenvolver essa autonomia proporcionada pelo resgate de valor e autocuidado ocorrido no interior dos serviços (ROTELLI, 1990).

Assim, ao se olhar para o quadro de sistematização das ações, e se considerar as reflexões anteriores, verifica-se que as ações de uma autonomia relacional decaem em relação às ações da dimensão da valorização da singularidade. A construção de autonomia na dimensão sócio-política, que é a dimensão do desenvolvimento de cidadania no seio da sociedade, é praticamente inexistente.

Portanto, as ações dos serviços que os usuários expressam que desenvolvem sua autonomia, como o acolhimento, o PTS e os grupos de caráter não obrigatório, ganham destaque e representam imenso avanço em comparação às abordagens baseadas na reclusão e objetificação. Isso está de acordo com que expressam outros autores, de que os usuários se sentem acolhidos e num processo de cuidado territorial, com projetos terapêuticos adequados (SENA, 2010; BORGES e SCHNEIDER, 2018). A noção de respeito às escolhas e, também, as características da segunda dimensão de autonomia, como o cuidado em rede, possibilitam a corresponsabilidade do tratamento, o que preconiza a literatura (KINOSHITA, 2001; MERHY, 2002).

A não obrigação é um fator importante também para que o processo terapêutico se desenvolva pois permite a continuidade de vínculos, algo que transcorre muito no atendimento aos usuários pelo consultório na rua (LONDERO et al, 2014; BITTENCOURT et al, 2019). E a própria noção de conquista de seu espaço e vínculos, mesmo que em condições que tragam vulnerabilidades, demonstra que os indivíduos têm receio de retornar a uma vida que também detinha muitas dificuldades, como relações familiares violentas, vínculos empregatícios adoecedores, pobreza etc (LONDERO et al, 2014; PAULA et al, 2014).

Assim, quando a abordagem aos usuários constrói vínculos de confiança, eles reconhecem a importância do serviço, pois profissionais e usuários relatam, nos estudos abordados, que a estigmatização devido ao uso abusivo é real e traz perdas concretas, como emprego, vínculos familiares, bens materiais, para além das dificuldades de saúde, fazendo com

que os usuários queiram aderir ao processo terapêutico. Isto é, respeito e construção corresponsável são preceitos fundamentais, como preponderam Onocko-Campos e Campos (2006).

Outra ação importante vinculada à valorização do usuário e à corresponsabilidade é a organização coletiva do serviço (BASAGLIA, 1985; SARACENO, 2001; JUNQUEIRA et al, 2015). Exemplos são as discussões em assembleias, o desenvolvimento conjunto de oficinas, nas quais os próprios usuários podem resgatar e compartilhar seus valores e conhecimentos (sobre música, poesia e outras artes, trabalhos com informática, marcenaria, fotografia...), o desenvolvimento de eventos, como seminários (sobre saúde e drogas, sobre a cidade e o território...) e eventos comemorativos (o dia de luta antimanicomial, festas junina, natal etc). Entretanto, são ações muito pouco executadas, conforme evidenciado no quadro de sistematização e também encontrado em demais estudos (GODOY et al, 2012; MARTINS, 2015; TIBIRIÇÁ et al, 2019).

Asseveramos ainda os grupos que abordam a RD, nos quais há a educação coletiva sobre as drogas e a relação com os cuidados de saúde e redução de riscos sociais, com o compartilhamento inclusive dos conhecimentos dos próprios usuários. Os usuários compartilham não só as experiências com o uso de drogas, mas também sobre dificuldades no território, sobre a violência, e sobre o acesso à saúde (GOMES e VECCHIA, 2018). Os grupos são especialmente importantes nas unidades de saúde, nas quais o acompanhamento dificilmente ocorre cotidianamente ou várias vezes na semana. Assim, esses grupos possibilitam superar certas iniquidades em saúde, também aumentando o grau de autoestima e autonomia nos processos de vida diários (VASCONCELOS et al, 2013).

A noção da autonomia relacional é também destacada nos estudos por meio da imersão dos usuários numa rede de apoio externa, inclusive porque mesmo indo aos serviços eles não deixam de ter uma rede territorial de vínculos (LACERDA, 2010; PEITER et al, 2018). Porém é uma dimensão que enfrenta muitas dificuldades, tanto pela falta de relação entre os dispositivos da rede, quanto pela dificuldade de os profissionais estarem no território fortalecendo vínculos já estabelecidos. Destaca-se a necessidade de envolvimento da família por meio de associações e dos centros de convivência, bem como a ligação com instituições educacionais (sobretudo para os adolescentes) – mas são ações que tampouco ocorrem nos serviços estudados. O que se aproxima disso é a atuação dos profissionais dos NASF e agentes comunitários de saúde (OLIVEIRA e SANTOS, 2010; CARDOSO et al, 2014).

Logo, a falta de políticas relativas à trabalho e renda, à moradia, a falta de associações de usuários e familiares, a falta de iniciativas culturais territoriais nas quais os usuários sejam protagonistas, bem como as intervenções violentas no território por parte do poder público, esse conjunto representa a principal barreira, um evidente limite, da construção de autonomia pelas redes nas quais os dispositivos estão inseridos. E se levamos em conta a construção de autonomia enquanto processo, podemos considerar que neste existe uma lacuna. Como desenvolvido por Jervis (1975) e Sena (2010), o desenvolvimento de uma cidadania concreta ocorre na comunidade e sociedade em que as pessoas vivem e nas quais são marginalizadas.

Essa lacuna é significativamente aumentada com a falta de formação continuada em saúde nos preceitos e ações do paradigma psicossocial, em especial a redução de danos, impossibilitando por exemplo o desenvolvimento das oficinas de RD (COELHO e SOARES, 2014; ENGSTROM e TEIXEIRA, 2016). Disso decorre, também, a falta de crítica frente à centralidade dos diagnósticos e a noção de combate às drogas, o que acarreta na objetificação dos usuários pelos profissionais e o foco do tratamento na desintoxicação e na abstinência (ROSENSTOCK e NEVES, 2010; LIMA et al, 2015). Evidentemente é necessário expressar que isso é também decorrência da dificuldade em se trabalhar em equipes limitadas em número de profissionais e em serviços precários, conforme apontam Conejo (2017) e Bittencourt et al (2019).

Por fim, é possível considerar que a construção de vínculos corresponsáveis, ou seja, a efetiva participação dos usuários – assinalada em 13 estudos -, fortalece a noção de processo terapêutico, como trazem Ongaro (2018) e Basaglia (2010). Pois ao mesmo tempo em que diminui a diferença de poder entre usuários e técnicos de saúde, promove a construção de poder contratual, isto é, resgata valores de modo que se construa maior autoconfiança para desenvolver vínculos inclusive fora dos "espaços de tratamento". Entretanto, o desenvolvimento de vínculos externos, a dimensão da cidadania e da reinserção social, com participação nos processos de trocas coletivas – econômicas, políticas, afetivas... – é limitado pelo conjunto de dificuldades já abordado.

Essas limitações, portanto, muitas vezes impossibilitam uma transformação prática da vida dos usuários, fazendo-os dependentes dos CAPS e unidades de saúde – reoxigenando o processo conhecido como *revolving-door* ou carreira de internamento (ROTELLI, 1990); isto é, a falta de uma rede de serviços e profissionais preparada para continuar processos terapêuticos, bem como a não transformação das condições de reprodução da vida diária dos

usuários, faz com que estes muitas vezes retornem ao mesmo local de tratamento, com as mesmas demandas (WANDEKOKEN, 2015; LACERDA, 2017; SILVA et al, 2019; SANCHES e VECCHIA, 2020).

Pode-se compreender que essas dificuldades acarretam num limite para o desenvolvimento do projeto da reforma psiquiátrica como um todo. Pois a reforma psiquiátrica, em suas bases prático-conceituais – como a psiquiatria da desinstitucionalização (JERVIS, 1975; BASAGLIA, 1985) – buscara criar e proporcionar o desenvolvimento de uma rede territorial concreta, com dispositivos diversos espalhados pela cidade, tais como moradias, cooperativas de trabalho, e associações para produção sociocultural e expressão política. Isto é, elementos que segundo Rotelli (1990) são o objetivo e a prática da instituição inventada, que buscam o “reingressar no corpo social, consumo e produção, trocas, novos papéis, outros modos materiais de ser para o outro, aos olhos do outro” (ROTELLI, 1990, p. 95)

Assim como a RD, que se baseia no desenvolvimento de grupos de ajuda por pares e intervenções de autocuidado que são realizadas nos territórios pelos próprios usuários – tal como se desenvolve em outros países. Estas e outras ações são destacadas pelo estudo global sobre RD de 2018 da instituição holandesa Mainline. Dentre essas ações se notabiliza a necessidade de combater a pobreza, a violência com os usuários, o acesso precário a moradia e a oferta de serviços de aconselhamento e uso seguro (GOMES & VECCHIA, 2018, MAINLINE, 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desta revisão evidenciam um conjunto de ações para construção de autonomia que é contraditório e difuso. Existem ações que constroem autonomia e outras que asseveram o controle sobre os usuários. Ou seja, apesar da atualidade desta revisão, que aborda diferentes serviços de um novo paradigma no cuidado a usuários de drogas, os resultados apontam que continua a ocorrer a sobreposição da razão biomédica sobre o que é considerado o desvio, o descontrole, a loucura.

Foi identificado a falta de participação dos usuários na organização dos serviços, os quais detêm regras impostas, mesmo que haja certa autonomia para participação de grupos e oficinas, e com projetos terapêuticos singulares. Ainda, o conjunto de ações para construção de autonomia se realiza no interior desses serviços. Isto é, quase não existem ações intersetoriais e tampouco participação em instâncias comunitárias e políticas, como associações de usuários

e conselhos de saúde e assistência social. O que a literatura pesquisada demonstra é que ainda existe a preponderância da dimensão individual, velada e organizada, mesmo que com a ideia de tratamento terapêutico, em detrimento da corresponsabilidade e sobretudo da participação sócio-política.

Notabiliza-se que mesmo que existam na rede brasileira dispositivos de moradia e reinserção social para além dos CAPS, tais como os Serviços Residenciais Terapêuticos, os Centros de Convivência e as Unidades de Acolhimento, estes não estão sendo desenvolvidos e utilizados como preconiza a política de cuidado. São serviços cruciais para a construção de autonomia e o combate à estigmatização e marginalização dos usuários de drogas, mas esta revisão evidencia sua inserção, asseverando a carência de uma intersetorialidade efetiva pela própria RAPS. Logo, o papel central do CAPS, de realizar o matriciamento junto aos demais dispositivos, tampouco tem ocorrido como preconiza a política de saúde mental e drogas.

Ainda assim, as ações específicas desenvolvidas por CAPSAD e serviços de atenção primária demonstram ser fundamentais para ocorrer o início do resgate de autonomia e valorização dos usuários, frente à estigmatização e marginalização. O trabalho de equipes NASF, dos ACS e dos consultórios na rua, possibilitam um cuidado muito próximo à realidade dos usuários e suas famílias, realizam a garantia de certos direitos, a mediação de conflitos familiares, e por vezes o acolhimento com base na redução de danos. Esse conjunto possibilita o acompanhamento em saúde que muitas vezes é dificultado pelo receio dos usuários em acessarem os serviços pelo simples fato de utilizarem drogas, o que demonstra a intensidade do preconceito e do estigma que ainda enfrentam no seu cotidiano.

O cuidado sendo realizado no espaço interno, institucional, aliado à carência da intersetorialidade, reforça a dependência que a própria política cria para os usuários em torno de serviços específicos. O espaço da reclusão que era reservado para o considerado viciado foi expandido; mas continua a ser separado do convívio social, e no qual a instituição psiquiátrica ainda dita as palavras e ações com os quais se permite se expressar e viver. As necessidades das pessoas em tratamento são abordadas de forma fragmentada, ao invés da integralidade, como preconiza o sistema de saúde, levando a RAPS a promover uma capilarização das formas de controle, perpetuando em parte a lógica cronificante das instituições totais.

Fica evidente a partir desta revisão que, para que ocorra a diretriz da construção de autonomia, é necessário maior investimento na rede de atenção psicossocial, para ocorrer de fato o combate à marginalização dos usuários que fazem uso abusivo de drogas. Para além dos

CAPS e unidades de saúde, é necessário o investimento nos dispositivos que possibilitem a promoção da saúde, com moradia de qualidade, com emprego, com possibilidades de se apropriar do que o ser humano já produziu, para além de vidas marcadas pelos impactos de uma sociedade que adocece.

É necessário apoiar a construção dessa lógica de cuidado em nível social, uma sociedade que receba e construa junto ao excluído condições materiais nas quais possa reconstituir sua vida. Os dispositivos/ações de cuidado, mais do que estarem geograficamente fora dos muros brancos e intransponíveis das instituições totais, devem fazer parte da transformação social, constantemente em busca de autonomia.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. D. C. **Avaliação dos Novos Serviços de Saúde Mental: Em Busca de Novos Parâmetros.** Revista saúde em debate, londrina, v. 52, p. 74-83, 1996

AMARANTE, P. e LANCETTI, A. **Saúde mental e saúde coletiva.** In G. Campos et al. (Orgs), Tratado de saúde coletiva. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz. p. 615-634, 2006

BASAGLIA, F. **As Instituições da Violência.** In: Basaglia, F. (org). A instituição negada. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1985.

BASAGLIA, F. **A Utopia Da Realidade.** In: Amarante (org). Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Garamond, p. 225-236, 336 p. 2010

BITTENCOURT, M et al . **Consultório na rua: as práticas de cuidado com usuários de álcool e outras drogas em Macapá.** Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro , v. 23, n. 1, e20180261, 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.** Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

BRASIL. **Lei nº 11.343**, de 23 de agosto de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria Nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011.

