UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS CHAPECÓ
CURSO DE MEDICINA

ANA LUIZA VIEIRA FERREIRA GUIMARÃES LOPES
LAURA MARIA BALESTRERI NUNES

SOBRE O PACIENTE, PELO PACIENTE:
POTENCIALIDADES E ENTRAVES DO ITINERÁRIO TERAPÊUTICO PERCORRIDO POR USUÁRIOS COM TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS

CHAPECÓ
2023

ANA LUIZA VIEIRA FERREIRA GUIMARÃES LOPES
LAURA MARIA BALESTRERI NUNES

SOBRE O PACIENTE, PELO PACIENTE:
POTENCIALIDADES E ENTRAVES DO ITINERÁRIO TERAPÊUTICO PERCORRIDO POR USUÁRIOS COM TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS

Trabalho de Curso (TC) apresentado ao Curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, *Campus* Chapecó (UFFS), como parte dos requisitos para obtenção do título de Médica.

Orientadora: Prof.ª Dr.ª. Graciela Soares Fonsêca

CHAPECÓ
2023

Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS

Lopes, Ana Luiza Vieira Ferreira Guimarães
Sobre o paciente, pelo paciente: Potencialidades e entraves do itinerário terapêutico percorrido por usuários com Transtorno por Uso de Substâncias / Ana Luiza Vieira Ferreira Guimarães Lopes, Laura Maria Balestreri Nunes. -- 2023.
36 f.

Orientadora: Dra Graciela Soares Fonseca

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de Bacharelado em Medicina, Chapecó,SC, 2023.

1. Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias. 2. Itinerário Terapêutico. 3. Assistência à Saúde Mental. 4. Serviços de Saúde Mental. 5. Usuários de Drogas. I. Nunes, Laura Maria Balestreri II. Fonseca, Graciela Soares, orient. III. Universidade Federal da Fronteira Sul. IV. Título.

Elaborada pelo sistema de Geração Automática de Ficha de Identificação da Obra pela UFFS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
COORDENAÇÃO ACADÊMICA - CHAPECÓ

FOLHA DE APROVAÇÃO Nº 1 / 2023 - ACAD - CH (10.41.13)

Nº do Protocolo: 23205.028145/2023-79

Chapecó-SC, 12 de setembro de 2023.

ANA LUIZA VIEIRA FERREIRA

GUIMARÃES LOPES LAURA MARIA BALESTRERI

NUNES

SOBRE O PACIENTE, PELO PACIENTE:

POTENCIALIDADES E ENTRAVES DO ITINERÁRIO TERAPÊUTICO PERCORRIDO POR USUÁRIOS COM TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), como requisito para obtenção do título de Médica.

Este trabalho foi defendido e aprovado pela banca em 22/06/2023.

BANCA EXAMINADORA

Prof.ª Dr.ª Graciela Soares Fonsêca ? UFFS
Orientadora

Prof. Ms. Felipe José Nascimento Barreto ? UFFS
Avaliador

Prof. Dr. Paulo Roberto Barbato ?
UFFS Avaliador

(Assinado digitalmente em 12/09/2023 19:03)
FELIPE JOSE NASCIMENTO BARRETO
PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR
ACAD - CH (10.41.13)
Matrícula: 1922241

(Assinado digitalmente em 12/09/2023 15:39)
GRACIELA SOARES FONSECA
PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR ACAD - CH (10.41.13)
Matrícula: 2301769

(Assinado digitalmente em 12/09/2023 17:10)
PAULO ROBERTO BARBATO
PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR
ACAD - CH (10.41.13)
Matrícula: 1771071

Visualize o documento original em **https://sipac.uffs.edu.br/public/documentos/index.jsp** informando seu número: **1**, ano: **2023**, tipo: **FOLHA DE APROVAÇÃO**, data de emissão: **12/09/2023** e o código de verificação: **41e0a2f81e**

Dedicamos esse trabalho a todos os
profissionais que defendem incessantemente o
direito à saúde dos invisíveis.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de agradecer a minha parceira de pesquisa, Laura – amiga que permaneceu comigo desde o princípio da jornada da Medicina e que foi grande responsável pela realização do presente Trabalho de Curso. Gostaria de agradecer também a nossa orientadora e professora, Graciela, que aceitou nos orientar mesmo com todas as demandas e que realizou um trabalho fantástico.

Com fins de construir uma linha de raciocínio apta a discutir o assunto, os também professores da Universidade Felipe José e Anderson Funai foram essenciais na fase de estruturação de embasamento teórico.

Durante o período de entrevistas, a receptividade do sistema foi imprescindível para a qualidade das visitas, de áudio e de ambiência para a coleta de dados. Essa receptividade esteve materializada pela Assistente Social Zaida Castro, novamente, agradeço!

Por fim, agradeço infinitamente à minha família, resiliente e companheira, que compreendeu a complexidade do momento e esteve próxima, dentro do possível. Em especial ao meu pai, que acreditou no meu sonho de entrar nesse curso e mudar de cidade tão nova.

Não posso deixar de fazer agradecimentos científicos ao psicólogo Carl Hart, à psiquiatra Ana Pitta, ao psiquiatra Paulo Amarante, além de todos os outros cientistas que estudam a psiquiatria além dos muros dos hospitais e possibilitam a visualização de um futuro menos cruel.

Ana Luiza V. F. Guimarães Lopes

Agradeço aos meus pais, por sempre estarem presentes e dispostos a me apoiar, mesmo quando eu não conseguia estar tão próxima, e à minha irmã, por nunca me deixar sentir sozinha. À minha orientadora, Graciela, pela paciência e maestria no exercício da sua atribuição, mas também como professora a quem se pode recorrer uma conversa e um café para suavizar dias difíceis. Aos meus amigos, por me fazerem lembrar da melhor parte de mim e por vezes resgatarem minha vontade de continuar, e em especial a minha parceira de TC e amiga dos dias todos, Ana Luiza, pelo entusiasmo para desenvolver esta pesquisa partindo do zero, por andar comigo neste trajeto e por ser a pessoa que ninguém mais poderia ser.

Sou grata, particularmente, às pessoas que se mobilizaram no ensejo de tornar esta pesquisa possível. Aos professores Felipe José, pelas orientações e apoio quando este projeto

era apenas uma ideia, bem como ao professor Anderson Funai, pela disponibilidade, livros e conversas indispensáveis ao delineamento deste estudo. À Zaida, que proporcionou as condições para realizarmos esta pesquisa, nos recebeu com entusiasmo e nos fez sentir bem-vindas em nosso propósito.

Por fim, agradeço à Liane Keitel, por ir além do que se possa esperar, e me auxiliar com indicações de livros, teses e autores, além de conversas riquíssimas.

De mente e coração abertos, muito obrigada!

Laura Maria Balestreri Nunes

○: estão perto.
Mais dois corredores, me pegam (continuo correndo).
Passo pela porta, o sinal ●.
Atravesso o labirinto de ◒, ◓, ◐, ◑, ◕, ○, ⊖, ●, ◔, ◕, em direção a um ponto ⊕ - encruzilhada versus encruzilhadas.
Fecho a porta.
Chego ao beco sem saída: ◔. Correndo, ouço seus gritos de triunfo.
○, ●, ⊗, ◑, ◕, ◐, ⊕, ◑, ⊖, ◕, ⊘: corredores.
Agora, os ⊘, ◕, ◕, ○, ◔, ◐, ● e os ⊗ estão nos meus calcanhares.
Infinitos.
Grandes.
Ferozes.
Me tranco no último corredor: fim da linha.
Batem na porta.
Tomo a pílula que me transporta para outra dimensão. Um segundo, já sinto os efeitos.
Outro lugar. Sou outro.
A cabeça roda, rodopia, me transformo em flor, no planeta Vênus.
- Não está aqui, escapou - diz
Meus perseguidores tomam suas pílulas, vêm atrás de mim.
Tomo outra pílula, me transformo em pedra: planeta Saturno.
◐, ◕, ◕, ◔, vêm atrás.
Tomo outra. Sou sombra no Sol. ●, ◕, vêm atrás. Outra. Vapor em Júpiter.
Outra. Eles - atrás. Outra.
Sou ideia na cabeça de um homem do planeta Terra.
Qual o homem, qual a ideia?
Continuo correndo, fugindo.
Chego, finalmente, à conclusão:
Ninguém vai me alcançar agora que ●

RESUMO

O percurso que um indivíduo com Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias (TUS) segue na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) abrange desde a Atenção Básica (AB) e o tratamento ambulatorial até o acolhimento noturno no Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS-AD). Tendo em vista a alta prevalência do TUS, as recentes mudanças nas políticas que regulam seu manejo no Sistema Único de Saúde (SUS), além da necessidade de produção científica na área, o presente trabalho objetiva analisar a percepção dos usuários com TUS) em tratamento no CAPS AD III de um município de médio porte do estado de Santa Catarina, sobre as potencialidades e entraves identificados em seus itinerários terapêuticos. Trata-se de estudo qualitativo, em que os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, audiogravadas, com 12 pacientes em desintoxicação assistida na instituição. O material audiogravado foi transcrito e analisado pela metodologia de Hermenêutica-Dialética. As categorias de análise que nortearam o estudo foram: Potencialidades e Entraves encontrados pelos usuários durante o itinerário terapêutico. Os resultados obtidos apontaram potencialidades do CAPS-AD III, como o acolhimento, a empatia dos profissionais, o desenvolvimento de boas relações entre os usuários e a boa ambiência, além da terapia farmacológica. Foram destacados aspectos protetivos ao uso nocivo de drogas, sendo esses a motivação, a estabilidade conjugal e o trabalho, além de atributos do CAPS-AD III relacionados a humanização do cuidado, como escuta ativa e empatia, que foram particularmente destacados como agentes capazes de resgatar sentimentos de pertencimento e identidade. Os entraves encontrados no percurso terapêutico relacionam-se à duração do tratamento e à reclusão social, atrelados à proposta absenteísta em uma conjuntura político-social proibicionista, além de fatores socioambientais como vínculos e ambientes propícios ao consumo. Em suma, o TUS é uma condição de etiologia multifatorial e necessita de uma abordagem terapêutica de igual dimensão, com fortalecimento nas estratégias de continuidade do cuidado e reinserção social após os dias de acolhimento.