BRASIL. **Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde.** Material Técnico desenvolvido por MEDEIROS, P. F. P. ; GARCIA, L. S. L. ; KINOSHITA, R. T. ; SANTOS, P. S. ; HAYASHIDA, G. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Florianópolis: UFSC. 2017

BRITES, C. **Política de Drogas no Brasil: usos e abusos**. In: Drogas no Brasil: entre a saúde e a justiça. Proximidades e opiniões. Org. Vilma Bokany. SP: Ed. Fundação Perseu Abramo. 221 p. 2015

BUSS, P M. **Promoção da saúde e qualidade de vida**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000

CAMPOS, G W; BARROS, R B; CASTRO, A M. **Avaliação de política nacional de promoção da saúde**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 745-749, Sept. 2004

CARDOSO, M P et al. **A percepção dos usuários sobre a abordagem de álcool e outras drogas na atenção primária à saúde**. Aletheia, Canoas, n. 45, p. 72-86, dez. 2014

COELHO, H V; SOARES, C B. **Práticas na Atenção Básica voltadas para o consumo prejudicial de drogas**. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 48, n. sep, p. 111-119, Aug 2014

CONEJO et al. **Contribuindo para a construção da autonomia com profissionais que atuam com usuários de drogas: uma análise de dois projetos de intervenção no maior polo manicomial do Brasil**, pg 17 a 44. In: Drogas e direitos humanos: caminhos e cuidados/org: Garcia, M V; Conejo, S P e Melo, T M; Holambra, SP: Editora. Set, 2017

CZERESNIA, D. **O Conceito de Saúde e a Diferença entre Prevenção e Promoção**. In: Czeresnia D, Freitas CM (org.). Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz. P. 43-58, 176 p. 2003

ENGSTROM, E M; TEIXEIRA, M B. **Equipe “Consultório na Rua” de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1839-1848, Jun 2016

ERCOLE, F F; MELO, L S; ALCOFORADO, C C. **Revisão integrativa versus revisão sistemática**. Revista Mineira de Enfermagem, v. 18, n. 1, p. 9-12, 2014

FLEURY-TEIXEIRA, P et al. **Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 2115-2122, Dec. 2008

GODOY, M C et al . **O compartilhamento do cuidado em saúde mental: uma experiência de cogestão de um centro de atenção psicossocial em Fortaleza, CE, apoiada em abordagens psicossociais**. Saude soc., São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 152-163, May 2012

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

GOMES-MEDEIROS, D et al. **Política de drogas e Saúde Coletiva: diálogos necessários**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 35, n. 7, 2019

- HART, C. **Guerra às Drogas: por que não tentar diferente depois de tanto fracasso?** Reportagem CartaMaior, 2014. Acesso: <https://www.cartamaior.com.br/?/Editoria/Direitos-Humanos/Guerra-as-drogas-por-que-nao-tentar-o-diferente-depois-de-tanto-fracasso-/5/30923>
- JERVIS, G. *Manuale critico di psichiatria*. Milano: Feltrinelli. 1975
- JUNQUEIRA, A; CARNIEL, I C; MANTOVANI, A. **As assembléias como possibilidades de cuidado em saúde mental em um CAPs**. Vínculo, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 31-40, 2015
- KINOSHITA, R. T. **Contratualidade e reabilitação psicossocial**. In: PITTA, A. (Org). Reabilitação psicossocial no Brasil. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 55-59
- LACERDA, A. **Redes de apoio social no Sistema da Dádiva: um novo olhar sobre a integralidade do cuidado no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde**. 2010. 204 f. Tese - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010
- LACERDA, C; FUENTES-ROJAS, M. **Significados e sentidos atribuídos ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) por seus usuários: um estudo de caso**. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 21, n. 61, p. 363-372, Jun 2017
- LIMA, A; DIMENSTEIN, M; MACEDO, J P. **Consumo de álcool e drogas e o trabalho do psicólogo no núcleo de apoio à saúde da família**. Psicol. pesq., Juiz de Fora, v. 9, n. 2, p. 188-197, dez. 2015
- LONDERO, M; CECCIM, R; BILIBIO, L. **Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde**. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 18, n. 49, p. 251-260, June 2014
- MACHADO, L; BOARINI, M. **Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos**. Psicol. cienc. prof. [online]. vol.33, n.3, pp.580-595. 2013
- MARTINS, J. **CAPS AD III entre a cor cinza da técnico-burocracia e as cores vibrantes que articulam clínica e política**. 2015. 189 f. Dissertação - Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2015
- MASSUDA, A. **Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1181-1188, Apr. 2020
- MAINLINE. *Speed Limits – Harm Reduction for People Who Use Stimulants*. 150 p. 2018
Acesso em: <https://idpc.net/publications/2018/09/speed-limits-harm-reduction-for-people-who-use-stimulants>
- MINAYO, M C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Livro. 11. ed. São Paulo (SP): Hucitec. 2008

MERHY, E. E. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde.** In E. E. Merhy, & R. Onocko (Orgs.), *Agir em saúde: Um desafio para o público* (2a ed., pp. 71-112). São Paulo: Hucitec. 2002

OLIVEIRA, E. M. de; Santos, N. T. V. (2010). **A rede de assistência aos usuários de álcool e outras drogas - Em busca da integralidade.** In L. M. B. Santos (Org.), *Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas.* Porto Alegre, RS: Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul.

ONGARO-BASAGLIA, F. **Rovesciamento Istituzionale e Finalità Comune.** In: BASAGLIA, F. *L'istituzione Negata.* Ed: Baldini Castoldi. Milano, 447 p. 2018

ONOCKO CAMPOS, R.; CAMPOS, G. W. S. **Co-construção de autonomia: o sujeito em questão.** In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND J. M.; CARVALHO, Y. M. (orgs). *Tratado de Saúde Coletiva.* Rio de Janeiro, Fiocruz. p.669-688. 2006

PAIM, J.S.; FILHO, N. A. **A Crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva.** Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000

PASSOS, E.; SOUZA, T. **Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de "guerra às drogas".** *Psicol. Soc.* vol.23 no.1 Florianópolis Jan./Apr. 2011

PAULA, M et al. **Assistência ao usuário de drogas na atenção primária à saúde.** *Psicol. estud.* Maringá, v. 19, n. 2, p. 223-233, June 2014

PEITER, P et al. ***Homeless crack cocaine users: Territories and territorialities in the constitution of social support networks for health.*** *Social Science & Medicine*, v. 227, p.1 11-118, 2019

RIBEIRO, F. M. L. e MINAYO, M. C. S. **As mudanças na política brasileira de drogas: o avanço da lógica da justiça sobre a saúde.** *Revista Cultura y Droga*, 25 (29), 17-39. 2020

ROSENSTOCK, K; NEVES, M. **Papel do enfermeiro da atenção básica de saúde na abordagem ao dependente de drogas em João Pessoa, PB, Brasil.** *Rev. bras. enferm.* Brasília, v. 63, n. 4, p. 581-586, Aug. 2010

ROTELLI, F. **A instituição inventada.** In: *Desinstitucionalização.* Org: ROTELLI, F; LEONARDIS, Ota; MAURI, Diana; RISIO, C. São Paulo: Hucitec, 1990

SANCHES, L; VECCHIA, M. **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, 2020

SANTOS, V; SOARES, C. B. **O consumo de substâncias psicoativas na perspectiva da saúde coletiva: uma reflexão sobre valores sociais e fetichismo.** *Saúde & Transformação Social*, v. 4, p. 38-54, 2013

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

SILVA, L; ALMEIDA, A; AMATO, T. **A perspectiva dos profissionais sobre o processo de alta de pacientes do Caps-AD: critérios e dificuldades**. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 43, n. 122, p. 819-835, Set. 2019

SILVA, T et al. **Política Nacional de Atenção Básica 2017: implicações no trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 44, n. 124, p. 58-69, Mar. 2020

SOARES, C B et al. **Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem**. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 335-345, Apr. 2014

SOARES, C. B. **Consumo contemporâneo de drogas e juventude: a construção do objeto na perspectiva da saúde coletiva**. Tese de doutorado em Livre-Docência, Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo. 2007

SOUZA, M T; SILVA, M; CARVALHO, R. **Revisão integrativa: o que é e como fazer**. Einstein (São Paulo), São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, Mar. 2010

SOUZA, D R et al. **Resistências dos profissionais da atenção psicossocial em álcool/drogas à abordagem de redução de danos**. *Journal of Nursing and Health*, 7, 16-24 2017

STETLER CB et al. **Utilization-focused integrative reviews in a nursing service**. Appl Nurs. Res. 1998;11(4):195-206

TEIXEIRA, M et al. **Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016**. Ciênc. saúde coletiva [online]. vol.22, n.5, 2017

TIBIRICA, V; LUCHINI, E; ALMEIDA, C. **Perspectiva do usuário de drogas sobre seu tratamento e a rede de atenção psicossocial**. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.), Ribeirão Preto, v. 15, n. 4, p. 1-9, dez. 2019

VASCONCELOS, S.C. et al. **Demandas de autocuidado em grupo terapêutico: educação em saúde com usuários de substâncias psicoativas**. Rev. Enferm. UERJ, v. 21, n.1, p. 79- 83, Jan/mar 2013

WANDEKOKEN, K; QUINTANILHA, B; DALBELLO-ARAUJO, M. **Biopolítica na assistência aos usuários de álcool e outras drogas**. Rev. Subj., Fortaleza, v. 15, n. 3, p. 389-397, dez. 2015

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro. 151 p. 2006

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa se propôs a caracterizar o processo de construção de autonomia nos serviços públicos brasileiros de cuidado em saúde a pessoas que fazem uso abusivo de drogas, por meio de revisão integrativa de literatura. Foi possível identificar um conjunto de práticas, executadas em serviços de atenção primária e serviços de atenção especializada em saúde mental e drogas, que desenvolvem a autonomia dos usuários em seu processo terapêutico; mas também foram encontradas barreiras para esse processo se desenvolver da maneira como é preconizado pelas políticas e teorias que fundamentam o campo.

Foi encontrado que o cuidado em serviços territoriais, por meio de equipe interdisciplinar que desenvolve projetos terapêuticos que levam em conta as necessidades singulares dos sujeitos, são fundamentais para o início da construção de autonomia. Há inclusive a atenção a necessidades básicas em saúde, como alimentação e higiene, o atendimento pela psicologia, enfermagem e demais profissões de equipe interdisciplinar. Esse conjunto, que denominamos primeira dimensão de construção de autonomia, refere-se teoricamente como resgate de valor e poder contratual, realizado pela aplicação das tecnologias leves de cuidado.

A construção de autonomia se aprofunda por meio das oficinas e grupos, como de RD nas quais há o compartilhamento coletivo do conhecimento sobre o uso e suas dificuldades pessoais e sociais; oficinas que buscam desenvolver também o resgate das potencialidades individuais, seja por ofícios, pelo esporte ou pela arte. Existe a ampliação da autonomia, também, ao se realizar o atendimento de forma intersetorial, com serviços da assistência social e instituições educacionais, bem como atividades territoriais, por meio de praças, teatros etc. A esse conjunto denominamos dimensão corresponsável.

Entretanto, essa segunda dimensão se desenvolve de maneira muito mais limitada do que as ações da dimensão do resgate de valor e poder contratual. Foi encontrado que a principal dificuldade da RAPS corresponde à carência de profissionais e serviços para executar um cuidado em rede. Mesmo que haja avanço pelos serviços específicos, essas limitações dificultam que o cuidado abranja atividades executadas conjuntamente a centros de convivência, instituições educacionais e de promoção de emprego e renda. Portanto, as atividades próprias para que a construção de autonomia ocorra de forma ampla, com

participação social efetiva e política dos usuários (que denominamos de terceira dimensão desse processo), praticamente não ocorrem.

Considera-se necessário, portanto, maior investimento na rede de atenção psicossocial para intensificar o combate à vida que é levada às margens da sociedade pelos usuários dos serviços. É necessário um cuidado integral, que acione diversos pontos das redes de apoio das cidades, para que os usuários não se considerem desamparados, sem poder sobre si e suas condições de vida, que são consequências da organização social na qual estão inseridos.

Outra contribuição desta pesquisa, correspondente aos objetivos específicos, é a identificação de que a construção de autonomia é conceito proveniente de diversos arcabouços teóricos e detém diferentes acepções. Dentre esses arcabouços, foram encontrados conceitos da redução de danos, da promoção da saúde, da teoria das redes de suporte, teoria do autocuidado em enfermagem e dos campos teórico da saúde coletiva e da atenção psicossocial. O que vai de encontro a o que afirmara Amarante (2007), de que o campo psicossocial é um processo em curso, que tem a potencialidade de agregar contribuições teórico-práticas críticas ao paradigma institucional-biomédico no campo da saúde mental e drogas.

Esta pesquisa contribui, portanto, tanto no campo prático quanto teórico. Pois possibilitou um panorama acerca das ações executadas pela RAPS, apontando quais práticas e investimentos são necessários serem desenvolvidos, frente ao desmantelamento da política de saúde mental e drogas do país. Além de ter possibilitado uma sistematização conceitual da construção de autonomia, que evidencia o desenvolvimento teórico do conceito e também propicia embasamento para avaliações de suas transformações.

É possível considerar a necessidade de se contrapor às políticas que não constroem autonomia de usuários, profissionais e da rede em geral, como as políticas de guerra às drogas. Isto é, políticas que como expressa Lancetti (2015) são da ordem da “contrafissura” – uma maneira alarmista e confusa, que ao considerar as drogas um problema relacionado a descontrole biológico, tráfico e violência, busca resolver questões complexas com políticas imediatistas, que escondem interesses econômico-políticos. O que leva à defesa de focalizar o tratamento em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas.

Como limitação deste estudo, aponta-se a pouca diversidade de dispositivos de cuidado com a qual foi feita a análise (somente Unidades de saúde, consultório na rua e CAPSAD); bem como o próprio conjunto de estudos selecionados, que podemos considerar que não é vasto se

levado em conta as dimensões de nosso país. Isso, entretanto, pode apontar a pouca produção científica de avaliação dos serviços da rede de atenção psicossocial.

Desta forma, esperamos que os conhecimentos aqui produzidos possibilitem melhor compreensão dos caminhos possíveis para o cuidado a usuários de drogas, para o desenvolvimento de políticas que transformem o lugar social aos quais essas pessoas estão simbolicamente e geograficamente submetidas. Esperamos, também, que esta pesquisa suscite a realização de novas investigações dos locais de cuidado e da RAPS, e que motivem os desenvolvedores de políticas públicas a intensificarem a aplicação das noções do paradigma psicossocial.

REFERÊNCIAS

ALVES, V. **Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas:** discursos políticos, saberes e práticas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2309-2319, Nov 2009

AMARANTE, P. D. C. **Avaliação dos Novos Serviços de Saúde Mental:** Em Busca de Novos Parâmetros. Revista saúde em debate, londrina, v. 52, p. 74-83, 1996

AMARANTE, P. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da Reforma Psiquiátrica. In: FLEURY, S(Org.). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997

AMARANTE, P. **Loucos pela vida:** a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998

AMARANTE, P. Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In: FERNANDES, Maria Inês Assumpção; SCARCELLI Ianne Régia & COSTA, Eliane Silvia (org.). *Fim de Século: ainda manicômios?* São Paulo: IPUSP, p. 47-52. 1999.

AMARANTE, P. e LANCETTI, A. **Saúde mental e saúde coletiva.** In G. Campos et al. (Orgs), *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz. p. 615-634, 2006

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

BARROS, D. D. **Jardins de Abel** – Desconstrução do Manicômio de Trieste. São Paulo: Edusp/Lemos Editorial, 1994

BASAGLIA, F. **As Instituições da Violência.** In: Basaglia, F. (org). *A instituição negada*. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1985

BASAGLIA, F. **A Utopia Da Realidade.** In: Amarante (org). *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond, p. 225-236, 336 p. 2010a

BASAGLIA, F. **Loucura/delírio.** In: *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Amarante, P (org.). Melo, J (trad). Rio de Janeiro: Garamond., P 259-298, 2010b

Brasil. **PORTARIA Nº 336, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002**

BRASIL. **Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde.** Material Técnico desenvolvido por MEDEIROS, P. F. P. ; GARCIA, L. S. L. ; KINOSHITA, R. T. ; SANTOS, P. S. ; HAYASHIDA, G. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Florianópolis: UFSC. 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde; 2003. [Série E, Legislação de Saúde]

BRASIL. **Lei nº 11.343**, de 23 de agosto de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Portaria nº 4.279, de 30/12/2010. 2010

BRASIL. Ministério da Cidadania. **Ampliação de vagas em CTs**. Notícia disponível em: <http://mds.gov.br/area-de-imprensa/noticias/2019/dezembro/ministerio-da-cidadania-quer-ampliar-pela-segunda-vez-no-ano-as-vagas-em-comunidades-terapeuticas>. 2019

BRITES, C. **Política de Drogas no Brasil: usos e abusos**. In: Drogas no Brasil: entre a saúde e a justiça. Proximidades e opiniões. Org. Vilma Bokany. SP: Ed. Fundação Perseu Abramo. 221 p. 2015

BUSS, P M. **Promoção da saúde e qualidade de vida**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Editora Hucitec, 2000.

CAMPOS, G W; BARROS, R B; CASTRO, A M. **Avaliação de política nacional de promoção da saúde**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 745-749, Sept. 2004

CARVALHO, S. **As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 669-678, Sept. 2004

CONEJO et al. **Contribuindo para a construção da autonomia com profissionais que atuam com usuários de drogas: uma análise de dois projetos de intervenção no maior polo manicomial do Brasil**, pg 17 a 44. In: Drogas e direitos humanos: caminhos e cuidados/org: Garcia, M V; Conejo, S P e Melo, T M; Holambra, SP: Editora. Set, 2017

COSTA-ROSA, A., LUZIO, C. A., YASUI, S. **Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva**. In P.D.C. Amarante (Org.). Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial (pp. 13-44). Rio de Janeiro: Nau Editora. 2003

COSTA-ROSA, A. **A instituição de saúde mental como dispositivo social de produção de subjetividade**. Estud. psicol. (Campinas), Campinas, v. 29, n. 1, p. 115-126, Mar. 2012

COSTA, P. H. A et al. **Desatando a trama das redes assistenciais sobre drogas: uma revisão narrativa da literatura**. Ciência e Saúde Coletiva (Impresso), v. 20, p. 395-404, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA et al. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017** / Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de

Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão / Ministério Público Federal; – Brasília DF: CFP, 2018.

CZERESNIA, D. **O Conceito de Saúde e a Diferença entre Prevenção e Promoção.** In: Czeresnia D, Freitas CM (org.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências.* Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz. P. 43-58, 176 p. 2003

DESVIAT, M. **A reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1999.

FONSECA, E.M. **Políticas de redução de danos ao uso de drogas: o contexto internacional e uma análise preliminar dos programas brasileiros.** 2005. 112p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005

FOUCAULT, M. **História da loucura na Idade Clássica.** São Paulo: Perspectiva, 1972

IORE, M. **A medicalização da questão do uso de drogas no Brasil: reflexões acerca de debates institucionais e jurídicos.** In: CARNEIRO, H.; VENANCIO, R.P (Orgs.). *Álcool e drogas na História do Brasil.* São Paulo: Alameda, 2005.

FLEURY-TEIXEIRA, P et al. **Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde.** *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 2115-2122, Dec. 2008

FRAYZE-PEREIRA, J. A. **O que é loucura.** São Paulo: Abril Cultural: Brasiliense, 1982.

GOMES-MEDEIROS, D et al. **Política de drogas e Saúde Coletiva: diálogos necessários.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 7, 2019

HART, C. **Guerra às Drogas: por que não tentar diferente depois de tanto fracasso?** Reportagem CartaMaior, 2014. Acesso: <https://www.cartamaior.com.br/?/Editoria/Direitos-Humanos/Guerra-as-drogas-por-que-nao-tentar-o-diferente-depois-de-tanto-fracasso-/5/30923>

KINOSHITA, R.T. **Em busca da cidadania.** In CAMPOS, F.C.B. & HENRIQUES, C.M.P. (orgs.) *Contra a maré à beira mar.* São Paulo: HUCITEC, 1997

KINOSHITA, R. T. **Contratualidade e reabilitação psicossocial.** In: PITTA, A. (Org). *Reabilitação psicossocial no Brasil.* 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 55-59

Kinoshita, R. **Saúde Mental e a Antipsiquiatria em Santos: vinte anos depois.** *Cad. Bras. Saúde Mental*, Vol 1, no1, jan-abr. 2009

LEONARDIS, O. de; MAURI, D; ROTTELI, F. In: NICÁCIO, M. F. (Org.). **Prevenir a prevenção.** São Paulo: Hucitec, 1990

MACHADO, A; MIRANDA, P. **Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública.** *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 801-821, Set. 2007

- MACHADO, L; BOARINI, M. **Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos.** Psicol. cienc. prof. [online]. vol.33, n.3, pp.580-595. 2013
- MARTINS, M; ASSIS, F; BOLSONI, C. **Ressuscitando a indústria da loucura?!** Interface (Botucatu), Botucatu, v. 23, e190275, 2019
- MERHY, E. E. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde.** In E. E. Merhy, & R. Onocko (Orgs.), Agir em saúde: Um desafio para o público (2a ed., pp. 71-112). São Paulo: Hucitec. 2002
- NICÁCIO, M. F. **O processo de transformação da saúde mental em santos: Desconstrução de saberes, instituições e cultura.** São Paulo, 1994. 193p. Dissertação (Mestrado em ciências sociais) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. 1994
- OLIVEIRA, E. M. de; Santos, N. T. V. **A rede de assistência aos usuários de álcool e outras drogas - Em busca da integralidade.** In L. M. B. Santos (Org.), Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas. Porto Alegre, RS: Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul. 2010
- ONOCKO CAMPOS, R.; CAMPOS, G. W. S. **Co-construção de autonomia: o sujeito em questão.** In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND J. M.; CARVALHO, Y. M. (orgs). Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, Fiocruz. p.669-688. 2006
- PAIM, J.S.; FILHO, N. A. **A Crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva.** Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000
- PAIM, JS. **Nova Saúde Pública ou Saúde Coletiva?** In: Desafios para a saúde coletiva no século XXI [online]. Salvador: EDUFBA, pp. 139-153. ISBN 978-85-232-1177-6. 2006
- PASSOS, E.; SOUZA, T. **Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de "guerra às drogas".** Psicol. Soc. vol.23 no.1 Florianópolis Jan./Apr. 2011
- Petuco, D. R. S. **Era uma vez: uma pequena história do cuidado e das políticas públicas dirigidas a pessoas que usam álcool e outras drogas.** In M. B. Teixeira & Z. Fonseca (Orgs.). Saberes e práticas na Atenção Primária à Saúde: cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas (pp. 179-200). São Paulo: Hucitec. 2015
- RESENDE, H. **Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica.** In: COSTA, N.R. e TUNDIS, S.A. (org.) Cidadania e Loucura - Políticas de Saúde Mental no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1987
- ROTELLI, F. **A instituição inventada.** In: Desinstitucionalização. Org: ROTELLI, F; LEONARDIS, Ota; MAURI, Diana; RISIO, C. São Paulo: Hucitec, 1990
- ROTELLI, F.; LEONARDIS, O. de; MAURI, D. **Desinstitucionalização: uma outra via.** In: NICÁCIO, M. F. (Org.). Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec, 1990.

SANCHES, L; VECCHIA, M. **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, 2020

SANTOS, V; SOARES, C. B. **O consumo de substâncias psicoativas na perspectiva da saúde coletiva: uma reflexão sobre valores sociais e fetichismo.** Saúde & Transformação Social, v. 4, p. 38-54, 2013

SANTOS VE, SOARES CB, CAMPOS CMS. **Redução de danos: análise das concepções que orientam as práticas no Brasil.** Physis (Rio J.); 20:995-1015. 2010

SENA, J. **Produção do Cuidado no Centro De Atenção Psicossocial de Fortaleza – Ce: Limites e Desafios na Construção da Autonomia do Usuário.** Dissertação, UEC. 2010

SOARES, J; CAMARGO JR., KR. **A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde.** Interface (Botucatu), Botucatu, v. 11, n. 21, p. 65-78, Apr. 2007

SOARES E CAMPOS. **Políticas públicas de saúde voltadas à adolescência e a juventude no brasil.** IN: Borges A, Fujimori e, organizadoras. Enfermagem e a saúde do adolescente na atenção básica. Barueri: Manole 2009. P 436 68

SOARES, C. B. (2007). **Consumo contemporâneo de drogas e juventude: a construção do objeto na perspectiva da saúde coletiva.** Tese de doutorado em Livre-Docência, Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo.

SOUZA, D R et al. **Resistências dos profissionais da atenção psicossocial em álcool\drogas à abordagem de redução de danos.** *Journal of Nursing and Health*, 7, 16-24 2017

TEIXEIRA, P. **Drogas: no Congresso e na sociedade, um debate necessário.** Drogas no Brasil: entre a saúde e a justiça. Proximidades e opiniões. Org. Vilma Bokany. Livro. Ed. 2015. SP: Ed. Fundação Perseu Abramo. 2015.

TEIXEIRA, M et al. **Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016.** Ciênc. saúde coletiva [online]. vol.22, n.5, 2017

VARGAS, A; CAMPOS, M. **A trajetória das políticas de saúde mental e de álcool e outras drogas no século XX.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 1041-1050, Mar. 2019 .

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira.** Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro. 151 p. 2006

APÊNDICE A – Dados de caracterização dos estudos selecionados

1º AUTOR/ FORMAÇÃO	ANO	REVISTA/BASE DE DADOS	TÍTULO	LOCAL	OBJETIVO
1 RIBEIRO / Enfermagem	2019	Nursing research and education / BVS	Strategies of care for adolescent users of crack undergoing treatment	CAPS-AD e CAPSi interior RS	Analisar as estratégias de cuidado ao adolescente usuário de crack em tratamento
2 LAGO / Enfermagem	2018	International J. of Mental Health & Addiction / PSYCINFO	An exploration of the relational autonom y of people with substance use disorders: Constraints and limitations	CAPS AD na região norte	Analisar como pessoas que fazem uso abusivo de drogas exercem sua autonomia nos serviços de saúde mental
3 VASCONCELO S / Psicologia	2018	Gerais (Univ. Fed. Juiz Fora) / BVS	O Cuidado aos Usuários de Drogas: entre Normatização e Negação da Autonomia	CAPS AD e CT - MG	Compreender as concepções de profissionais que atuam na Raps acerca do cuidado à saúde de pessoas com problemas devido ao uso de drogas
4 PEITER / Arquitetura, geografia	2018	Social science and medicine / PSYCINFO	Homeless crack cocaine users: Territories and territorialities in the constitution of social support networks for health	Consultório na Rua. Cidade Rio de Janeiro	Analisar como usuários de Crack no Rio de Janeiro se relacionam com o território e constroem redes de apoio social com seus desafios e necessidades de saúde cotidianos.
5 SUBRINHO / Enfermagem	2018	Revista Saúde Sociedade (USP) / BVS	Cuidado ao consumidor de drogas: percepção de enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família	UBS em Vitória, ES	Compreender como enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família percebem o cuidado aos consumidores de drogas nas Unidades Básicas de Saúde
6 GALHARDI / Terapia Ocupacional	2018	Cadernos de Saúde Pública / BVS	O cotidiano de adolescentes em um Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas: realidades e desafios	CAPSad município de médio porte, interior de São Paulo	Compreender o cotidiano dos adolescentes em relação às drogas no (CAPSad) e nos demais contextos de inserção pelos quais transitam, sob a ótica dos próprios adolescentes
7 SANTOS/ Terapia Ocupacional	2018	Rev. Gaúcha Enferm BVS	Responsabilização e participação: como superar o caráter tutelar no centro de atenção psicossocial álcool drogas?	CAPS-ad de Ouro Preto/MG	Analisar o grau de responsabilização e participação do usuário em tratamento no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-ad) sob a perspectiva da política de redução de danos
8 LACERDA / Serviço Social	2017	Interface (Online) - WebOfScience	Significados e sentidos atribuídos ao centro de atenção psicossocial álcool e outras drogas por seus usuários: estudo de caso	CAPS AD II Campinas/SP	Apresentar os significados e sentidos atribuídos pelos usuários a um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD)