Palavras-Chave: Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias; Itinerário Terapêutico; Assistência à Saúde Mental; Serviços de Saúde Mental; Usuários de Drogas.

ABSTRACT

The pathway followed by an individual with Substance Use Disorder (SUD) in the Psychosocial Care Network (RAPS) encompasses from Primary Care and outpatient treatment to overnight accommodation in the Psychosocial Care Center - Alcohol and Drugs (CAPS AD). Considering the high prevalence of Substance Use Disorder, recent changes in the policies governing its management in the Health System (SUS), as well as the need for scientific production, the present study aims to analyze the perception of users with Substance Use Disorder undergoing treatment at CAPS AD III in a city in a medium-sized city of Santa Catarina, Brazil, regarding the strengths and barriers identified in their therapeutic itineraries. This is a qualitative study in which data were collected through semi-structured, audio-recorded interviews with 12 patients undergoing assisted detoxification at the institution. The audio-recorded material was then transcribed and analyzed using Hermeneutic-Dialectic methodology. The categories of analysis that guided the study were: Strengths and Barriers by the perception of users during the therapeutic itinerary. The results obtained pointed to strong points of CAPS-AD III such as welcoming, empathy of professionals and the development of good relationships among users, as well as pleasant environment and quality pharmacological therapy. Protective aspects against harmful drug use were also highlighted, such as motivation, marital stability and employment, in addition to attributes of CAPS-AD III related to the humanization of care, such as active listening and empathy, which were particularly emphasized as agents capable of restoring feelings of belonging and identity. The barriers encountered in the therapeutic path relate to the duration of treatment and social exclusion, linked to an abstentionist approach in a prohibitionist political and social context, as well as socio-environmental factors, including relationships and environments conducive to drug use. In summary, SUD is a condition with multifactorial etiology that requires a therapeutic approach of equal magnitude, with a focus on continuity of care strategies and social reintegration after the period of accommodation.

Keywords: Substance-Related Disorders, Therapeutic Itinerary; Mental Health Assistance; Mental Health Services; Drug Users.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
CAPS-AD	Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas
DSM V	*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais)
DSS	Determinantes Sociais em Saúde
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção em Saúde
RD	Redução de Danos
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TUS	Transtorno por Uso de Substâncias
UFFS	Universidade Federal da Fronteira Sul

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 12

2 METODOLOGIA 14

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO 15

3.1 ITINERÁRIO TERAPÊUTICO: POTENCIALIDADES 16

3.1.1. Acolhimento, subjetividade e humanização 16

3.1.2. Fatores ambientais e farmacológicos 18

3.2 ITINERÁRIO TERAPÊUTICO: ENTRAVES 23

3.2.1. Objetividade, referenciamento e longitudinalidade no cuidado 23

3.2.2. Reinserção social e reabilitação psicológica 27

CONSIDERAÇÕES FINAIS 31

REFERÊNCIAS 32

ANEXO A – Instrumento de Coleta de Dados 35

1 INTRODUÇÃO

Existem diversas formas de conjecturar o que é o uso, o abuso e a adicção. Ao longo da história, o uso de substâncias estupefacientes e a dependência delas foram percebidos de formas diferentes. Há documentos, por exemplo, que indicam o uso da *Cannabis* de forma recreativa, medicinal e têxtil desde os tempos neolíticos (LI, 1974). Na civilização romana, os adeptos a Dionísio enxergavam a ebriedade como algo a ser celebrado, uma comunicação com entidades (RONCHEY, 2016). Acerca das definições de adicção, teorias foram formuladas no livro "*Theories of Addiction*", concluindo que o termo "adicção" normalmente é utilizado para definir uma síndrome de descontrole comportamental que causa ou pode causar dano significativo ao indivíduo (WEST; BROWN, 2013). Além disso, para diagnosticar a síndrome de adicção, são utilizados critérios baseados nos princípios de Edwards e Gross (1976), contando com a presença de sinais e sintomas como a tolerância, a sensibilização e as fissuras (*cravings*).

A partir do mais recente DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) (2014), são chamados de portadores de "Transtornos por Uso de Substâncias" os indivíduos que fazem uso problemático de determinada substância. O DSM-5, ao eleger as definições dos acometidos pelo transtorno, aborda que:

> A característica essencial de um transtorno por uso de substâncias consiste na presença de um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos indicando o uso contínuo pelo indivíduo apesar de problemas significativos relacionados à substância (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p.483).

Uma vez diagnosticado, o paciente acolhido pela unidade assistencial pode ser referenciado para o atendimento especializado, de acordo com o Projeto Terapêutico Singular (PTS) construído pelos profissionais da saúde (BRASIL, 2007). Nesse sentido, a abordagem terapêutica eleita pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) pode seguir diferentes estratégias. Uma das estratégias utilizadas no Brasil, ao longo de um período de quase 40 anos, foi a de Redução de Danos (RD), que hoje encontra-se escanteada por ideais proibicionistas dando lugar à estratégia absenteísta, que valoriza principalmente a abstinência como ponto crucial ao início do tratamento, trazida pelo novo Plano Nacional de Políticas Sobre Drogas (BRASIL, 2019b). Além disso, alguns métodos podem ser adotados ao longo do processo terapêutico, como a administração de medicamentos; a psicoterapia individual ou em grupos; dentre outros dispositivos (NETO; GAUER; FURTADO, 2021). Independente da abordagem utilizada, é de

consenso na literatura que existem altas taxas de recaídas sofridas pelos pacientes, as quais são consideradas parte do processo terapêutico (FERREIRA *et al*., 2016).

Segundo o último Relatório Mundial sobre Drogas (2022), aproximadamente 284 milhões de pessoas usaram drogas no mundo no ano de 2020 — majoritariamente homens e jovens —, enquanto 36 milhões sofreram de transtornos associados ao uso de drogas, cerca de 13% daqueles. (UNODC, 2022). No Brasil, o último Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira, que foi encerrado em 2017, mostrou que aproximadamente 10% dos brasileiros relataram já ter usado drogas ilícitas alguma vez. Já em relação ao álcool, a prevalência aumenta substancialmente, uma vez que 30% dos participantes do estudo relataram ter feito uso de bebidas alcoólicas nos 30 dias anteriores. Além disso, a região Sul liderou as maiores porcentagens de consumo de bebidas nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias anteriores à pesquisa (BASTOS, 2017).

Para entender como foi construída a Política Sobre Álcool e Drogas de 2019, é importante compreender o histórico brasileiro na área da psiquiatria e o contexto mundial. Até meados do século XX, não havia regulamentação sobre o uso de drogas no Brasil (SANTOS; OLIVEIRA, 2012). Há uma dificuldade em legislar sobre as substâncias que alteram a fisiologia do ser humano pois não existe uma base científica que assegure que as drogas lícitas sejam menos prejudiciais do que as drogas ilícitas (MACHADO; BOARINI, 2013). Dentro de um paradigma proibicionista, em que os Estados Unidos da América foram pioneiros, adotou-se a abstinência como um traço do cidadão modelo, associada a maior produtividade. Com isso, para que a sociedade se veja livre do uso problemático dessas substâncias, houve a proibição generalizada (COURTWRIGHT, 2004).

A Política Sobre Álcool e Drogas tem o CAPS AD como seu campo de atenção especializada, inserido na RAPS. O CAPS AD III está regulamentado pela Portaria nº130, de 26 de janeiro de 2012, sendo um serviço que funciona de forma aberta, com disponibilidade para atender casos novos ou vinculados, sem atendimento prévio em determinados horários do dia. A permanência no acolhimento noturno no ambiente de desintoxicação assistida pode durar até 14 dias (BRASIL, 2012).

O objetivo do trabalho é analisar a percepção dos usuários com TUS, em tratamento no CAPS AD III de um município de médio porte do estado de Santa Catarina, sobre as potencialidades e entraves identificados em seus itinerários terapêuticos.

2 METODOLOGIA

Estudo exploratório de natureza qualitativa desenvolvido em um CAPS AD localizado em um município de médio porte do estado de Santa Catarina. De acordo com a prévia da população do Censo de 2022 do IBGE, o município apresenta uma população de 251.150 habitantes, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,790, possuindo o sexto maior PIB per capita em relação aos municípios da região geográfica imediata (IBGE, 2023). A RAPS do município conta com uma capacidade física de 27 Unidades Básicas de Saúde, 01 CAPS para Adultos, 01 CAPS Infantil e 01 CAPS AD III. Além disso, há duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), uma unidade hospitalar e uma Unidade de Acolhimento (UA) (CHAPECÓ, 2019).

O CAPS AD III conta com uma equipe multiprofissional formada por médicos, enfermeiros, psicólogos, assistente social e terapeutas ocupacionais, sendo responsável pelo atendimento de cerca de 500 pacientes mensalmente. Parte desses pacientes podem permanecer internados nos 12 leitos de atendimento noturno por até 14 dias (CHAPECÓ, 2019).

A coleta de dados foi realizada em dois dias dos meses de março e abril de 2023, sendo incluídos todos os pacientes que, no momento da coleta de dados, estavam em acolhimento noturno no CAPS AD III e que aceitaram participar do estudo. A amostra foi definida por saturação, sendo encerradas as entrevistas quando as temáticas foram repetindo-se.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, audiogravadas, conduzidas por um roteiro orientador composto por cinco tópicos, em sala reservada do serviço. Na sequência, as entrevistas foram transcritas, organizadas, codificadas e categorizadas de acordo com as seguintes categorias: Potencialidades e Entraves do itinerário terapêutico.

Para analisar os dados foi utilizada a Hermenêutica-Dialética, conforme descrito por Minayo (MINAYO; DESLANDES, 2008). Segundo a autora, a hermenêutica busca as bases concordantes e a compreensão da linguagem em sua tradição, valorizando o consenso; já a dialética explora a atitude crítica, na tentativa de compreender a realidade através da contradição, pressupondo a transformação e o movimento das significâncias na estruturação dos discursos, a fim de valorizar os contrastes.

O projeto foi submetido à análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), sendo aprovado pelo parecer nº. 5.881.281, emitido em 07 de fevereiro de 2023.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi composta por 12 pacientes. Apesar de não ter sido feita distinção entre gêneros durante a coleta de dados, todos os entrevistados foram homens, em amplo espectro de idade (entre 25-66 anos), conforme a caracterização apresentada no Quadro 1. As drogas de escolha variaram entre álcool, cocaína e crack, além daqueles que possuíam mais de uma substância de escolha, que em alguns casos foram muito diversas.

Quadro 1 - Caracterização dos entrevistados

Código	Idade	Sexo	Estado civil	Rede familiar	Moradia	Substância de escolha	Tabagismo	Histórico Familiar
P01	41	M	Separado	Não possui	Sozinho	Cocaína	Sim	Negativo
P02	26	M	Solteiro	Possui	Sozinho	Cocaína	Sim	Positivo
P03	32	M	Separado	Possui	Sozinho	Álcool	Não	Negativo
P04	39	M	Separado	Possui	Sozinho	Crack e álcool	Sim	Negativo
P05	25	M	União estável	Possui	Com família	Crack, cocaína e álcool	Sim	Negativo
P06	35	M	Separado	Não possui	Casa de passagem	Crack e outros alucinógenos	Sim	Negativo
P07	66	M	Separado	Não possui	Sozinho	Álcool	Sim	Negativo
P08	60	M	Separado	Possui	Com família	Álcool	Sim	Positivo
P09	53	M	Separado	Possui	Com família	Álcool	Sim	Positivo
P10	33	M	Separado	Possui	Com família	Cocaína	Não	Negativo
P11	49	M	União estável	Não possui	Com família	Álcool	Sim	Positivo
P12	38	M	Separado	Possui	Situação de rua	Crack	Sim	Negativo

Fonte: Elaborado pelas autoras (2023)

Também foi perceptível o predomínio de indivíduos com estado civil separado ou divorciado, conforme a 4ª coluna do quadro. Outro fator de relevância foi a conexão de diversas substâncias com o tabagismo, que em apenas dois entrevistados não estava presente. Dentro da ambiência do CAPS AD III, os pacientes podem fumar em áreas selecionadas. Já outras

categorias, como a rede familiar, moradia e histórico familiar foram variadas, sendo importantes para a compreensão dos Determinantes Sociais em Saúde (DSS) envolvidos nos respectivos processos.

3.1 ITINERÁRIO TERAPÊUTICO: POTENCIALIDADES

"The boulevard is not that bad" - Elton John

3.1.1. Acolhimento, subjetividade e humanização

Os pacientes em acolhimento noturno no CAPS AD III realizam desintoxicação assistida por profissionais da área da saúde em uma lógica multiprofissional e interdisciplinar, voltada à reabilitação social (BRASIL, 2011). Durante as entrevistas realizadas, foi notável a percepção positiva sobre o tratamento realizado na instituição. Ao serem questionados sobre quais eram as potencialidades encontradas no serviço, o acolhimento dos profissionais e o bom relacionamento que os usuários desenvolvem entre si apareceram em diversas falas, como as explicitadas a seguir:

> *"Em casa não dá [para parar de beber]. [...]. Aqui, tem a rotina e o incentivo, que valem muito. A psicóloga vem e conversa com você. A médica que me tratou, conheço ela, um amor. Gente finíssima. Quando eu cheguei e olhei pra ela, ela falou 'Recaiu, P08?' e eu disse 'Posso lhe dar um abraço, doutora?' e ela disse 'Pode'. Querida, todo o pessoal ali gosta dela - quer dizer, de todas as médicas, mas ela é separado" (P08).*

No discurso de P08, é possível distinguir a percepção de que existe a necessidade de amparo profissional à cessação do uso. Em um primeiro momento, esse destaque revela o papel da instituição no cuidado em saúde em relação à própria infraestrutura e auxílio profissional, na criação de um espaço que possibilita a melhora do controle do vício e da condição física e mental. Contudo, infere-se também que essa assistência exige não apenas instrumentalização técnica, mas qualidades como empatia e escuta ativa - atributos remetidos à estratégia de Clínica Ampliada, dispositivo de cuidado que faz parte da Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2007).

Nesse sentido, identificamos que o CAPS AD III pode não apenas proporcionar uma desintoxicação química, mas também ser um ambiente de acolhimento à pessoa em sofrimento psíquico com TUS. Assim, deduz-se que esse transtorno não remonta apenas a condições

bioquímicas, no arremate do ser por um vício ou uma doença, mas sim a DSS, considerando que o sofrimento psíquico sempre é multifacetado (KEITEL, 2018). Outros trechos aludem essa ideia, como o seguinte:

> *"O que está sendo mais relevante para mim aqui é o acolhimento do povo. O povo é hospitaleiro demais, graças a Deus, só de você estar aqui você se sente como um ser humano novamente, não tem nada melhor" (P12).*

O relato de P12, sobre sentir-se novamente como um ser humano por ser acolhido e bem tratado, sugere que a subjetivação de si mesmo enquanto usuário de drogas o leva a um estado preambular de falta de humanidade, a qual é resgatada com o tratamento. Percebe-se, sobretudo, que na configuração desse sofrer existe a perda de um lugar básico de identificação. Isso também fica ressaltado no trecho a seguir: *"Melhorou tudo (o tratamento). Só de eu estar respirando novamente e não estar no efeito. Eu estar em mim, na verdade, melhorou tudo. Eu não estava em mim" (P12).*

Essa falta de humanidade decorrente do uso da droga inferida nas declarações de P12 pode existir tanto por uma intoxicação química da droga (que afasta o sujeito da sua consciência), quanto por uma desumanização social de grupos minoritários e marginalizados que possuem transtorno por uso de substâncias. Desumanizar, ou seja, retirar traços de humanidade – não-ser aquilo que o ser humano é – refere historicamente a uma estratégia de desqualificação e segregação de indivíduos ou grupos obtusos às definições de "normatividade" vigentes (REGO, 2014). Com o decorrer da entrevista, entende-se que isso transpassa parte da trajetória de P12, como sugere essa constatação: *"Eu praticamente estava sendo tratado com um bicho, um animal, só de os outros me olharem, o povo já lhe vê com outros olhos, lhe vê como um criminoso". (P12).*

Depreende-se, então, que o tratamento para o TUS pode devolver ao indivíduo dignidade e pertencimento à coletividade a qual está inserido. Nesse tocante, o acolhimento aliado ao sentir-se pertencente à cidade podem ser configurados como ferramentas-chave para a reabilitação psicossocial (AMARANTE; TORRE, 2018; PITTA; DALLARI, 1992).