9	PAULA / Psicologia	2017	Ciênc. saúde coletiva / Pubmed	Experiências de adolescentes em uso de crack e seus familiares com a atenção psicossocial e institucionalização	CAPS AD II, CAPSi II e abrigo de referência. Fortaleza/CE	Compreender as implicações da atenção psicossocial e da institucionalização no atendimento às necessidades de adolescentes em situação de uso de crack e de seus familiares
10	SILVEIRA / Enfermagem	2017	Ciênc. cuid. Saúde / BVS	Autonomia e reinserção social: percepção de familiares e profissionais que trabalham com RD	2 CAPS AD do extremo sul do Brasil	Identificar a percepção de familiares de dependentes de álcool e outras drogas e profissionais da área da saúde sobre as concepções de autonomia e reinserção social que embasam a abordagem de redução de danos
11	LAGO / Enfermagem	2017	Substance Abuse, treatment, prevention and policy / PUBMED	Harm reduction and tensions in trust and distrust in a mental health service: a qualitative approach	CAPS AD da região norte	Explorar as relações entre usuários, profissionais, familiares e sociedade sob ações e o olhar a respeito da redução de danos
12	NASI / Enfermagem	2015	Revista De Pesquisa-Cuidado é Fundamental / WEBOFSCIENCE	O trabalho da equipe orientado pelas motivações dos usuários no CAPSad: estudo fenomenológico	CAPS ad III / Porto Alegre	Compreender o trabalho da equipe de um CAPSad orientado pelas motivações dos usuários
13	WANDEKOKE N / Enfermagem	2015	Rev. Subj. / BVS	Biopolítica na assistência aos usuários de álcool e outras drogas	CAPS AD/não informa cidade	Analisar as estratégias biopolíticas que operam na assistência aos usuários de álcool e outras drogas
14	CARDOSO / ENFERMAGEM	2014	ALETHEIA BVS	A percepção dos usuários sobre a abordagem de álcool e outras drogas na atenção primária à saúde	UBSs Caxias do Sul/RS	Conhecer a percepção dos usuários sobre as ações desenvolvidas pelos profissionais da APS, com vistas à identificação das ações consideradas relevantes na abordagem do abuso de álcool, crack e outras drogas
15	VASCONCELOS / Enfermagem	2013	Rev. enferm. (UERJ) / BVS	Demandas de autocuidado em grupo terapêutico: educação em saúde com usuários de substâncias psicoativas	CAPS AD Recife	Identificação das demandas terapêuticas de autocuidado entre usuários de substâncias psicoativas por meio do grupo educação em saúde
16	ZANATTA / Enfermagem	2012	Revista Baiana de Saúde Pública	O CAPS AD sob a percepção do usuário	CAPS AD do Oeste de SC	Estudar as experiências dos usuários de um CAPSad e avaliar a importância do serviço na sua recuperação
17	MOURA / Terapia Ocupacional	2011	Saúde Mental Álcool e Drogas / BVS	O cuidado aos usuários de um centro de atenção psicossocial álcool e drogas: uma visão do sujeito coletivo	CAPS AD. Salvador	Analisar a percepção de usuários acerca do cuidado ofertado no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
18	GIFFONI / Medicina	2011	Rev. Latino Americana de Enfermagem / BVS	Terapia comunitária como recurso de abordagem do problema do abuso do álcool, na atenção primária	Projeto Quatro Varas (Fortaleza) – Atenção primária	Identificar potencialidades da terapia comunitária (TC) como recurso de abordagem do problema do abuso do álcool na atenção primária, sob a perspectiva de um usuário

19	OLIVEIRA / Enfermagem	2010	Ver. Terapia Ocupacional (USP)	Práticas Assistenciais no CAPS AD	CAPS AD da cidade de SP	Identificar e analisar as representações que os profissionais de um centro de atenção psicossocial álcool e outras drogas constroem acerca das práticas assistenciais desenvolvidas na instituição
20	PINHO / Psicologia	2009	Ver. Escola de Enfermagem (USP)	Reabilitação psicossocial dos usuários de álcool e outras drogas: a concepção de profissionais de saúde	CAPS AD do estado de SP	Identificar as concepções de profissionais da saúde de um Centro de Referência para o tratamento dos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas acerca da Reabilitação Psicossocial
21	MORAES / Psicologia	2008	Ciência e Saúde Coletiva / BVS	O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais	2 CAPS AD Recife	Investigar a percepção de usuários, acompanhantes e profissionais, acerca do modelo de atenção à saúde de usuários de drogas
22	SOUZA / Enfermagem	2006	Saúde Mental, Álcool e Drogas / BVS	Vínculos e redes sociais de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas sob tratamento em CAPS AD	CAPS AD da região sul	Identificar as redes sociais e vínculos estabelecidos por sujeitos dependentes de substâncias psicoativas em tratamento num CAPS ad

APÊNDICE B – Dados referentes a formação dos autores, ano de publicação, área do periódico e categoria do serviço

	GRADUAÇÃO/PÓS GRADUAÇÃO DOS AUTORES	ÁREA/CLASSIFICAÇÃO QUALIS	CATEGORIA DO SERVIÇO/LOCAL	ANO
1	Enfermagem / Dr. em enfermagem Enfermagem / Dr. em enfermagem Enfermagem / Dr. em enfermagem Enfermagem / Dr. em enfermagem Enfermagem / Dr. em enfermagem	Saúde coletiva (B1)	Atenção psicossocial especializada (CAPSAD e CAPSi)	2019
2	Enfermagem / Dr. Saúde Pública Pedagogia / Dr. Saúde pública Enfermagem / Dr. Filosofia da saúde	Psicologia/Enfermagem (B1)	Atenção psicossocial especializada (CAPSAD)	2018
3	Psicologia / Ms. Psicologia Psicologia / Dr. Psicologia Psicologia / Dr. Saúde Coletiva	Psicologia/Direito (B1)	Atenção psicossocial especializada (CAPSAD)	2018
4	Arquitetura / Dr. Geografia Psicologia / Dr. História da saúde Psicologia / Dr. Saúde Pública Psicologia / Dr. Ciências da Saúde Medicina / Dr. Saúde Pública	Saúde coletiva/Ed. Física/ Planejamento urbano e regional (A1)	Atenção Básica (Consultório na Rua)	2018
5	Enfermagem / Ms. Ciências da Saúde Enfermagem / Dr. Enfermagem Enfermagem / Ms. Enfermagem Enfermagem / Dr. Ciências da Saúde	Ciência política e relações internacionais / Ensino (A1)	Atenção Básica (UBS)	2018
6	Terapia Ocupacional / Ms. T.O Terapia Ocupacional / Dr. Saúde Mental	Sociologia/Serviço Social/ Ciência Política e Relações Internacionais/ Planejamento Urbano e Regional (A1)	Atenção psicossocial especializada (CAPSAD)	2018

7	Terapia Ocupacional / Ms. Prevenção e Assistência a Usuários de Álcool e Outras Drogas Enfermagem / Esp. Saúde Mental Enfermagem / Dr. Enfermagem Enfermagem / Dr. Enfermagem	Interdisciplinar/Psicologia/Enfermagem /C. Ambientais/ Educação/Direito (B1)	Atenção psicossocial especializada (CAPSAD)	2018
8	Serviço Social / Ms. Ciências Humanas Psicologia / Dr. Saúde Coletiva	Ensino (A1)	Atenção psicossocial especializada (CAPSAD)	2017
9	Psicologia / Dr. Saúde Coletiva Enfermagem / Dr. Enfermagem Enfermagem / Dr. Saúde Pública Farmácia / Dr. Saúde Coletiva	Serv. Social/Ensino/Sociologia (A1)	Atenção psicossocial especializada (CAPSAD e CAPSi) e acolhimento institucional (Assist. Social)	2017
10	Enfermagem / Dr. Enfermagem Enfermagem / Dr. Enfermagem Enfermagem / Dr. Enfermagem Enfermagem / Ms. Enfermagem Enfermagem / Ms. Enfermagem	Serv. Social/Educação/Enfermagem (B2)	Atenção psicossocial especializada (CAPSAD)	2017
11	Enfermagem / Dr. Saúde Pública Pedagogia / Dr. Saúde pública Enfermagem / Dr. Filosofia da saúde	Saúde Coletiva/ Psicologia/Medicina II (B1)	Atenção psicossocial especializada (CAPSAD)	2017
12	Enfermagem / Dr. Enfermagem Enfermagem / Dr. Enfermagem Enfermagem / Ms. Enfermagem Enfermagem / Dr. Enfermagem Medicina Enfermagem / Dr. Enfermagem	Psicologia/Serv. Social/Interdisciplinar/Enfermagem/Dir eito (B2)	Atenção psicossocial especializada (CAPSAD)	2015
13	Enfermagem / Dr. Saúde Coletiva Psicologia / Ms. Saúde Coletiva Psicologia / Dr. Psicologia	Psicologia/Adm. pública e de empresas, ciên. contábeis e turismo (B1)	Atenção psicossocial especializada (CAPSAD)	2015
14	Enfermagem / Esp. Adm. Hospitalar Farmácia Enfermagem Enfermagem	Psicologia/Interdisciplinar/ Adm. pública e de empresas, ciên. contábeis e turismo (B2)	Atenção Básica (UBS)	2014

	Psicologia / Dr. Psicologia Enfermagem / Dr. Psicologia			
15	Enfermagem / Ms. Enfermagem Enfermagem / Dr. Serviço Social Enfermagem / Dr. Enfermagem Enfermagem / Dr. Saúde Criança Enfermagem / Dr. Enfermagem Enfermagem / Dr. Neurociências	Psicologia/SS/ Enfermagem/Educação (B1)	Atenção psicossocial especializada (CAPSAD)	2013
16	Enfermagem / Ms. Saúde Coletiva Psicologia / Ms. Psicologia Medicina / Dr. Ciências Médicas	Psicologia/Ensino (B2)	Atenção psicossocial especializada (CAPSAD)	2012
17	Terapia Ocupacional / Esp. Saúde Mental Terapia Ocupacional / Ms. Saúde Coletiva	Psicologia/Ensino (B1)	Atenção psicossocial especializada (CAPSAD)	2011
18	Medicina / Dr. Educação Psicologia / Dr. Psicologia	Enfermagem (A1)	Atenção Básica (Projeto junto a UBS)	2011
19	Enfermagem / Ms. Enfermagem Enfermagem / Dr. Ciências Sociais Enfermagem / Ms. Enfermagem Enfermagem	Ed. Física (B1)	Atenção psicossocial especializada (CAPSAD)	2010
20	Psicologia / Ms. Enfermagem Enfermagem / Dr. Ciências Sociais Enfermagem / Dr. Enferm. Psiquiátrica Ter. Ocupacional / Dr. Enfermagem Enfermagem / Dr. Enfermagem Enfermagem / Dr. Enfermagem Enfermagem / Dr. Enfermagem	Enfermagem (A2)	Atenção psicossocial especializada (CAPSAD)	2009
21	Psicologia / Dr. Psicologia	Serv. Social/Ensino/Sociologia (A1)	Atenção psicossocial especializada (CAPSAD)	2008

22	Enfermagem / Ms. Enfermagem Enfermagem / Dr. Enfermagem Enfermagem	Psicologia/Ensino (B1)	Atenção psicossocial especializada (CAPSAD)	2006
-----------	--	------------------------	---	------

APÊNDICE C – Quadro de sistematização de resultados e considerações finais

	Principais resultados	Conclusões/Considerações finais dos estudos	Considerações/Conclusões dos estudos acerca da autonomia
1	<p>Adolescentes detêm maior aderência a atividades realizadas no território (como recursos comunitários: praças, bibliotecas e eventos). Nos CAPS os profissionais buscam direcioná-los a atividades para as quais eles se interessam. CAPS buscam realizar atividades diversas e específicas aos adolescentes;</p> <p>Os profissionais buscam estratégias para estabelecer vínculo, com confiança e paciência. Isso facilita a identificação de necessidades sociais e aderência ao tratamento, além de trazer o adolescente ao próprio tratamento;</p> <p>Necessário aproximação da família, visto que fazem parte do contexto de adoecimento – sendo importantes tanto para suporte quanto para evitar produção de sofrimento;</p> <p>Necessário trabalhar em rede intersetorial, através de ações conjuntas entre saúde, assistência social, conselho tutelar, setor judiciário e parcerias com dispositivos comunitários visando oferecer possibilidades de reintegração social.</p>	<p>O desenvolvimento de atividades específicas a adolescentes, a partir de suas necessidades, é um desafio aos CAPS. Construção de vínculo e respeito à autonomia demandam acompanhamento do tratamento pela equipe multiprofissional; são necessários para reinserção social, pois usuários enfrentam muito preconceito. Intersetorialidade (com a assistência social, educação, atividades de geração de renda e atividades culturais) é fundamental para reinserção social, mas ainda é uma dificuldade do serviço. É necessário enfatizar a RD como eixo da rede. Dificuldades das famílias estão relacionadas a uma escassa rede de apoio comunitária. Essa fragilidade dificulta a corresponsabilidade, ocasiona na busca de internação, alternativa que não é efetiva.</p>	<p>Importante haver atividades que transformem o contexto socioeconômico dos adolescentes para facilitar o empoderamento no protagonismo de suas vidas;</p> <p>Atividades com compartilhamento em grupo são mais efetivas para refletirem sobre suas próprias questões;</p> <p>Os vínculos desenvolvem respeito pelas escolhas e encorajam a participação e responsabilidade no tratamento.</p>
2	<p>Contexto social gera estigmatização e coerção, junto ao baixo poder do usuário, o que dificulta a produção autonomia - inclusive por parte dos profissionais, que exigem abstinência; usuários que detêm relação com o tráfico sofrem ainda maior estigmatização;</p> <p>Sistema e suas estruturas como opressores, junto às características do tratamento, levam à responsabilização individual da condição de dependente pelos profissionais; profissionais de outros serviços reproduzem ainda mais estigmatização, demonstrando despreparo;</p> <p>Uso abusivo ocasiona diminuição de autonomia, além de famílias priorizarem o tratamento em reclusão e abstinência;</p> <p>As regras são estreitas no serviço, não definidas em conjunto com usuários; risco de expulsão e não atendimento se usuários fizerem uso; tanto profissionais quanto usuários veem estes como incapazes de tomar ações autônomas</p>	<p>O exercício de autonomia dos usuários é comprometido, além da dimensão pessoal, também pela dimensão estrutural-política. Entender a autonomia como relacional permite reconhecer o contexto cultural e político de coerção, a estrutura opressora de cuidados de saúde mental e a falta de capacidade pessoal para exercer autonomia. As condições sociais e estruturais de suporte são importantes para o desenvolvimento de ações autônomas, pois a autonomia é socialmente dependente. Esse entendimento pode ajudar os formuladores de políticas, os serviços de saúde e a sociedade como um todo a desenvolverem uma abordagem de cuidado mais favorável e ética para as pessoas exercerem sua autonomia.</p>	<p>Necessário que haja transformação nos serviços e a nível social; que não haja estigmatização às pessoas que fazem uso abusivo de drogas, que a sociedade no geral – sobretudo por meio das políticas públicas - acolha as necessidades dos usuários, para que possam construir autonomia junto aos atendimentos e cada vez mais em suas vidas. Necessário que essa transformação e construção de autonomia seja realizada em conjunto com os usuários.</p>
3	<p>Influência do paradigma proibicionista dificulta acesso aos serviços de saúde, pois facilitam o encarceramento (“seletividade jurídica, a depender de recortes de renda, gênero, raça/etnia e local de moradia”); criminaliza e estigmatiza o usuário; as características históricas de desigualdade que dificultam o acesso a direitos e construção de vidas dignas também influenciam os serviços.</p>	<p>Serviços não estão em dissonância do contexto nacional, que prioriza estratégias terapêuticas baseadas na internação e na abstinência; no qual as CTs e suas federações buscam se legitimar e conquistar financiamento público, em detrimento dos CAPS. É necessário enfrentar o tensionamento entre dispositivos distintos (CAPS e CTs). As ações realizadas por Caps Ad e por CTs não respondem igualmente aos</p>	<p>Profissionais culpabilizam os usuários. Assim eles se sentem dependentes/incapazes se não há avanço do processo terapêutico; limitando a construção de autonomia. O subfinanciamento dos CAPSad em contraste ao aumento de recursos às CTs</p>