Por outro lado, quando se contesta um lugar em conformidade a modelos estandardizados – ou seja, assume-se um anormal –, constitui-se essencialmente uma relação de poder, onde salienta-se uma relação de submissão de quem, *a priori*, não pode ocupar determinados lugares sociais (FOUCAULT, 2001). Nessa lógica, o conceito de biopoder abordado por Foucault, que exprime como os corpos são subordinados a instituições reguladoras, aplica-se às intervenções da prática médica – que em saúde mental muitas vezes

são disciplinadoras (FOUCAULT, 1988). Como discorre também o psiquiatra e psicanalista Thomas Szasz, um diagnóstico em saúde mental não é neutro, isso é, fundamentalmente denota um julgamento, logo, sempre carrega em seu sentido valores da sociedade em que está inserido (SZASZ, 1974).

Nessa perspectiva, apesar das estratégias do CAPS-AD trabalharem em uma lógica humanitária com foco na redução de danos e não preconizarem práticas coercitivas (como a internação involuntária), o modelo de políticas públicas que permeia a questão das drogas no Brasil mantém-se em uma lógica proibicionista, que marginaliza o dependente químico e desenvolve, sobretudo, a governamentalidade que respalda o estigma social sobre o usuário e o uso de drogas (TORCATO; RIBEIRO, 2015). Portanto, apesar do ambiente do CAPS-AD devolver o sentimento de pertencimento e dignidade, é preciso pensar na reinserção social de um sujeito a uma sociedade que não o aceita como dependente químico - ou seja, impõe-lhe o absenteísmo (MACHADO; MODENA; LUZ, 2019).

A partir dessa tônica, é preciso pensar de modo mais aprofundado no conceito foucaultiano de governamentalidade. Ele designa o modo como as legislações influenciam na determinação de valores, os quais definem um modelo de conduta adequado que, por sua vez, é introjetado nas normas sociais e transpõe a subjetividade dos indivíduos (FOUCAULT, 2020). Assim como a ideia dessa internalização de preceitos morais como mecanismo autossuficiente à concretização dos regulamentos, Foucault também aborda como a ação vigiada implica em uma mudança paulatina de comportamento, até uma absorção quase completa da normatização como mecanismo adaptativo (FOUCAULT, 1987).

3.1.2. Fatores ambientais e farmacológicos

Em relação ao ambiente do CAPS-AD III, algumas questões foram refletidas em outras potencialidades como a rotina, o incentivo e a presença de profissionais qualificados, que participam do processo de adaptação gradual experimentada pelos usuários do serviço, tal como anteriormente citou P08 e como referem os seguintes entrevistados:

> *"O que mais me ajuda aqui é a conversa com as psicólogas e a psiquiatra, elas sabem me tratar mesmo e eu entendo o que elas falam. E com as enfermeiras, elas conversam, dão conselhos. Eles abrem a mente da gente para o bem, falam coisas boas para a gente. Aqui, para mim, é o melhor lugar, onde eu estou sendo tratado e que entendem o que eu estou passando [...] Eles entendem, chamam e conversam. Tem profissional. Lá fora, eu já cheguei a brigar por causa disso" (P03).*
>
> *"Até eu estava conversando ali com as enfermeiras, são todas bem queridas. [...] Eles*

> *cuidam noite e dia, os enfermeiros trabalham até demais de quantia. De dia e noite, não tem o que se queixar, o melhor lugar que tem é aqui" (P11).*

> *"Eu acredito que a empatia do profissional conta muito, não a simpatia, a empatia. Por exemplo, aqui nesse tratamento a empatia supera. Então, quando eu tô numa comunidade que as pessoas são brutas, que elas são grosseiras e se acham superiores do que aquele adicto que tá ali sofrendo, isso dificulta muito a permanência do adicto dentro da casa. [...] O que faz diferença é... O que dificulta, ou, o que facilita é a empatia, é a esfera espiritual que tem dentro de cada comunidade" (P06).*

Em conjunto com os fatores supracitados, pela autopercepção dos entrevistados, a medicação compõe parte essencial das estratégias terapêuticas. Uma vez que o TUS conserva em sua definição alterações em circuitos bioquímicos, o tratamento medicamentoso é um agente já reconhecido na recuperação do indivíduo, aliado a psicoterapia e outras práticas (CHAIM; BANDEIRA; ANDRADE, 2015; DOUAIHY; KELLY; SULLIVAN, 2013). Apesar de não ter sido mencionada pelas entrevistadoras durante as perguntas, a temática apareceu em diversos pontos dos diálogos, como exemplificado a seguir: *"O tratamento daqui são os remédios, você vai melhorando, ficando mais tranquilo, melhor" (P09).*

> *"Quando você está aqui, toma remédio, está sendo bem tratado, eles te apoiam, para qualquer coisa tem um remédio ali. Você, queira ou não, se alimenta, nem que seja pouco, mas está se alimentando, tomando um café ou uma coisa assim" (P09).*

Nessas duas colocações, P09 determina o medicamento como elemento principal em sua percepção terapêutica. Seja pela escolha da predicação "são os remédios" ao sujeito "o tratamento", na primeira oração, ou pela exemplificação de como ele é feito, na segunda fala, quando descreve a interação com a equipe. Em consonância, P10 traz a medicação como ponto crucial para a escolha da desintoxicação no CAPS AD III, em detrimento de um manejo ambulatorial, como cita no destaque:

> *"[O mais relevante para desintoxicar é] a medicação, [...] eu não consigo ficar em lugar fechado. Eu estava pensando em fazer essa desintoxicação em casa, só que meus pais querem que eu fique aqui [...]" (P10).*

No caso de alguns dos pacientes que já haviam sido internados em outros espaços, como hospitais, foram feitas comparações dos efeitos do PTS do CAPS AD III com os projetos terapêuticos de outros locais que utilizavam outras estratégias, salientando a efetividade da desintoxicação, assim como mostram P05 e P04:

> *"Em * [hospital psiquiátrico] eu até me dei bem com as enfermeiras, tudo certo, show de bola, mas eu fui a força e deu um bug na minha cabeça. Eu tomava remédios muito fortes, eles esconderam [de mim] lá. Foi tudo sem minha prescrição, sem nada, sem*

> *conversar com médico nenhum. Daí os remédios eram pesadões, uns remédios bem pesados" (P05).*
>
> *"O CAPS desintoxica mais. Na comunidade terapêutica eles não dão remédio, não dão nada. A pessoa fica ali com a vontade. O CAPS, como eu já estava mais debilitado, por isso… Aqui eles dão remédio, tudo. Tem tudo, fica mais fácil da pessoa se desintoxicar" (P04).*

Ainda em resposta às percepções sobre as potencialidades do tratamento, foi possível compreender que os entrevistados iniciam o processo a partir de uma motivação própria. Esse ponto é crucial para o tratamento voluntário (SIMPSON; JOE, 1993). Como foi percebido durante a pesquisa, a forma de atuação do CAPS AD III parte de alguma intenção voluntária do paciente atendido. Dessa forma, pressupõe-se que a motivação é parte implícita desde o início do processo, assim como reforça o recorte a seguir:

> *"A diferença é que quando procuramos um tratamento voluntário, parte de nós mesmos a vontade de ação. Então, nós temos a consciência, falando do voluntário, eu ainda tenho a consciência de que eu preciso me recuperar e não perdi o meu controle. Então eu tenho a consciência de que preciso ir e eu vou porque quero. O involuntário não. O involuntário ele já não tem essa consciência, já não tem esse controle, não tem a aceitação e nem a admissão, é um processo de negação ainda. E daí com a negação, entra o involuntário. Então para que a pessoa seja involuntariamente internada, existe um trabalho muito mais árduo dos profissionais para reformular a mente daquela pessoa e fazer ela compreender que foi internada involuntariamente porque naquele momento ela precisava muito. Mas que não era aquilo que era o imposto, que era só aquele momento realmente. Então a diferença de um e do outro é que o involuntário ele tá num processo de negação e muitas vezes essa negação pode levar a morte [...]" (P06).*

A declaração de P06 elucida, de acordo com as suas vivências, uma percepção acerca dos estágios de motivação para a mudança de um comportamento. Esse é um modelo descrito por Di Clemente e Prochaska (1983) que coloca a consciência sobre a morbidade do paciente em cinco estágios, sendo eles: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção. Além disso, o processo saúde-doença do indivíduo compreende flexibilidade, abrangendo momentos de recaída e reinserção na etapa de pré-contemplação mais de uma vez durante o andamento terapêutico (PROCHASKA; DICLEMENTE, 1983).

A partir do próprio raciocínio apresentado no recorte, entende-se que a abordagem clínica deve ser situada pelo estágio de prontidão percebido na anamnese, em que cada estágio requer um manejo distinto (FIGLIE; BORDIN; LARANJEIRA, 2015). Nesse ínterim, enquanto P06 compara as internações voluntárias e involuntárias, perpassando a temática da motivação e da consciência de morbidade do indivíduo, alguns entrevistados trazem aspectos externos como motivadores para desintoxicação, sendo eles o trabalho, a busca por uma melhor qualidade de vida e até o bem-estar pessoal, como admite P03: *"É para parar. Eu sinto força,*

o que eu quero é parar de beber. Eu quero mudar de vida, porque eu quero inventar minha casa, e o dinheiro que eu pego, eu gasto tudo em bebida" (P03). De maneira similar, P02 expõe: *"Eu estou pronto mesmo [para parar], porque eu não quero mais isso. Não quero essa vida para mim". (P02)*

Essas falas exprimem que a preocupação com a própria vida, manifestada pelo desejo de superar o vício, é retomada diante do encontro de propósitos, os quais remetem ao restabelecimento de um senso de pertencimento. Nessa afirmação, o trabalho é um exemplo que aparece diversas vezes, na competência de ser também um mecanismo de inserção social, a desempenhar um papel de regulação e estabilização da vida em sociedade, na influência à criação de vínculos sociais e capacidade de sublimação, na atribuição da reprodutibilidade abstrata (FREUD, 1996), como é exemplificado por P10:

> *"Olha, eu preciso [do tratamento], eu quero parar com isso de uma vez por todas. Quero fazer essa desintoxicação, eu tenho meus negócios para cuidar lá fora. [...] Tenho a minha empresa. Tenho muita coisa pela frente. [...] Quero voltar a fazer minha faculdade de direito" (P10).*

O trabalho, em específico, aparece em diversas falas como um fator protetivo: *"Eu estou aqui, mas eu estou de atestado. A hora que eu voltar [...], segunda eu volto a trabalhar e levo o atestado. [...] O que me segura ainda, que eu não caia na rua de novo, é o trabalho" (P04).* O relato de P01 acrescenta ainda a associação do vínculo ao emprego com um senso de responsabilidade: *"No meu trabalho, eu não usava… [Usava] mais no final de semana, durante a noite. Porque eu acho que trabalho é uma coisa que tem que ter responsabilidade" (P01).* No que concerne à capacidade de sublimação referida por Freud, P06 demonstra um poder de transformação relacionado à carreira: *"Depois que eu conheci a gastronomia, eu nunca mais usei nada" (P06).* Ainda, o trabalho foi considerado como propósito possível diante de desilusões e sofrimento, como expõe P10:

> *"Tenho minha empresa, preciso seguir minha vida. Por mais que não dê mais certo com ela [esposa], eu preciso me cuidar. Sou um cara novo, tenho meus negócios. Tenho minha saúde que preciso cuidar. Aí resolvi vir ao CAPS AD para fazer essa desintoxicação" (P10).*

Além do trabalho, no decorrer das entrevistas foi observado que um relacionamento estável também pode ser considerado um fator protetivo. Em contrapartida, uma situação conjugal instável pode ser um gatilho ao uso nocivo da droga de escolha, como exemplificado pelas seguintes colocações: *"Para mim foi um "baque" quando eu descobri que ela tinha ficado*

com outra pessoa. Foi isso que me fez usar de novo a cocaína" (P10). Ao passo que P10 refere essa relação direta entre desilusão amorosa e gatilho para recaída, P03 nos conta como uma desilusão o incentivou a buscar tratamento: *"Eu só me dei conta de me tratar depois que eu perdi ela [a esposa]. É que nem dizem: 'não adianta chorar pelo leite derramado'" (P03).* Nessa perspectiva, P05 associa o vínculo amoroso como um propósito para seguir o tratamento: *"Se não fosse ela, eu não sei o que seria de mim. Porque se eu estou aqui hoje me tratando, é pela gente" (P05).* Contudo, o mesmo paciente narra que conflitos conjugais podem ser um denominador comum ao uso nocivo das drogas: *"Quando eu brigo com a minha mulher é bastante [gatilho]. Quando eu brigo com ela eu vou para a droga. [...] Todas as vezes que eu briguei com ela eu fui direto para a droga". (P05).*

Como demonstrado, cada entrevistado trouxe fatores pessoais que influenciam seu uso. A partir dessas constatações, pode-se pensar em DSS, as configurações biopsicossociais que perpassam as escolhas que impactam no estado do indivíduo, caracterizando possíveis fatores de risco e fatores de proteção para o desenvolvimento de um agravo (DALPIAZ *et al*., 2014; SPOONER; HETHERINGTON, 2005). É importante identificar que esses fatores têm certa maleabilidade conforme o contexto em que estão inseridos, ora podem ser fatores de risco, ora de proteção, como bem exemplifica a questão da situação conjugal exposta nos recortes anteriores. Alguns DSS foram largamente estudados como fatores de risco para TUS, como o comportamento impulsivo, comorbidades, situações estressantes e baixa escolaridade (SPOONER; HETHERINGTON, 2005). Mas, além dos mais clássicos, há uma particularidade percebida em relação a solidão e o sofrimento psíquico como gatilho para uso abusivo de uma substância (ROKACH, 2002). Essa associação fica explícita em alguns recortes, como o de P09:

> *"A gente se sente sozinho, porque tinha a companheira. Isso prejudicou bastante, porque é tempo que a gente vive com alguém, e de uma hora pra outra não ter mais aquela pessoa, acho que atingiu minha mente um pouco por isso" (P09).*

3.2 ITINERÁRIO TERAPÊUTICO: ENTRAVES

> *"Purple haze, all around/Don't know if I'm coming up or down/Am I happy or in misery?" - Jimi Hendrix*

3.2.1. Objetividade, referenciamento e longitudinalidade no cuidado

Em contraponto às potencialidades apresentadas, algumas questões aparecem como dificuldades encontradas pelos usuários do serviço. A exemplo, foi questionada a duração do tratamento, sendo que a permanência no serviço está limitada a 14 dias, segundo a Portaria nº130, de 26 de janeiro de 2012:

> 1º A permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno do CAPS AD III fica limitada a 14 (catorze) dias, no período de 30 (trinta) dias.
> 2º Caso seja necessária permanência no acolhimento noturno por período superior a 14 (catorze) dias, o usuário será encaminhado a uma Unidade de Acolhimento (BRASIL, 2012).

Pudemos identificar que a alta após os 14 dias de desintoxicação leva à expectativa de referenciamento a um tratamento continuado. Embora haja a opção de encaminhamento a Unidade de Acolhimento, como indica o destaque acima, nenhum usuário a mencionou como um lugar possível para continuar o processo de cuidado. Na situação em questão, a alternativa que eles identificam se volta especialmente às internações nas Comunidades Terapêuticas da região, como exemplificam diversas colocações: *"Eu estou querendo sair daqui e ir diretamente para uma casa especializada para eu terminar de me tratar. Porque não adianta" (P12).*

> *"O local também com certeza contribui. Aqui eu me sinto mais à vontade, entendeu? Só que agora eu vou tentar ir para essa Fazenda da Esperança que disseram que é muito bom o lugar - porque 14 dias é muito pouco. Toda vez que dava os 14 dias eu saía e não dava uma semana e eu já voltava a usar droga" (P05).*
>
> *"Foi a comunidade terapêutica [que ajudou a ficar mais tempo sem usar drogas], fiquei quase um ano ali, sem usar nada. Lá, é o seguinte, sem remédio e não pode nem fumar, nem nada. É pela vontade da pessoa mesmo. Que nem aqui também, a pessoa não é forçada a nada. Lá, eu fiquei todo aquele tempo porque aqui é só 14 dias". (P04).*
>
> *"Quando eu saio daqui, um mês, eu consigo aguentar. Depois, eu recaio na bebida, porque eu fico 14 dias. Por isso eu pedi para ir fazer a Comunidade Terapêutica, porque fica mais tempo. Aí eu quero parar mesmo de beber, de tomar" (P03).*

O fato de a internação ter sido enfatizada por grande parte dos entrevistados quando se referiam ao tratamento contínuo merece destaque, pois essa medida vai de encontro aos princípios que orientam as políticas do SUS a partir da Reforma Psiquiátrica, as quais buscam humanizar as práticas em saúde, incentivando a reintegração social - e não o isolamento por períodos prolongados ou restrição da liberdade (PITTA; GULJOR, 2019).