	<p>Dificuldades dos profissionais em refletir criticamente sobre as ações, que denotam controle e normatização; concepção de que os usuários não estão funcionando, estão incapacitados; PTS não são realizados com participação dos usuários; tratamento busca consertar as pessoas pelos medicamentos, pela lógica da contenção manicomial e química e isso dificulta a significação do uso de drogas; RD de danos tratada somente de modo a diminuir sintomas, no corpo, por uma lógica moral e medicamentosa;</p> <p>CAPS aparta usuários da realidade social (em vez de ser territorial); Há individualização das mazelas sociais como desvios;</p> <p>Pouco orçamento destinado aos CAPS e a lógica da abstinência e do modelo biomédico são preponderantes; e há também interesses privados de instituições filantrópicas;</p>	<p>desafios relacionados às drogas. Necessário formação profissional e confronto da lógica biomédica</p>	<p>pode confirmar que se privilegiam a higienização, a moralização e o controle para determinados segmentos da população eminentemente pobre e inserida de maneira precária na sociedade capitalista neoliberal. Necessário financiamento dos CAPS.</p>
4	<p>Muitas pessoas em situação de rua que são usuárias de crack iniciam o uso abusivo depois de experienciar a ruptura de vínculos, desemprego e ausência de moradia, e problemas de violência física e simbólica, que são consequências da vulnerabilidade e sofrimento estrutural que acomete pessoas pobres que são excluídas socialmente</p> <p>Os usuários frequentam áreas sem saneamento, que há muita violência e exclusão social. São instáveis, marcados por vulnerabilidade estrutural e violência (da polícia e de traficantes). No rio de janeiro há um contexto urbano de repressão principalmente contra jovens pobres e negros. Usuários organizam seu cotidiano, sua territorialidade, nesses lugares; há momentos em que saem para trabalhar informalmente ou para fugir da polícia, indo temporariamente para suas antigas casas ou centros de reabilitação;</p> <p>Para enfrentar a vulnerabilidade estrutural e o sofrimento social criam diferentes formas de organização em rede, ajudando uns aos outros e recebendo presentes/dádivas de moradores e comerciantes, e com grande apoio do Consultório na Rua. Essas redes são essenciais na luta pelo reconhecimento social e como parte das estratégias de enfrentamento e sobrevivência.</p> <p>Além dos cuidados de saúde tradicionais, o Consultório na Rua ajuda os usuários a obter documentos pessoais ou benefícios como bolsa-família e vales-refeição, acompanham em visitas a médicos ou exames de saúde e serviços para garantir que eles sejam atendidos, entre outras ações de cuidado. A dimensão da solidariedade entre usuários e o serviço fortalece os laços de confiança e a construção da rede de apoio. Mostra-se importante que os usuários se sintam reconhecidos como detendo valor social.</p>	<p>Pobreza e exclusão social são problemas a serem enfrentados pelas políticas do Estado, pois afetam seriamente as populações mais vulneráveis como usuários de crack em situação de rua; governos têm executado políticas que dificultam construção de territorialidade e combate a exclusão, como ocupações militares e “higienização social” de áreas de consumo de drogas</p> <p>Constatou-se uma territorialidade fluida e fragmentada dos usuários de crack. Mesmo com a instabilidade marcada pela segregação e violência, verificou-se a construção de redes de suporte compostas por moradores, comerciantes e pela circulação de bens, como gestos de afeto, doações de comida/roupas, e outros bens materiais e simbólicos. O consultório na rua tem um importante papel na construção dessas redes pois contribui para o reconhecimento das pessoas como sujeitos de direitos.</p> <p>O mapeamento das redes de apoio social é uma ferramenta poderosa na identificação dos arranjos sociais e de novas formas de sociabilidade, possibilitando construção de novas políticas públicas de cuidado, favorecendo acesso à saúde e outros direitos.</p>	<p>O consultório na rua possibilita que as políticas públicas cheguem à população em situação de rua usuária de crack, fazendo-os serem reconhecidos como cidadãos, sujeitos de direitos. O consultório na rua, ainda, fortalece as redes de suporte social; isso permite com que os usuários de crack em situação de rua possam buscar formas de lidar com o uso abusivo, buscando cuidados de saúde, alimentação, higiene etc, isto é, possam gerenciar suas vidas com autonomia.</p>
5	<p>Auto-vitimização dos profissionais e culpabilização dos usuários, o que conforma a cultura de que nunca dá resultado; e traz um clima de competitividade, que deve ser abolida para se avançar no cuidado;</p> <p>Abstinência é buscado pelos profissionais, devido à culpabilização individual e moral; Tratamento que só busca abstinência pode trazer desconfiança e enfraquecer vínculos devido à falta de construção conjunta e possíveis frustrações;</p>	<p>Vivências dos participantes (enfermeiros) foram experiências perceptivas dinâmicas e ambíguas; pois ao mesmo tempo que culpabilizavam os usuários, desenvolviam estratégias de cuidado.</p> <p>Ao considerar o usuário habitualmente como problemático e de difícil adesão ao tratamento, os enfermeiros fortalecem a estigmatização que gera obstáculo ao cuidado do usuário na UBS e alimenta a busca por um culpado pelo insucesso do tratamento baseado na abstinência.</p>	<p>Desenvolver o atendimento em conjunto ao usuário, respeitando sua autonomia, traz a potencialidade de participação, o “empoderamento dos usuários em foco”/”fortalecimento da autonomia” e resgate da cidadania.</p> <p>Ao se considerar a singularidade, é possível desenvolver novas estratégias de</p>

	<p>Abordagem psicossocial, diferente da guerra às drogas, possibilita abordagem intersubjetiva entre profissionais e usuários, além de inspirar a utilização da RD; porém, profissionais não se sentem preparados.</p> <p>Necessário acompanhamento da ESF e mais consultas dos enfermeiros, pois não ocorrem.</p> <p>Combater a estigmatização permite o respeito à autonomia, e ao se considerar a singularidade, é possível desenvolver novas estratégias de tratamento junto ao sujeito;</p>	<p>Grupos de educação em saúde; fortalecimento da RD por meio de capacitação; e utilização da consulta de enfermagem são estratégias que podem reverter o sentimento de impotência devido à estigmatização e fortalecer os vínculos dos enfermeiros com os usuários; o acolhimento, a ética e a autonomia são fortalecidos, favorecendo o resgate da cidadania</p>	<p>tratamento junto ao sujeito, o que se relaciona à RD.</p> <p>Necessário desenvolver potencialidades dos sujeitos, não permitindo a moralização e a institucionalização.</p>
6	<p>Muitos dos entrevistados (cinco dentre oito) passaram por internação em clínica por ao menos 6 meses</p> <p>Usuários veem as drogas como algo prazeroso que traz alívio e bem estar; adolescentes em geral veem a maconha como menos prejudicial e tendo mais benefícios do que cigarro, álcool e cocaína</p> <p>Adolescentes vivem excluídos socialmente e desengajados a transformações pela própria sociedade; há culpabilização individual pela saída da escola; evasão escolar implica em menores possibilidades de inserção social, criação de vínculos e desenvolvimento da vida profissional</p> <p>CAPSad como local de acolhimento, apoio e confiabilidade, permitindo desenvolvimento da compreensão acerca de sua vida, das drogas e do tratamento; Importância do acolhimento para criação de vínculo</p> <p>Problemas dos CAPS: intenso uso de medicação; adolescentes não gostam da quantidade de medicamentos que tomam; falta de estrutura/atividades voltadas a adolescentes; necessidade de desenvolvimento da coparticipação dos usuários e familiares no tratamento; há frustração e baixo senso de competência ou de autoestima dos adolescentes e seus familiares.</p>	<p>Os adolescentes vivenciam um processo de exclusão social e desengajamento em diversas esferas, com destaque ao contexto escolar, familiar e territorial; inclusive no CAPSad, no qual falta corresponsabilização no tratamento;</p> <p>Fundamental o foco em ações de promoção e prevenção acerca do uso de drogas, com base na RD, voltadas aos adolescentes e familiares, que devem ser executadas não em posição de imposição e repressão, mas de acordo com a realidade dos sujeitos;</p> <p>Necessário considerar a exclusão social no tratamento, levando-se em conta as singularidades de vida e a realização de ações no território para criação de vínculos; sobretudo para permanência e sentimento de pertencimento à escola.</p>	<p>Ao expressar que falta participação dos adolescentes e suas famílias no tratamento, e que é necessário trazer a singularidade dos sujeitos com ações baseadas na RD, conclui-se que o CAPS deve desenvolver a participação ativa no tratamento, com autocuidado, conhecimento e com acolhimento.</p>
7	<p>Objetivos eral no CAPSad é abstinência, porém dificilmente era alcançada. Alguns expressaram positivamente a perspectiva de não acabar com o consumo, mas reduzir os danos e melhorar a qualidade de vida, pois expressaram que não faz mal consumir um pouco de bebidas alcólicas de menor teor;</p> <p>Os objetivos de reinserção social e ressocialização no PTS dos usuários era algo padrão; não havia elencadas ações específicas informando como esses objetivos seriam alcançados, ou seja, não informavam as estratégias concretas para alcançar tais objetivos.</p> <p>Descompasso entre PTS e vontade dos sujeitos ocasiona em pouca aderência às atividades. Isso ocorre inclusive quando os profissionais recomendam a abstinência no PTS</p>	<p>O objetivo de reinserção social se repetia como uma “indicação padrão” para todos os usuários, sugerindo pouco exercício de análise das necessidades/singularidades do indivíduo na elaboração do PTS;</p> <p>Há foco na abstinência, verificando-se ausência de estratégias de RD como artifício dos profissionais. A falta de conhecimento sobre a RD, juntamente com o racismo, a violência e a marginalização, são barreiras à colaboração e engajamento dos usuários</p> <p>Foram observadas divergências entre objetivos do usuário e do terapeuta de referência, em que há um enfoque excessivo nas questões clínicas por parte dos profissionais, ao passo que os usuários apresentam outros interesses.</p> <p>Usuários consideram fatores motivadores para o tratamento a relação com os familiares, a recuperação de sua saúde e a relação afetiva com os profissionais.</p>	<p>Necessidade de um processo terapêutico no qual usuários saiam de uma posição de espectadores para atuarem como protagonistas; Os usuários precisam ampliar a ocupação de espaços no território para favorecer o protagonismo, a reinserção social e o resgate da cidadania</p> <p>O acolhimento e a responsabilização do usuário pelo próprio tratamento devem ocorrer de forma sincrônica, favorecendo a autonomia e a participação efetiva do usuário, para evitar que os vínculos entre</p>