Sobretudo, verifica-se que essa vontade referida pelos entrevistados converge a uma proposta absenteísta, mas que dentro da própria ideia pode mostrar-se falha, uma vez que muitos relacionam o vício a uma doença, e essa alcunha carrega consigo grande sofrimento, como

manifesta P11: *"O tratamento por toda a parte deu certo, o problema sou eu. [...] É uma doença e não tem cura. E eu não quero mais. Você não quer, mas a doença te puxa. Quando você menos espera já está bebendo" (P11).* Esse fragmento explicita uma violação conduzida ao sujeito para si mesmo enquanto relacionado a um diagnóstico, em que ele passa a admitir a doença como precedente da sua própria vontade de potência, o que solidifica essencialmente um sentimento de desesperança, percebido na seguinte fala: *"Não tem cura. A cura, cura tem: é só querer. É só tirar a própria vida. Morrer. Depois que você for para debaixo da terra, não vai ter doença. Porque cura mesmo, se fosse pra ter cura…" (P11).*

Fica claro que o cuidado a uma situação complexa no âmbito da saúde mental, que, como já foi discorrido nesta discussão, é influenciada por diversos DSS, exige uma abordagem que leve em conta a dimensão biopsicossocial do sujeito (SPOONER; HETHERINGTON, 2005). A internação não considera a integração do indivíduo em comunidade, afastando-o de seu contexto social e desconsiderando suas demandas e experimentações subjetivas, devendo ser resguardada a circunstâncias graves de forma excepcional (ASSIS; BARREIROS; CONCEIÇÃO, 2013).

Nesse ínterim, cabe fundamentar que o acolhimento de 14 dias do CAPS-AD III é conduzido pela prerrogativa de proporcionar um ambiente estável e seguro à desintoxicação assistida, em que nas próprias falas dos usuários são apontados benefícios do acompanhamento profissional e medicamentoso em um momento de fragilidade. Nesse sentido, a duração do tratamento se apresenta como um elemento diferencial, apesar de não haver justificativa específica na portaria em questão desse serviço para a determinação da janela temporal. Em relação ao que embasa o acolhimento noturno na instituição, consta no Artigo 5º da Portaria nº 130 do Ministério da Saúde, do funcionamento do CAPS AD III:

> II - Ser lugar de referência de cuidado e proteção para usuários e familiares em situações de crise e maior gravidade (recaídas, abstinência, ameaças de morte, etc);
> VI - Regular o acesso aos leitos de acolhimento noturno, com base em critérios clínicos, em especial desintoxicação, e/ou em critérios psicossociais, como a necessidade de observação, repouso e proteção, manejo de conflito, dentre outros. (BRASIL, 2012).

A lógica de longitudinalidade do CAPS-AD III opera pelo que discorre o Artigo 5º da Portaria nº 130 do MS, em destaque os incisos:

> V - Produzir, em conjunto com o usuário e seus familiares, um Projeto Terapêutico Singular que acompanhe o usuário nos contextos cotidianos, promovendo e ampliando as possibilidades de vida e mediando suas relações sociais;
> XIII - Orientar-se pelos princípios da Redução de Danos;

> XVI - Realizar ações de apoio matricial na Atenção Básica, no âmbito da Região de Saúde de seus usuários, compartilhando a responsabilidade com os demais pontos de atenção da Região de Saúde (BRASIL, 2012).

Ainda nessa perspectiva, considera-se que um tratamento em saúde mental deve basear-se em uma estratégia de territorialização, que abarque o paciente e seus familiares em um PTS (BAPTISTA *et al*., 2020). Assim, apesar da internação mostrar-se como uma alternativa momentânea a solução de uma condição aguda, ela não determina um melhor prognóstico, visto que a reinserção social é fundamental no processo terapêutico, na proposta de restituir a pessoa à sua cidadania, possibilitando, dentre outras coisas, acesso ao trabalho e bons vínculos sociais (SARACENO, 1996), os quais foram apontados nesta pesquisa como fatores protetivos.

Nesse reconhecimento do TUS como um problema intrincado em múltiplos fatores, muitas falas remetem às recaídas como parte natural e esperada do processo terapêutico, o que é condizente com as próprias definições dos estágios motivacionais associados ao TUS (PROCHASKA; DICLEMENTE, 1983), como exemplifica P06, que consegue além de tudo dimensionar alguma temporalidade: *"É um ciclo de 6 meses. A cada 6 meses eu tinha uma recaída" (P06)*. Outros entrevistados demonstraram ter consciência sobre a oscilação do percurso relacionado à abstinência, em que a ideia (mesmo que não conceitual) dos estágios de motivação os situou na busca do tratamento, como P02 e P05:

> *"[Usava] todos os dias. Por isso fui parar na Fazenda da Esperança. Consegui me limpar, parei e comecei a trabalhar. Fiquei limpo por um bom tempo, mas agora me deu essa recaída e procurei ajuda de novo" (P02).*

> *"Agora por último eu estive internado em * [hospital psiquiátrico], eu saí e tive só 2 recaídas, mas nem esperei dar o embalo de novo. Já vim para cá, para evitar. Porque eu tive uma recaída e vi que já estava de novo naquela mesma loucura de ficar queimando o crack todo dia" (P05).*

Além da discussão sobre a suficiência do tempo escolhido, o referenciamento para Comunidades Terapêuticas não integra a estratégia de cuidado de modo longitudinal dentro do SUS (ou do Sistema Único de Assistência Social - SUAS), uma vez que elas são instituições privadas que fazem parte da RAPS (BRASIL, 2019a). Com o sucessivo desmonte político e financeiro do SUS, as Comunidades Terapêuticas ganharam força a partir de parcerias público-privadas em uma expectativa de suprir lacunas na continuidade do cuidado (BATISTA, 2020). Com isso, a efetividade no Plano Terapêutico escolhido por essas entidades fica alheia ao aparato legal, não sendo legisladas ou controladas por mecanismos científico-legais

(PERRONE, 2014). No entanto, os pacientes podem ser referenciados para essas residências, desde que voluntariamente:

> *"[...] agora o pessoal tem a pretensão de me mandar para Fazenda da Esperança, mas como eu recaí só 4 dias, eu não sei se eu acho necessário eu ficar 1 ano internado por 4 dias. Eu acho que esse tratamento aqui está sendo suficiente pra mim, mas eu ainda não tomei essa decisão, ainda tá em aberto, junto com a psicóloga. Nós estamos pensando em me mandar para lá, eles estão precisando de um cozinheiro lá. Então de repente eu poderia ficar uns 2, 3 meses por lá como voluntário, gratidão gera gratidão" (P06).*

O relato de P06 pode configurar uma síntese acerca do modelo de atenção abordado nas Comunidades Terapêuticas Como mencionado, por fazerem parte da RAPS, podem constituir a linha de cuidado para o transtorno por uso de substâncias (BRASIL, 2019a), contudo, as ações implementadas traçam um caminho contrário às estratégias de RD (preconizadas no CAPS-AD) tendo enfoque na internação, com seu modelo baseado em três pilares - trabalho, disciplina e espiritualidade. A abstinência a partir da autodisciplina e autocontrole é o objetivo do tratamento, e existem funções consideradas indispensáveis para determinar o sucesso terapêutico, como o trabalho e o exercício da fé, como forma de apaziguamento do sofrimento e enquadramento moral (SANTOS, 2017).

Existem muitas questões passíveis de discussão acerca das Comunidades Terapêuticas constituírem a linha de cuidado sem serem alinhadas às diretrizes do SUS. Primeiramente, apresentam-se com metodologias muito heterogêneas, em uma conjuntura cuja equivalência é a proposição de uma reforma moral, na tentativa de criação de "novos sujeitos" adequados às exigências de uma sociedade tradicional. Essa reformulação acontece a partir da reclusão e de um deslocamento temporal, em que a pessoa vive alheia à comunidade a fim de se livrar do vício, o qual é visto como sintoma de doença e enfraquecimento moral (SANTOS, 2017). Aqui, portanto, a "cura" é sinônimo de absenteísmo, mas está longe de considerar a inclusão.

Ademais, quando questionados acerca do percurso no tratamento, seja em pontos dentro ou fora da RAPS, a maioria dos entrevistados apontou ter passado por vários locais, em uma trajetória com recaídas e novas tentativas de abstinência. Com isso, buscamos identificar pontos de referência e contrarreferência possíveis que interligam o serviço de assistência, bem como as percepções sobre os diversos tratamentos. Os pontos em questão foram os mais diversos, os usuários muitas vezes foram encaminhados pelo SUS, através da Unidade Básica de Saúde ou outros serviços de saúde comunitários, como referem P07 e P10: *"Meu pai percebeu que eu estava entrando em pane. Passei mal e fui com os bombeiros para o Hospital e me orientaram a ir para o CAPS" (P10). "Foram me buscar lá em casa, do posto de saúde, levou três dias"*

(P07). Alguns usuários indicaram conhecimento do serviço, e utilizaram do serviço de portas abertas, é o exemplo de P03: *"Passei em posto de saúde nenhum, vim direto para cá. Porque ele [o professor de luta] me deu o conselho" (P03).* Outros, acessaram o serviço por encaminhamentos da região, mesmo que não no mesmo município, como P11: *"Fui no médico de * [distrito de um município], e de lá ele me mandou para cá [CAPS AD]. Foi tudo por livre e espontânea vontade" (P11).* Outros casos foram mais específicos, e relataram entrada por indicação judicial, a constar P12:

> *"Eu fui detido. [...] Acabei indo para lá, mas como não tinha ficha suja, fui para a audiência de custódia, ele me intimou e liberou. Me liberou e exigiu para mim - isso foi na terça feira - que viesse ao CAPS fazer tratamento. Mas eu passei, eu ainda estava com a cabeça na loucura e daí não vim, acabei vindo na segunda feira, agora" (P12).*