		Entretanto, a família é pouco integrada ao tratamento; necessário construir esta adesão no serviço.	os profissionais e os usuários tenham caráter tutelar
8	<p>CAPS como um serviço de acolhimento, apoio e cuidado – desenvolvendo vínculos e promovendo cuidado terapêutico;</p> <p>Usuários não se veem no direito de criticar ou propor modificações no CAPSad, o que mostra que não participam da organização do serviço;</p> <p>Ocorre relação de dependência dos usuários com o serviço, cronificação na rede;</p> <p>CAPS tem demanda maior que a capacidade, a equipe é muito reduzida (1 caps ad para 358 mil hab)</p> <p>Promove reinserção social (CAPS possibilita o uso de transporte gratuito e auxilia na retirada de documentos que haja custos, e lança mão de atividades do tipo laborativa com retorno financeiro)</p> <p>Há lacuna na intersetorialidade, o que dificulta a promoção de autonomia; necessidade de combater a dependência em relação ao serviço por meio da intersetorialidade</p>	<p>O CAPS é significado como local de apoio, ajuda e acolhimento. Respeita as escolhas dos usuários e atende às demandas para além do uso de drogas, assim estabelece vínculos importantes com os usuários. Possibilita o uso de transporte gratuito e auxilia na retirada de documentos, e busca atividades laborativas com retorno financeiro.</p> <p>Ao possibilitar o acesso a direitos e benefícios, o tratamento, às vezes, perde sua função terapêutica, e passa a ter como objetivo principal a resolução de questões sociais. Assim, segundo os autores, diminui-se a autonomia e se desenvolve uma relação de dependência com o serviço. Isso remete a desarticulação entre políticas de saúde e assistência social, o que corresponde a lacuna nas práticas de intersetorialidade</p> <p>Serviço é sobrecarregado. Há necessidade de fundação de outros CAPS e de ampliação do mesmo serviço</p>	<p>O CAPSad busca acesso à saúde, cidadania e reinserção social como parte do processo terapêutico; entretanto, é preciso ponderar entre a busca de direitos sociais pelo serviço (moradia, alimentação, educação...) e a construção de autonomia, de forma que o serviço não deixe os usuários tornarem-se dependentes do serviço; é necessário que haja, de forma conjunta, promoção da reinserção social e o empoderamento desses indivíduos.</p>
9	<p>Famílias acreditam que o isolamento nos abrigos é o melhor tratamento; reclusão que se alia com a necessidade de proteção dos adolescentes (contra traficantes e contra a prisão, por exemplo); internamento ocorre por meio do Conselho Tutelar;</p> <p>Internação no abrigo é diferente do hospital psiquiátrico; no abrigo havia maior preocupação com o cuidado, no hospital somente tratamento de contenção química; ambas não surtiram efeitos por não considerarem as necessidades múltiplas dos adolescentes, focalizando na abstinência e tratamento biomédico; não buscam a saída da marginalização, repensar o uso e participação no tráfico; equipes reduzidas nos serviços; foco no controle moral (aprender a ter juízo e a ter limites);</p> <p>Contexto social das famílias é de pobreza, de falta de vínculos sociais;</p> <p>Acesso ao CAPSad ocorre geralmente por encaminhamento dos abrigos e hospitais; CAPSad vistos como serviço secundário de tratamento; CAPSad sem atividades para adolescentes; equipe também reduzida, somente 1 profissional no CAPSi voltado para adolescentes usuários de drogas; CAPSi não tinham atividades relacionadas a RD;</p> <p>Rede extra hospitalar insuficiente, precária, o que dificulta que os adolescentes prossigam com o tratamento.</p>	<p>Adolescentes primeiro entram em contato com instituições de acolhimento em tempo integral, e depois têm acesso a serviços substitutivos, sendo esses considerados, por adolescentes e familiares, serviços com papel secundário;</p> <p>CAPS possuem muitas dificuldades para lidar com usuários de drogas, principalmente adolescentes. Há carência de recursos materiais e humanos para lidar com a demanda, reproduzindo o modelo hospitalocêntrico;</p> <p>As dificuldades das famílias estão relacionadas, principalmente, à escassa rede comunitária, dificultando a corresponsabilização dos familiares no cuidado aos adolescentes, ocasionando a busca por institucionalização; Afirma-se a necessidade do fortalecimento da RAPS para que o cuidado seja de forma integral, garantindo o respeito aos direitos fundamentais estabelecidos pelo ECA, como o direito à liberdade e à convivência familiar e comunitária.</p>	<p>Sendo os usuários adolescentes, é necessário que haja o cuidado em liberdade e o desenvolvimento das redes de suporte nos serviços, no território (inclusive com a família), e principalmente uma rede comunitária; a escassa rede de apoio na comunidade é a principal limitação para as famílias dos adolescentes, fazendo com que procurem serviços baseados na institucionalização [psiquiátrica]. Isso acarreta na não garantia de direitos fundamentais, que promovam cuidado integral com corresponsabilidade, direito à liberdade, convivência familiar e comunitária, que ocasionam em limites para a promoção de autonomia</p>
10	<p>Não há consenso acerca da autonomia do usuário por meio das ações de RD no grupo de familiares; por vezes é vista como uma forma do usuário aceitar o tratamento, e isso facilita a recuperação dos laços familiares e diminuir as crises de abstinência; mas por vezes a continuidade do uso faz com que continuem frequentando pontos de venda, que são perigosos devido ao ambiente do tráfico; a continuidade do uso também mantém problemas familiares e com os empregadores;</p>	<p>Manter ou resgatar autonomia dos usuários deve se estender também às famílias, devido à grande influência no tratamento e na vida de ambos (familiar e usuário); RD requer um preparo específico voltado também às necessidades da família, uma vez que nem sempre ela detém os recursos necessários para enfrentar um processo baseado em amenizar as consequências e manter uso racional de drogas</p>	<p>Tanto a autonomia e reinserção social são promovidas somente quando ocorre de maneira coletiva, tanto englobando a família nos processos terapêuticos, quanto com ações comunitárias e sociais, visto que é necessário esforços conjuntos.</p>

	<p>A autonomia deve ser vinculada também às decisões dos familiares, em consenso, senão é provável que ocorra a ruptura familiar; necessidade de as vezes suprimir a autonomia dos sujeitos, quando não têm capacidade de decisão em questões importantes; internação vista como tratamento principal devido à desintoxicação e abstinência; RD vista como coadjuvante</p> <p>Para os profissionais, autonomia acerca da relação com a droga é fundamental no tratamento, pois estimula a reflexão sobre a própria vida. Favorece o planejamento e o engajamento individual;</p> <p>Reinserção social vista como importante pela família; possibilita a inserção profissional e auxilia muito nos vínculos com outras pessoas e grupos. Vista pelos profissionais como muito difícil quando o uso de drogas continua, devido a estigmatização social; usuários são estigmatizados e socialmente vistos como aqueles que devem ser excluídos; os empregos nos quais são inseridos são muitas vezes informais e temporários - mas ainda devem ser vistos como conquistas</p> <p>CAPSad visto como local terapêutico, que acolhe, desenvolve vínculo, responsabilização do usuário e resgate de cidadania; entretanto os serviços e profissionais não são suficientes para desenvolver a estratégia de RD.</p>	<p>Reinserção social se trata de um empreendimento coletivo que envolve a revisão de concepções arraigadas na sociedade, como acerca da dependência química que deve ser considerada uma doença. A aceitação desta condição de doença é pré-condição para a reinserção social dos dependentes.</p> <p>O processo de reinserção social ocorre, em sua plenitude, quando a pessoa dependente consegue desenvolver a sua autonomia em diversas áreas, tais como: familiar, interpessoal e profissional</p>	
1 1	<p>CAPSad visto pelos usuários como provedor da oportunidade de encontrar segurança para o tratamento e suas necessidades sociais, como alimentação, medicamentos, relações sociais, lazer, ocupação e suporte emocional, mesmo com o status de usuários de drogas;</p> <p>Usuários estavam nos serviços em busca de cuidado e para melhorar relações familiares e sociais, pois experienciavam medo, exaustão e baixa auto estima em suas vidas; expressaram confiança na estratégia de RD e no cuidado realizado, mas não necessariamente estavam em busca de abstinência. Mas sim em busca de mudança de vida, com necessidades humanas básicas - o que preconiza a RD, isto é, saúde sem necessariamente ocorrer abstinência;</p> <p>Equipe do CAPSad, segundo familiares, é aberta e comunicativa; e desenvolve a potencialidade de reflexão e tomada de decisões dos usuários ao ensinar sobre as consequências do uso abusivo; entretanto, se frustravam quando os usuários não seguiam abstinência e voltavam a usar drogas; além de poucas outras atividades relacionadas à RD; abstinência era base para profissionais confiarem nos usuários, o que gerava estigmatização, fazendo que fossem vistos como manipuladores;</p> <p>A falta de confiança gera sentimento de humilhação e sofrimento aos usuários; relações de desconfiança em relação aos usuários foram mais encontradas do que relações de confiança, evidenciando que a lógica curativista é preponderante e a RD é usada de forma limitada no serviço;</p> <p>Alguns usuários e boa parte dos familiares solicitavam o tratamento baseado na contenção química dos medicamentos;</p> <p>Falta de maior compartilhamento e acompanhamento dos serviços de atenção primária; falta de relação com serviços de assistência social para busca de direitos sociais e cidadania, como</p>	<p>A preponderância da desconfiança dos profissionais revela a fragilidade dos vínculos e o foco na abstinência. Isso se relaciona à noção de “consertar”/curar as pessoas em tratamento, proveniente da lógica biomédica, ao contrário da abstinência ser vista como possível resultado.</p> <p>O estigma geralmente se faz presente, dificultando a abordagem dessa condição crônica de saúde, que não é simplesmente corrigível. Isso evidencia as tensões subjacentes nos serviços de cuidado;</p> <p>É necessário que os serviços não exijam limites e regras de alta dificuldade, tampouco julguem os usuários; a reinserção social, relações de confiança, envolvimento no serviço e articulação de metas e planos futuros podem ser usados para medir o sucesso dos cuidados baseados na RD;</p> <p>As condições estruturais e históricas influenciam nas dificuldades do serviço, visto as políticas de segurança contra as drogas e o tratamento por reclusão terem sido preponderantes por muito tempo, aliadas às iniquidades de acesso devido à política neoliberal. Os serviços também detêm dificuldades de confiança pela sociedade em seu modelo. É necessário a formação de profissionais capacitados e engajados, transformando o padrão tradicional de ajustamento à lógica já existente nos serviços;</p> <p>Deve-se avançar para a integração à atenção primária, promovendo intervenções conjuntas com a comunidade e orientadas pelas necessidades dos usuários. Abordar os determinantes sociais de saúde.</p>	<p>O CAPSad ao possibilitar um processo terapêutico que supre necessidades (tanto necessidades de alimentação, higiene e lazer, quanto de socialização e valorização) possibilita o engajamento dos sujeitos em suas mudanças de vida e compreensão de suas vidas. Possibilita também a participação no serviço, reinserção social e resgate de cidadania.</p>

	<p>moradia. Necessário investimento e capacitação profissional aos serviços de saúde mental com base na RD.</p>		
1 2	<p>Profissionais buscam a participação dos usuários no tratamento por meio do convencimento, expressando os benefícios, e não por meio da imposição, na perspectiva da RD; assim realizam ao mesmo tempo que buscam compreender a realidade de vida dos sujeitos;</p> <p>Serviço busca envolver tanto o usuário quanto a família no processo de cuidado;</p> <p>Certa dependência (num sentido positivo) do CAPSad, isto é, local no qual há ampliação das potencialidades de cada pessoa, produzindo autonomia; CAPSad como serviço de reconstrução da cidadania e do “reger da vida”; a construção da autonomia é objetivo das práticas da equipe;</p> <p>Caps podem avançar na medida em que inserem os usuários cada vez mais não somente no próprio serviço, mas na rede de cuidado incluindo demais serviços de saúde e da comunidade.</p>	<p>CAPSad consolida ações em saúde como o cuidado junto ao usuário em ambiente acolhedor e territorial; promove ampliação do mundo da vida do usuário e a promoção da autonomia. O trabalho em equipe é elementar para um cuidado comprometido em conhecer e atender às necessidades sociais e de saúde dos usuários, havendo corresponsabilização no processo terapêutico.</p> <p>Devem ser priorizado espaços de valorização do diálogo e produção de vínculos. Os vínculos permitem a compreensão dos sentidos atribuídos pelos usuários, contribuindo para aprimorar as ações em saúde</p>	<p>Objetivo do CAPS se realiza quando sujeitos atuam no processo terapêutico (ampliando a capacidade de compreenderem e atuarem sobre si mesmos e sobre o mundo da vida)</p> <p>Deve ocorrer a busca, por parte dos trabalhadores de saúde em um CAPSad, da apreensão do contexto social de cada usuário e de subsídios na rede de saúde para propiciar uma assistência em saúde mental dirigida a cada sujeito. Pode-se assim avançar no processo de consolidação de ações em saúde mental atreladas às necessidades dos usuários, permitindo que estes sejam protagonistas de processos de sua existência</p>
1 3	<p>CAPSad com condições de trabalho precárias (devido à estrutura do serviço, baixos salários e rede de atenção inexistente), sobrecarga (devido à falta de profissionais e devido aos conflitos nas divisões de tarefas) e falta de reconhecimento (devido à omissão da gerência e à ausência de normas);</p> <p>A ausência da efetividade da reabilitação psicossocial e reinserção social evidencia a estratégia de descuidado, de “deixar morrer” inerente à política. Ou seja, aproxima-se muito da lógica manicomial; demonstra institucionalização e cronificação dos usuários do CAPSad;</p> <p>Há controle do tempo em que os usuários estão no serviço, mas também fora – tempo para fumar, tempo para comer, tempo das atividades; Punição em caso de desrespeito às “normas” do PTS; abstinência; “corpos dóceis”: captura biopolítica pelo corpo; CAPS afirma trabalhar na perspectiva da RD, mas exige a abstinência;</p> <p>Rede de apoio muito deficitária. Se não é no CAPSad, o usuário fica no abrigo. Não tem possibilidades de trabalho; gerando dependência do CAPSad e o usuário passando a pensar que nada funciona;</p> <p>Estigmatização social, que se evidencia pela higienização das ruas/higienização das cidades (expulsão de usuários de drogas das regiões de uso por pressão pública); vistos como “descartáveis urbanos”.</p>	<p>As regras, os dispositivos burocráticos, o controle do tempo e atividades, subvertem a singularidade, promovem institucionalização/cronificação, impossibilitando o objetivo de construção da autonomia;</p> <p>A lógica manicomial ainda se encontra presente nos serviços, devido às diversas práticas tutelares, e em ações como de “higienização das ruas”, fortalecimento da dependência ao serviço e a supremacia da burocracia e dos controles em detrimento do cuidado; é preciso rever frequentemente se e quais estratégias biopolíticas estão operando na assistência ao usuário. Só desse modo será possível discutir os aspectos macro e micropolíticos que permeiam o processo de trabalho e as práticas de autonomia e cuidado no CAPSad;</p> <p>Em relação ao aspecto macropolítico é necessário a concretização de uma rede de atenção articulada, pois só assim se conseguirá junto ao usuário construir estratégias efetivas de autonomia, de não dependência, tanto das substâncias quanto dos serviços.</p>	<p>As características provenientes do modelo biomédico (reclusão, controle e abstinência) impossibilitam a construção de autonomia;</p> <p>É necessário verificar constantemente as estratégias biopolíticas que operam sobre a assistência ao usuário. Assim é possível discutir os aspectos políticos que permeiam o processo de trabalho do CAPSad, buscando portanto construir práticas de autonomia.</p>
1 4	<p>Há necessidade de haver mais projetos de lazer e intervenção focado aos adolescentes, com oficinas, grupos e palestras que abordem o uso de drogas;</p>	<p>O entorno geográfico e as redes sociais dos indivíduos podem se constituir como fatores de risco ou de proteção. Essas redes podem favorecer aos indivíduos manter-</p>	<p>Deve-se considerar a liberdade de escolha dos sujeitos, mediante informação sobre as drogas, para que esses tenham clareza</p>

	<p>Usuários se sentem acolhidos pelo serviço e pelos profissionais que os visitam. Evidencia-se a formação de vínculos entre sujeito e equipe da ESF;</p> <p>O trabalho com grupos é um recurso significativo à obtenção da promoção de saúde, por reforçar a solidariedade e cidadania; As atividades socioculturais – teatros, música, pintura etc– possibilitam troca de experiências e podem elevar a autoestima, recuperar laços e reforçar enfrentamento a frustrações;</p> <p>O uso de drogas aparece como forma de lidar com o sofrimento psíquico (frustrações, perdas) comum da vida. A relação entre o prazer e sofrimento deve ser considerada numa sociedade que gera stress e depressão;</p> <p>Os principais fatores que reforçam a exclusão social dos usuários de drogas são a associação do uso à delinquência; o estigma atribuído; a inclusão do tráfico como geração de renda de populações mais empobrecidas; a utilização de mão de obra de jovens; o tratamento legal ser o mesmo tanto para a venda, porte e uso; Um fator prejudicial do uso são as perdas, como bens materiais, emprego e vínculos.</p> <p>A espiritualidade estimula a esperança e fortalecimento dos usuários, além de reforçar o suporte social; outro fator importante na recuperação de usuários de SPAs, é a garantia das necessidades básicas através de políticas públicas. A presença destas também possibilita o favorecimento das redes sociais;</p>	<p>se no uso de drogas ou podem oferecer recursos para o indivíduo integrar-se à vida social;</p> <p>A família, a espiritualidade e a expectativa de reaver a independência, através da obtenção de renda e emprego, são fatores que auxiliam na sustentação do tratamento e na abstinência. Tais recursos devem ser explorados pelos profissionais nos PTS.</p> <p>O uso de SPAs é uma estratégia de esquivar do sofrimento psíquico, desencadeado por relações familiares conflituosas e como busca de alívio para o sofrimento e dificuldades sociais. O preconceito da sociedade é considerado um fator que favorece a continuidade da adicção; a influência do contexto social do usuário configura-se como um fator de risco. É papel das equipes de saúde estarem preparadas para a abordagem à família e ao usuário. É muito importante a capacitação dos profissionais da APS para lidar com usuários de SPAs no território, visto que nem sempre essa formação é contemplada</p> <p>As ações realizadas pela ESF são relevantes para a recuperação e proteção da saúde de pessoas acometidas por essa realidade. Há reconhecimento por parte dos usuários que o serviço prestado pelas UBS, sobretudo dos ACS, propicia a aproximação dos usuários do tratamento e a formação de vínculo por meio de visitas, grupos e pela prática do acolhimento.</p>	<p>sobre as consequências e riscos relativos ao uso abusivo. As ações de promoção e prevenção devem deter como base os diferentes aspectos da vida do indivíduo, como vulnerabilidades sociais, família, estigmas, além de reforçar políticas públicas de inclusão e fortalecimento da advocacy (apoio para garantia de direitos). A promoção de autonomia perpassa pela reestruturação individual, com vínculos familiares, emprego, e direitos básicos.</p>
1 5	<p>O atendimento ofertado pelo grupo no CAPS possibilitou transformar o déficit de autocuidado decorrente do abuso de drogas. Usuários começaram a preocupar-se com suas demandas de saúde (alimentação e higiene, p. ex); O grupo alcançou o objetivo ao desenvolver junto aos usuários estratégias de RD, sem impor a abstinência; CAPS constitui cenário de cuidado coletivo;</p> <p>Atividade grupal proporcionou o compartilhar de projetos que auxiliam na reconstrução da história de cada pessoa – trouxe a singularidade dos sujeitos; possibilitou também a troca de saberes, a reflexão sobre os problemas de saúde e a construção de uma visão crítica sobre o estado de saúde dos envolvidos e a influência dos determinantes sociais no processo saúde / doença;</p> <p>Grupo traz o reconhecimento do papel do enfermeiro na promoção da saúde: ao conhecer o seu papel, o enfermeiro assume a função de agente de mudança, na promoção da autonomia e desenvolvimento das pessoas envolvidas no processo educativo, calcado na apreensão da realidade vivenciada pelos membros do grupo terapêutico;</p> <p>O grupo rompe preconceitos, possibilita desenvolvimento de potencialidades, benefício mútuo a usuários e profissionais, relação de respeito e confiança;</p> <p>Envolvimento de saberes técnicos e populares que contribuiu para a construção do processo de cuidar. Além disso, promoveu discussões referentes às questões de saúde e aquisição de novas habilidades, com resgate de autonomia e melhora da condição de saúde.</p>	<p>Necessário considerar a subjetividade de cada usuário nas intervenções terapêuticas e a complexidade do fenômeno uso do álcool ou de substâncias psicoativas</p> <p>O autocuidado interfere e é influenciado pela autoestima e pela construção de uma identidade pessoal, cultural e social. Portanto, o seu exercício está vinculado à decisão voluntária do usuário para se engajar em suas ações. No ambiente grupal, a intervenção de educação em saúde dissemina uma terapêutica alicerçada no respeito à liberdade de escolha, na construção de saberes embasados em reflexão e compreensão da vida de cada pessoa e auxilia na corresponsabilidade e no autocuidado.</p>	<p>A compreensão dos processos envolvidos no uso abusivo de álcool e drogas, bem como o compartilhamento coletivo das consequências, possibilitam o maior envolvimento dos usuários no próprio processo terapêutico (corresponsabilidade), construindo autonomia.</p>

1 6	<p>Usuários relatam que buscam ajuda do CAPSad pela vontade de deixarem de usar drogas, pelo incentivo e insistência dos familiares e devido à estigmatização social; buscam o serviço quando já perderam muitos bens materiais e vínculos com família e emprego;</p> <p>CAPSad visto como local de confiança, vínculos e suporte; usuários gostariam de ficar mais tempo no CAPSad, visto que não é 24h. Local no qual não sentem vontade de usar drogas. Consideram importantes os ensinamentos sobre drogas, e os valores para a vida, o trabalho e para a família;</p> <p>Dizem que discussões com a equipe permitem momentos de aconselhamentos e o tratamento psicológico é peça importante, além das consultas com os demais profissionais;</p> <p>Inserção social ocorre por meio de atividades em grupos, sendo que são citadas como importantes; o artesanato é considerado a principal atividade pois possibilita aprender algo novo, lazer e ocupar-se com algo. Outras atividades citadas são o grupo de sentimentos, pintura, jogos, conversas, viagens e o esporte;</p> <p>Críticas: uso dos medicamentos, falta de atendimentos com psicóloga, falta de diversidade e a monotonia das atividades disponibilizadas, necessidade de mais troca de conhecimento com pessoas externas ao serviço e realização de palestras; consideram que a prefeitura deveria dar mais atenção ao serviço;</p> <p>Abstinência é vista como uma meta clara, tanto para profissionais quanto usuários e familiares;</p> <p>Usuários citam que a falta de autocontrole acarreta em diversas limitações à vida, ao trabalho e às relações sociais; relatam os sentimentos negativos, os traços de personalidade, situações sociais e familiares, e outros vícios secundários (álcool e cigarro) como fatores que dificultam e atrapalham a reabilitação; logo, a força de vontade é considerada o mais importante no processo terapêutico; além da participação familiar.</p>	<p>O CAPSad deve continuar com seus objetivos de ensinar sobre a compreensão de saúde e vida do usuário. O que possibilita refletir sobre os danos causados pelas drogas e como o usuário pode criar subsídios para o autocontrole e para a RD;</p> <p>Uma das formas de incluir socialmente é por meio de oficinas terapêuticas (artísticas e artesanais), atuando no campo da cidadania. É também uma maneira de incentivar a preparação para o mercado de trabalho, fazendo com que o usuário retome suas atividades e descubra novas habilidades, na busca por sua independência.</p> <p>A dificuldade de se atingir a abstinência, meta quase inalcançável, leva o usuário à recaídas e a ser visto como fraco, gerando vergonha e culpa. É necessário abordar as drogas como uma questão biológica, psicológica e que está vinculada a amplo contexto social, para facilitar a compreensão dessas recaídas. A supressão do uso pode ser a melhor forma de reduzir os danos para algumas pessoas, mas é importante que essa conclusão seja tirada pelo próprio usuário, junto com a equipe que o acompanha;</p> <p>Os conflitos familiares podem dificultar a melhora do usuário, pois causam estresse e podem levar na busca das drogas como refúgio; o CAPSad deve pensar em formas de alcançar o apoio da família e a parceria do usuário com a equipe para garantir maiores chances de reabilitação; também deve buscar maior contato com a sociedade e diversidade em suas atividades.</p>	<p>O CAPSad deve orientar a construção de novas práticas que tenham como objetivo primordial o empowerment dos usuários; e a prevenção e o combate ao estigma e à discriminação; o desenvolvimento das capacidades sociais e a criação de um sistema de suporte continuado a médio e longo prazo, um cuidado em rede;</p> <p>Exclusão, preconceito e problemas socioeconômicos são entrave para a construção da cidadania e acarretam na perda de valor social; faz-se necessário que os estigmas sejam combatidos e desconstruídos, para que as pessoas possam ser vistas como integrantes da sociedade, como atores sociais, e tenham condições, de retornar à vida em sociedade</p> <p>Força de vontade do dependente químico é fundamental no processo de recuperação. Pois isso o faz considerar-se importante no processo de restabelecimento. Os sentimentos positivos e a autoestima precisam ser reforçados para que o dependente se sinta capaz de melhorar.</p>
1 7	<p>Acolhimento foi considerado pelos usuários um momento de escuta com respeito, momento de cuidado humanizado e que contribui para a redução do uso de substâncias – cria vínculo e não se baseia em atendimento burocrático e impessoal;</p> <p>Corresponsabilidade permite o usuário - segundo eles mesmos - se colocarem como sujeitos do processo terapêutico, ao mesmo tempo que possibilita o compartilhamento de saberes com profissionais e demais usuários, de maneira coletiva; proporciona relações de cuidado, alívio do sofrimento e desenvolvimento de vínculos;</p> <p>Tratamento é visto como a construção de encontros capazes de favorecer intersubjetividades ricas e plurais; há equidade no tratamento, pois se reconhece no cuidado as diferenças entre os sujeitos, tais como de raça, classe e gênero;</p> <p>As oficinas são consideradas espaços de diálogo e discussão sobre o enfrentamento diário para reduzir danos, ampliando o conhecimento acerca do uso das drogas e seus danos; a RD segundo os usuários é vista como um controle consciente, que não exige a abstinência, diferentemente do AA. É uma RD em relação ao dano financeiro, emocional, social... Faz</p>	<p>O cuidado humanizado gerou surpresa dos usuários diante um novo modo de cuidado. Mostra que a atenção dos profissionais é fator determinante para a qualidade dos serviços. O indivíduo é motivado e pode planejar mudanças que o ajudem a estabelecer outras prioridades em sua vida. Escuta e acolhimento promovem a responsabilização conjunta em direção à construção de autonomia. Há valorização da democratização da gestão do cuidado pela participação dos usuários nas decisões sobre a saúde;</p> <p>A oficina de RD é a estratégia que tem maior impacto no consumo e na redução de agravos, sem a preconização imperativa da abstinência. A RD substitui a repressão pura e simples ao uso, compondo um conjunto de estratégias para a inclusão social;</p> <p>As parcerias com outras instituições permitem um conjunto de intervenções baseadas nas demandas dos usuários. É a integralidade pensada em rede como objeto de novas práticas da equipe;</p>	<p>O cuidado humanizado, o acolhimento, a escuta, a criação de vínculos, as ações de RD, fazem parte do objetivo de construção de autonomia, de corresponsabilidade para a eficácia do tratamento. Ocasionalmente em redução dos danos aos usuários do serviço, inclusive reinserção social, cuidado integral e busca da cidadania.</p>

	<p>refletir sobre o auto cuidado e sobre as condições de vida, possibilitando engajamento para transformação de vida</p> <p>O trabalho em rede é destacado, sobretudo com outros dispositivos da rede de saúde e assist. Social</p> <p>Coletivo pontua, como um limite do serviço, a necessidade de mais disciplina e normas, para manter a ordem, principalmente quando relacionada à assiduidade e à implicação no tratamento, até mesmo como uma forma de possibilitar a convivência coletiva.</p>	<p>As normas são características históricas nos serviços de saúde mental. O poder da norma e da disciplina prescinde as diferenças individuais induzindo que o serviço funcione dentro de um sistema homogêneo. A disciplina, contudo, “fabrica” indivíduos; ela é a técnica específica de um poder que toma os indivíduos ao mesmo tempo como objetos e como instrumento de seu exercício.</p>	
1 8	<p>TC permitiu que usuário se aproximasse dos riscos psicossociais do alcoolismo. Ao se identificar com histórias trazidas no grupo, usuário permitiu-se reelaborar significados produzidos no espaço terapêutico frente aos seus próprios conflitos; foi possível rever sua relação anterior com o álcool e ampliar suas concepções a respeito do alcoolismo. O Compartilhamento potencializou também mudanças em sua autopercepção e em seu comportamento.</p> <p>Usuário pôde entrar em contato emocional com questões relacionadas ao uso abusivo do álcool, como o dano provocado, involuntariamente, a terceiros; também foi possível a generalização da experiência emocional, intensamente vivida durante a reunião grupal, para outros contextos de vida;</p> <p>O problema que, até então, possivelmente era percebido como circunscrito apenas à vida privada e à esfera individual, passou a fazer parte de subjetividade compartilhada, a partir da percepção do intenso sofrimento vivido pelo outro; a terapia foi significada como importante fonte de apoio social.</p> <p>A percepção das consequências do uso abusivo estimulou o usuário a valorizar o AA, a terapia e sua fé, fortalecendo sua convicção em relação à consistência de sua mudança pessoal;</p> <p>O fato de resignificar a relação com o álcool auxiliou o usuário a buscar cada vez mais sua autonomia em relação aos hábitos que alimentavam a dependência. Para tanto, foi necessário fortalecer sua autoestima e renovar diariamente a crença na possibilidade de superação da dependência do álcool.</p>	<p>A TC constitui estratégia efetiva na abordagem dos problemas psicossociais, associados ao uso de álcool, pois leva ao empoderamento pessoal e comunitário que contribui para fortalecer os vínculos e a reinserção social;</p> <p>Ela promove clima terapêutico de aceitação e escuta dos problemas, permitindo o sujeito expressar seu sofrimento e compartilhar estratégias de superação que emergem da experiência cotidiana do grupo. Proporciona a busca de soluções, socialmente partilhadas e adequadas ao contexto cultural, no qual a pessoa está inserida. É imprescindível contar com o apoio da comunidade.</p> <p>A TC, em associação com outros métodos complementares de suporte social e atividades socioeducativas, pode favorecer no participante compreensão ampliada de seus problemas decorrentes do uso crônico de álcool.</p>	<p>O diálogo, o compartilhamento de contextos de vida, e o apoio comunitário são fundamentais para o empoderamento pessoal e comunitário; favorece também o autoconhecimento; necessário entretanto outras ações de suporte social e atividades socioeducativas para compreensão mais ampla do contexto do uso abusivo de álcool.</p>
1 9	<p>Momento do acolhimento realizado por mais de um profissional, quando possível; profissionais consideram que a atitude de acolhimento deve ser constante, apesar do acolhimento não ser sempre realizado no momento necessário, devido à equipe reduzida; PTS é realizado junto ao usuário e é designado profissional de referência, afim de fortalecer vínculo, mas considera-se que deve haver continuidade do cuidado pela equipe multidisciplinar, para não compartimentar o cuidado ver usuário como um todo singular.</p> <p>Há realização de grupos e oficinas (teatro, música, capoeira etc). A oficina detém ligação com o PTS, realizadas por profissionais que conhecem o PTS dos participantes. Buscam desenvolver auto-reflexão acerca da vida/processo de cada um e desenvolvimento de potencialidades que auxiliem na terapêutica; promovem auto estima e ressocialização;</p>	<p>As práticas assistenciais correspondem a estratégias com o objetivo de acolher, planejar e realizar intervenções terapêuticas; destacam-se as oficinas e grupos terapêuticos multiprofissionais. O acolhimento ao usuário é também fundamental. Há reconhecimento de que existem fatores que dificultam que o acolhimento ocorra da maneira necessária; É muito importante realização do PTS, pois possibilita assistência planejada por equipe interdisciplinar que deve variar de acordo com as necessidades de cada usuário nos diferentes níveis de atenção;</p> <p>Faltam recursos essenciais para uma articulação efetiva entre os serviços, como sistema de referência e contra-referência; na implementação da rede se deve considerar a intersetorialidade, pois as necessidades dos sujeitos são diversas;</p>	<p>Resgate de autonomia e cidadania se realiza por acolhimento e elaboração de projeto terapêutico, com consultas individuais, grupos, oficinas e educação da população atendida. Essas atividades necessitam ser compartilhadas entre serviços e comunidade, afim de ocorrer valorização e reinserção social, que alavancam a autonomia e cidadania.</p>