Alguns usuários exibiram um percurso complexo, em que foram identificados muitos pontos de ligação da RAPS dentro dos serviços comunitários, inclusive referindo a internação involuntária, sendo esse o caso de P05:

> *"Eu já passei pelo CAPS, por outros internamentos, já passei pelo Renascer, já passei por * [hospital psiquiátrico], já me internei várias vezes. Aqui me internei 3 vezes, nesse mesmo que eu estou. Como é que chama? CAPS AD, é a terceira vez. Só em * [hospital psiquiátrico] foi internação involuntária, pela minha mãe. Isso faz uns 2 meses" (P05).*

3.2.2. Reinserção social e reabilitação psicológica

Na inserção do debate acerca do cuidado longitudinal, mesmo para aqueles que enxergavam a internação de 14 dias na perspectiva de voltar à vida cotidiana, a reinserção social foi entendida como um ponto fulcral do tratamento, porém deficitário. Isso é, apesar de estar presente na Portaria de nº 130 que regula o CAPS AD III, o acompanhamento e a recolocação do indivíduo no ambiente que está inserido apresentam falhas percebidas pelos entrevistados. A partir disso, questiona-se se para alguns pacientes a internação seja a alternativa de um tratamento relativamente continuado: *"Essa discussão, ela é a mais complicada. A parte do tratamento é a parte mais fácil. Depois que sai é muito difícil, se eu não tivesse essa grana para alugar…" (P06).*

> *"E aí esse projeto de reinserção é um projeto que é muito cru ainda, pelo tanto que eu conheço. Eu acho que uma 2ª fase de recuperação seria muito importante, uma fase onde, por exemplo: sai aqui do CAPS agora, eu realmente não tenho pra onde ir, mas eu tenho uns 600, uns 700 pila eu tenho guardado, para mim, para eu alugar uma quitinete. Mas e se eu não tivesse? Se eu não tivesse eu ia ter que voltar pro*

> *abrigo, e aí lá no abrigo foi onde aconteceu os gatilhos que eu fui usar pedra de novo porque eu vi as pessoas usando pedra lá dentro" (P06).*

Essas colocações de P06 demonstram o reconhecimento do papel da reinserção social na continuidade do cuidado, quando apontam a necessidade de amparo ao acesso de direitos sociais básicos, como moradia e emprego. Nesse diálogo, o entrevistado argumenta:

> *"Uma coisa legal que têm aqui e podia andar em parceria com a ressocialização é esse balcão de emprego, que está em greve inclusive por causa de falta de pagamento. Então, um dia, quem sabe, uma casa de reinserção para quem completa o tratamento. Não esse de 12 dias, um tratamento mesmo de 9 meses. Ter uma casa [...] e daí já saia da clínica para o balcão, do balcão ela já ia pra essa casinha, dessa casinha ela já ia e passava mais uns 90 dias e daí ela ia, alugava o espaço dela para que desse o espaço para o outro que tá saindo da clínica e que ia pro balcão. Seria revolucionário. Vai saber…" (P06).*

Quando P06 idealiza a criação de estratégias de inclusão em comunidade de forma facilitada por políticas públicas, retrata uma das próprias orientações da RAPS, a qual defende a criação de novos dispositivos de inclusão social no território (DALLA VECCHIA; MARTINS, 2009). Não obstante, alguns usuários trouxeram suas percepções acerca da ineficácia do isolamento social como método de cuidado, como destaca P04, a partir de suas próprias vivências:

> *"Fiquei todo aquele tempo, mas na verdade esses 14 dias se a pessoa também quiser abandonar tudo, só abandona. A quantia de tempo não importa, pode ficar até 2 anos em uma clínica se quiser, conheci vários que saíram e ficaram 1 ano, 2 anos… Saíram e dali 2 ou 3 dias já estavam usando de novo. O que adiantou?". (P04).*

Outras dificuldades foram apontadas pelos usuários em relação a manutenção do tratamento, principalmente relacionadas a fatores socioambientais. O ciclo social foi evidenciado como gatilho para o uso, além da ida a ambientes considerados pertinentes ao consumo. Nesse sentido, é essencial atrelar a abordagem terapêutica ao estágio motivacional, pois esse indicará as condições subjetivas que influenciarão na mudança de hábitos necessária para a não-prática de um uso nocivo (FIGLIE; BORDIN; LARANJEIRA, 2015). A educação em saúde, sobretudo, tem papel fundamental à reintegração, pois promove a autonomia do sujeito em relação a seu diagnóstico, já que se configura como uma ferramenta capaz de promover mudanças no modo de pensar, sentir e agir do indivíduo quanto à sua própria integridade e bem-estar (CANDEIAS; MARCONDES, 1979).

Para tanto, quando pensamos em inclusão social, já discutida como parte essencial do tratamento, é preciso integrar a proposição de políticas públicas em relação a álcool e drogas

que considerem o usuário, entendendo a distinção entre reinserção social e reabilitação psicossocial, que podem ser interpretados como complementares (SANCHES; VECCHIA, 2018). A reinserção social está atrelada à exclusão, de modo dialético, uma vez que busca reconstruir uma função social que outrora fora perdida ou negada ao sujeito, possibilitando o exercício da cidadania através do acesso (SANCHES; DALLA VECCHIA, 2018), mas ainda mantém um sentido ambíguo de inclusão, sustentado estruturalmente pelo capitalismo (SAWAIA, 2001). Paralelamente, a reabilitação psicossocial tem a ver com contratualidade, a qual envolve as relações cotidianas e a capacidade de troca entre os indivíduos, e determina um valor social à pessoa (KINOSHITA, 2016).

Esses dois conceitos podem ser relacionados às ideias de governamentalidade e biopoder já abordadas neste manuscrito, em relação a como o governo gerencia o comportamento das pessoas quanto ao uso de drogas - em uma conjuntura proibicionista - e, ao mesmo tempo, como é responsável por proporcioná-las o tratamento para o uso abusivo - ou seja, reaver sua própria falha. Um grande desafio evidenciado, assim, é a conjuntura sócio-política, pois legislações punitivistas levam à estigmatização e ao isolamento social do usuário, o que dificulta o acesso às políticas de RD (FERNANDES, 2015).

Pode-se endossar esse argumento a partir de uma materialidade mais próxima, na indicação do gasto público relacionado às Comunidades Terapêuticas, em detrimento do orçamento dispensado ao CAPS-AD, em que aquelas contam com um investimento substancialmente maior, enquanto outros serviços públicos comunitários da saúde mental passam por redução de verbas (NAPOLIÃO; CASTRO, 2022). Ou seja, ainda que a autopercepção dos usuários em relação às Comunidades Terapêuticas tenha se mostrado ambígua, considerando que o isolamento social por si só não foi referido como profícuo, e o CAPS-AD tenha sido muitas vezes eleito como o lugar mais efetivo à desintoxicação, existe uma dissonância prático-legislativa e teórico-prática, que vai de encontro aos preceitos da reforma psiquiátrica (NAPOLIÃO; CASTRO, 2022).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em relação às ações realizadas no CAPS-AD aos pacientes no acolhimento noturno, a estratégia de desintoxicação foi apontada como efetiva, com base em potencialidades relatadas como elementos-chave, sendo essas: o acolhimento e a empatia dos profissionais, o bom relacionamento com outros usuários em uma boa ambiência (relacionando-se também a uma rotina saudável), além da terapia medicamentosa, a qual foi enfatizada como um fator

diferencial, inclusive em comparação a demais pontos de conexão da RAPS. Ainda, alguns fatores foram indicados como protetivos em relação ao uso nocivo de drogas, são esses: a motivação, a estabilidade conjugal e o vínculo empregatício.

Além disso, o CAPS-AD preza pela humanização do cuidado, em que foram evidenciados atributos da Clínica Ampliada (a escuta ativa e a empatia) como agentes que podem resgatar o senso de pertencimento e identidade. Contudo, o estigma social e a desumanização ainda são desafios presentes no tratamento, devido à conjuntura sócio-política.

No que concerne aos entraves no percurso terapêutico, a duração do tratamento de 14 dias foi apontada como insuficiente a uma proposta absenteísta, em que muitos pacientes tinham como referência de cuidado continuado a internação prolongada em Comunidades Terapêuticas. Contudo, a reclusão social também foi vista como um entrave, e questiona-se a pertinência das Comunidades Terapêuticas na integração das estratégias do SUS, visto que seguem alinhamentos opostos. Além disso, fatores socioambientais como vínculos sociais e ambientes propícios ao consumo foram vistos como desafios.

Ainda, questionamos como as políticas públicas relacionadas ao uso de álcool e drogas, em um panorama legislativo proibicionista, podem influenciar a inclusão social efetiva.