<p>Há grupos terapêuticos, de primeira e segunda fase; nos primeiros o paciente está iniciando o processo terapêutico; no segundo são abordadas as necessidades intrínsecas/específica dos pacientes; há profissionais que expressaram que os grupos de segunda fase ocorrem com o paciente já em abstinência. Há grupos específicos para mulheres, para abordar as questões específicas ao gênero.</p> <p>Ampliação do contato com a rede é necessária, para expandir os locais de socialização; para desenvolver a reinserção por meio das dimensões do trabalho, estudo, cultura, política etc. Necessidade de maior vínculo com demais serviços de saúde e assistência social.</p> <p>CAPSad não atendem todas as demandas de usuários de drogas, pois quando há síndrome de abstinência e necessidade de internação não há equipamentos necessários; há muitas dificuldades em encaminhamento a hospitais, pela falta de transporte e leitos; a equipe, ainda, é reduzida e conta com poucos recursos; destaca-se pelos profissionais a participação da família na terapêutica, mas não há grupo com familiares;</p> <p>Caso o usuário use drogas, ele passa a ir cotidianamente para o CAPS (nível intensivo, cotidiano); há ainda o nível não intensivo e alta só é pensada depois de muito tempo de abstinência.</p>	<p>A universalidade de acesso e a integralidade devem ser asseguradas, por meio de redes descentralizadas, mais atentas às desigualdades, ajustando de forma equânime as ações às necessidades da população.</p> <p>O uso de drogas não deve ser considerado uma patologia em si mesma, mas a consequência de uma problemática subjacente que conduz a ele; os fatores que determinam o uso de drogas são múltiplos e, eminentemente psicossociais; necessário que as estratégias de cuidados estejam pautadas na RD.</p>	
<p>2 0</p> <p>Oficinas buscam ser intervenções terapêuticas que promovem a socialização e independência dos usuários, o desenvolvimento de habilidades, do acesso aos conteúdos simbólicos latentes, ainda como uma atividade recreativa e àquelas voltadas a geração de renda/profissionalizantes;</p> <p>Ações reabilitatórias são apontadas como possibilitadoras da circulação pelo território e a ampliação da rede social e cultural;</p> <p>CAPS possibilita parcerias para instrumentalizar o sujeito para reinserção social e produção de autonomia; como realizar cursos de capacitação profissional; porém não atinge objetivo da reabilitação psicossocial;</p> <p>Oficinas profissionalizantes, entretanto, como práticas de entretenimento, não transforma a vida dos usuários;</p> <p>Conceito de Reabilitação Psicossocial que mais se evidencia ainda está associado ao modelo psiquiátrico tradicional, ou seja, atrelado à lógica da normalidade social, sendo esse o principal desafio a ser superado quando se considera o modelo psicossocial de atenção</p>	<p>As oficinas e atividades externas são as principais ações terapêuticas. Buscam formas mais sociabilizantes de tratamento, possibilitando a circulação dos usuários pela cidade, confrontando o preconceito social. A finalidade é possibilitar acesso a uma constituição afetiva, relacional, material, laboral e habitacional; busca criar novos valores sócio-culturais a serem apreendidos;</p> <p>A mudança na cultura hospitalocêntrica na saúde mental não se faz apenas com a implantação de novos serviços, mas com a transformação das práticas. É necessária uma articulação dos serviços que permita construir um novo profissionalismo dos técnicos. Necessário formação para que os profissionais tenham compromisso, ousando colocar em prática iniciativas que promovam emancipação;</p> <p>As oficinas profissionalizantes não expressaram os pressupostos da reabilitação psicossocial, pois não incluem o sujeito nas trocas sociais. Ainda estão vinculadas à característica da psiquiatria tradicional, o entretenimento (passar do tempo dentro de um espaço, com atividades recreativas e ergoterápicas, que não possuem capacidade de transformar a vida dos usuários). O direito ao trabalho tem que extrapolar o terapêutico propriamente dito e buscar reinserção nas redes de produção, troca e consumo.</p> <p>O conceito de Reabilitação Psicossocial que mais se evidenciou ainda está associado ao modelo psiquiátrico tradicional, atrelado à lógica da normalidade social. Para desconstruir o paradigma psiquiátrico de exclusão e controle, o serviço deve estar comprometido com a transformação das condições de vida dos usuários.</p>	<p>A Reabilitação Psicossocial deve orientar a construção de novas práticas que tenham como objetivo primordial: a emancipação (empowerment) dos usuários; a prevenção e combate ao estigma e à discriminação; o desenvolvimento das capacidades sociais e a criação de um sistema de suporte continuado (a médio e longo prazo).</p> <p>O que possibilita isso e promove autonomia, portanto, é o estabelecimento de vínculos sociais pelas oficinas e grupos; o percorrer e fazer parte da cidade, estar imerso nas relações de produção e compartilhamento (de produtos, de sentimentos e afetos, nas relações); beneficiar-se, assim como qualquer cidadão detém direito, dos diferentes serviços em rede, de saúde, cultura, assistência social, educação e trabalho;</p> <p>O terapêutico em si encontra-se inegavelmente associado ao efetivo reconhecimento do usuário dos serviços de saúde como um sujeito portador de direitos, como cidadão, em um ambiente</p>

			favorecedor da autonomia criativa e da participação democrática.
2 1	<p>CAPSad visto não como um direito dos usuários, direito à saúde, mas como um “presente”; falta usuários se verem como cidadãos, o que não é construído pelos serviços analisados; Por vezes a cobrança das regras é considerada exagerada e rigorosa; as regras/atividades de manutenção do serviço, realizadas pelos usuários, destacaram-se como imposições; há certo engessamento das práticas e protocolos acerca das atividades no serviço, evidenciando práticas de controle e institucionalização;</p> <p>CAPSad segundo os usuários busca um atendimento humanizado (conforme diretrizes do SUS), mas é o único serviço da rede que se preocupa com isso, segundo os usuários;</p> <p>Há falta de ações ligadas à profissionalização e ao lazer/esportes, o que segundo os usuários auxiliaria no processo terapêutico; pouca referência à necessidade de desenvolvimento de parcerias para atividades de profissionalização ou geração de renda, pelos profissionais. Os usuários expressaram perceber muito a exclusão social; expressaram a necessidade da sociedade deixar de vê-los como vagabundos/marginais; a pobreza e problemas sociais impedem muito a reinserção social – inclusive o racismo;</p> <p>Profissionais expressam considerar a abstinência a melhor forma de tratamento; evidenciando a vigilância constante sobre os usuários. Junto a uma percepção do uso de drogas como uma doença crônica, incurável, sempre presente. Alguns usuários consideraram positivo serem vistos como doentes;</p> <p>Rede precária dificulta prosseguimento do processo terapêutico, pois profissionais relatam não haver para onde encaminhar após melhora; os autores sociais estudados também pouco se referiram a atividades evidenciando o papel da família. Há dificuldade na compreensão dos princípios da redução de danos, falta de capacitação profissional;</p> <p>A reflexão sobre as implicações dos processos de socialização masculina, que expõe os homens a situações vulnerabilizantes e os coloca, por exemplo, como a população majoritária dos serviços de saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de drogas, também não estava presente no cotidiano das práticas dos vários atores sociais em questão.</p>	<p>O modelo de atenção psicossocial ainda não faz parte do cotidiano dos serviços. Em um dos CAPS há o reforço da concepção de usuários como doentes, e no outro houve dúvidas acerca da forma adequada de se aproximar dos usuários. Não houve também, em geral, a percepção da atenção à saúde como um direito, nem dos usuários como cidadãos e da importância de sua organização. A identificação como doente é justificativa social para o “desvio”/uso abusivo. Esse lugar é aceito por muitos usuários para lidar com a exclusão e a culpa. Isso é obstáculo para uma atenção integral, pois a noção de doentes ou de marginais dificultam o fortalecimento da organização dos usuários, pois contribuem com a passividade e a exclusão.</p> <p>A abstinência evidencia contradições nos discursos. Pois só com ela os usuários parecem ser aceitos socialmente, demonstrando a noção de que o usuário precisa de ajustamento e “purificação”. Colocando a RD em segundo plano. Abstinência evidencia também a noção de localização no corpo a sede de uma doença e qualifica o uso de medicamentos na prática psiquiátrica.</p> <p>Somente a ampliação da rede não é suficiente para uma atenção integral. É necessário: profissionais que compreendam e apliquem os princípios da atenção psicossocial e dispostos a romper com a lógica de controle e exclusão; formulação de políticas mais amplas e intersetoriais; educação para a sociedade refletir sobre o uso de drogas, de forma menos moralista e mais ética; implementar os princípios da RD, que estimula ações de protagonismo social/político dos usuários. Necessário formação sobre os processos de socialização masculina e ações nesse campo. É necessário também pensar estratégias mais eficazes de inserção dos acompanhantes/família no processo terapêutico, de forma que haja sua corresponsabilização.</p>	<p>É necessário que as ações dos serviços detenham como objetivo fim do controle e exclusão do usuário de drogas, a fim de promover autocuidado e autonomia necessária para os próprios usuários advogarem a respeito de seus direitos.</p>
2 2	<p>Uso abusivo ocasiona a quebra de vínculos familiares; os vínculos mantidos estão em stress constante. Famílias desgastadas. Os próprios usuários expressam que os vínculos são ambíguos, pois por vezes fortalecem o processo terapêutico e por vezes dificultam;</p> <p>Vínculos de trabalho são perdidos devido às consequências do uso abusivo e à estigmatização; desemprego estrutural da sociedade também gera sofrimento e crises;</p> <p>CAPS preconiza a abstinência total; o que promove o afastamento da rede social estabelecida por meio das drogas, como outros usuários nos bares; acarretando em poucos ou nenhum vínculo de amizade. Estudo também destaca poucos vínculos com a igreja;</p>	<p>Vínculos familiares são quebrados devido à dependência e se intensificam devido a recaídas durante processo terapêutico; o CAPSad torna-se assim principal vínculo e estabelecedor de vínculos para os sujeitos;</p> <p>Devido ao modelo psicossocial ser recente, ocorre a falta de engajamento de alguns profissionais que não estão sensibilizados e tiveram a formação voltada ao modelo biomédico; disso decorre a reprodução do modelo excludente, por desacreditarem nessa forma distinta de terapêutica. O que acarreta na dificuldade de funcionamento dos serviços. É urgente a capacitação dos profissionais e alteração nos moldes de ensino das disciplinas para que saber e prática caminhem conjuntamente; além da</p>	<p>Necessário criação e restituição de vínculos sociais, para não ocorrer dependência/institucionalização em relação ao CAPSad e possibilitar autonomia social dos indivíduos; isso se potencializa com ações comunitárias, desenvolvimento da rede, na qual os usuários desenvolvem os vínculos e novas</p>

<p>CAPSad como ponto da rede de relações dos indivíduos que oferece apoio, ajuda material, serviços e contatos sociais;</p> <p>Visitas domiciliares e intervenções comunitárias, entretanto, não são realizadas; o que demonstra segundo o estudo confusão entre serviços regionalizados e intervenções comunitárias - o que acarreta que o CAPSad caracterize-se com práticas institucionalizadas;</p> <p>CAPSad com alta demanda, pouca estrutura e profissionais acarreta na não realização de visitas domiciliares e intervenções comunitárias; é necessário capacitação profissional, suporte à rede de vínculos e intervenções comunitárias.</p>	<p>formação para uma visão mais abrangente acerca da atuação comunitária e voltada para a o modelo da reforma psiquiátrica.</p> <p>O CAPSad, como principal rede operante dos indivíduos, amplamente excluídos de uma vida social digna, necessita de intervenções que enfoquem nas dificuldades de estabelecer vínculos saudáveis e duradouros. E também intervenções com enfoque na família, afim de modificar a estrutura vulnerável decorrentes das consequências do processo de uso abusivo.</p>	<p>formas de socialização e de domínio sobre a própria vida.</p>
--	---	--