Por fim, as limitações da pesquisa incluem a exclusão de pacientes em seguimento ambulatorial, além da falta de representatividade de gênero na amostra, na concepção desse como um DSS, bem como possibilidade de distorções interpretativas sobre informações coletadas, por possíveis ruídos de comunicação.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G. “De volta à cidade, sr. cidadão!” - reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. **Revista de Administração Pública**, v. 52, p. 1090–1107, dez. 2018.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2014.

ASSIS, J.; BARREIROS, G.; CONCEIÇÃO, M. I. A internação para usuários de drogas: diálogos com a reforma psiquiátrica. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 16, p. 584–596, 2013.

BAPTISTA, J. Á. *et al*. Projeto terapêutico singular na saúde mental: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, p. e20180508, 9 mar. 2020.

BASTOS, F. I. P. (ED.). III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira. p. 528, 2017.

BATISTA, P. V. M. Comunidade terapêutica na política pública de saúde mental: tensões e divergências. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 10, p. e1679108345–e1679108345, 21 set. 2020.

BRASIL. Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF. 2011, Sec. 1.

BRASIL. Portaria Nº 130, de 26 de janeiro de 2012. **Diário Oficial da União:** Brasília, DF. jan. 2012.

BRASIL. Lei Nº 13.840, de 5 de junho de 2019. **Diário Oficial da União:** Brasília, DF. 2019 a, Sec. 1, p. 1.

BRASIL. Decreto Nº 9.761, de 11 de abril de 2019. **Diário Oficial da União:** Brasília, DF. abr. 2019 b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

CANDEIAS, N. M. F.; MARCONDES, R. S. Diagnóstico em educação em saúde: um modelo para analisar as relações entre atitudes e práticas na área da saúde pública. **Revista de Saúde Pública**, v. 13, p. 63–68, jun. 1979.

CHAIM, C. H.; BANDEIRA, K. B. P.; ANDRADE, A. G. DE. Fisiopatologia da dependência química. **Revista de Medicina**, v. 94, n. 4, p. 256–262, 22 dez. 2015.

CHAPECÓ. **Chapecó tem nova sede para o CAPS AD**. Disponível em: <https://chapeco.sc.gov.br/noticia/2233/chapeco-tem-nova-sede-para-o-caps-ad>. Acesso em: 12 mar. 2023.

COURTWRIGHT, D. T. The Controlled Substances Act: how a “big tent” reform became a

punitive drug law. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 76, n. 1, p. 9–15, 5 out. 2004.

DALLA VECCHIA, M.; MARTINS, S. T. F. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, p. 151–164, mar. 2009.

DALPIAZ, A. K. *et al*. Fatores associados ao uso de drogas: depoimentos de usuários de um CAPS AD. **Aletheia**, v. 45, p. 56–71, 2014.

DOUAIHY, A. B.; KELLY, T. M.; SULLIVAN, C. Medications for Substance Use Disorders. **Social work in public health**, v. 28, n. 0, p. 264–278, 2013.

EDWARDS, G.; GROSS, M. M. Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. **British Medical Journal**, v. 1, n. 6017, p. 1058–1061, 1 maio 1976.

FERNANDES, L. C. Drogas: proibicionismo, redução de danos, anti-proibicionismo e horizontes. **Captura Críptica: direito, política, atualidade**, v. 4, n. 2, p. 71–95, 2015.

FERREIRA, A. C. Z. *et al*. Determinantes intra e interpessoais da recaída de dependentes químicos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 18, p. 13, 31 mar. 2016.

FIGLIE, N. B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em Dependência Química**. 3. ed. São Paulo: Roca, 2015.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir: história da violência nas prisões**. Petrópolis: Editora Vozes, 1987.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade I: A vontade de saber**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

FOUCAULT, M. **Os anormais**. 1ª ed. São Paulo: Livraria Martins Fontes, 2001.

FOUCAULT, M. **Segurança, Território, População**. 1. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2020.

FREUD, S**. Obras Completas 21: O Futuro de uma Ilusão, o Mal-estar na Civilização e outros trabalhos.** 1ª ed. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

IBGE. **Censo 2022**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/22827-censo-demografico-2022.html?edicao=35938&t=resultados>. Acesso em: 12 mar. 2023.

KEITEL, L. **Da doença ao sofrimento psíquico: sentidos da "loucura" na clínica da atenção psicossocial**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2018.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In A. Pitta (Org): **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 4. ed. São Paulo: Ed. Hucitec, 2016. p. 69–74.

LI, H.-L. An Archaeological and Historical Account of Cannabis in China. **Economic Botany**, v. 28, n. 4, p. 437–448, 1974.

MACHADO, A. R.; MODENA, C. M.; LUZ, Z. M. P. DA. O que pessoas que usam drogas buscam em serviços de saúde? Compreensões para além da abstinência. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, p. e190090, 23 set. 2019.

MACHADO, L. V.; BOARINI, M. L. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 33, p. 580–595, 2013.

MINAYO, M. C. D. S.; DESLANDES, S. F. **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

NAPOLIÃO, P.; CASTRO, J. **Imposição da fé como política pública: comunidades terapêuticas no Rio de Janeiro**. Disponível em: <https://cesecseguranca.com.br/livro/imposicao-da-fe-como-politica-publica-comunidades-terapeuticas-no-rio-de-janeiro/>. Acesso em: 10 jun. 2023.

NETO, A. C.; GAUER, G. J. C.; FURTADO, N. R. **Psiquiatria para estudantes de Medicina**. 3ª ed. Porto Alegre: ediPUCRS, 2021.

PERRONE, P. A. K. A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica? **Ciênc. Saúde Colet. (Impr.)**, p. 569–580, 2014.

PITTA, A. M. F.; DALLARI, S. G. A cidadania dos doentes mentais no sistema de saúde do Brasil. v. 36, p. 19–23, out. 1992.

PITTA, A. M. F.; GULJOR, A. P. A violência da contrarreforma psiquiátrica no Brasil: um ataque à democracia em tempos de luta pelos direitos humanos e justiça social4. **Cadernos do CEAS: Revista crítica de humanidades**, n. 246, p. 6, 28 jun. 2019.

PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. C. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 51, p. 390–395, 1983.

REGO, P. L. **Caminhos da Desumanização: Análises e Imbricamentos Conceituais na Tradição e na História Ocidental**. Brasília: Universidade de Brasília, 2014.

ROKACH, A. Determinants of Loneliness of Young Adult Drug Users. **The Journal of Psychology**, v. 136, n. 6, p. 613–630, 1 nov. 2002.

RONCHEY, S. **Dioniso il ritorno del dio che in realtà non è mai morto - la Repubblica.it**. Disponível em: <https://ricerca.repubblica.it/repubblica/archivio/repubblica/2016/08/31/dioniso-il-ritorno-del-dio-che-in-realta-non-e-mai-morto32.html>. Acesso em: 10 jun. 2023.

SANCHES, L. R.; VECCHIA, M. D. Reabilitação psicossocial e reinserção social de usuários de drogas: revisão da literatura. **Psicologia & Sociedade**, v. 30, n. 0, 14 nov. 2018.

SANTOS, M. P. G. DOS. **Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras**. Brasília, DF: IPEA, 2017.

SANTOS, J. A. T.; OLIVEIRA, M. L. F. DE. Políticas públicas sobre álcool e outras drogas: breve resgate histórico. **Journal of Nursing and Health**, Political Science. v. 2, p. 82–93, 2012.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, Ana (org.). Em: **Reabilitação psicossocial no Brasil.** São Paulo: Hucitec, 1996. p. 13–18.

SAWAIA, B. **As Artimanhas da Exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social**. 2. ed. Petrópolis: Ed Vozes, 2001.

SIMPSON, D. D.; JOE, G. W. Motivation as a predictor of early dropout from drug abuse treatment. **Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training**, v. 30, p. 357–368, 1993.

SPOONER, C.; HETHERINGTON, K. **Social determinants of drug use**. 2005.

SZASZ, T. S. **The myth of mental illness: foundations of a theory of personal conduct**. 1st. Perennial Library ed.; Rev. ed. New York: Harper & Row, 1974.

TORCATO, C. E. M.; RIBEIRO, T. M. Governamentalidades e usos de drogas no Brasil. **Argumentum**, v. 7, n. 1, p. 39–54, 29 jun. 2015.

UNODC. **World Drug Report 2022**. 22ª ed. Vienna: United Nations, 2022.

WEST, R.; BROWN, J. **Theory of Addiction**. 2. ed. Nova Jersey: Wiley-Blackwell, 2013.

ANEXO A – Instrumento de Coleta de Dados

1. Por quais locais do sistema de saúde você passou? Como chegou neles?

2. Qual a sua percepção sobre os tratamentos recebidos e qual foi o de maior relevância para sua melhora?

3. Na sua percepção, quais são os fatores que dificultam ou dificultaram o seu tratamento?

4. Na sua percepção, quais são os fatores que facilitam ou facilitaram o seu tratamento?

5. Você percebeu melhora na qualidade de vida (relações sociais, trabalho, autonomia e relações familiares) após o início do seu tratamento?