



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

DANIELA SOUSA DE OLIVEIRA

MOSAICO FLUIDO DOS SABERES: Experiências de buscas por cuidados com
pessoas em uso problemático do álcool e outras drogas

BRASÍLIA

2022

DANIELA SOUSA DE OLIVEIRA

MOSAICO FLUIDO DOS SABERES: Experiências de buscas por cuidados com
pessoas em uso problemático do álcool e outras drogas

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do
título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.
Orientadora: Pr^a Dr^a Dais Gonçalves Rocha.

BRASÍLIA

2022

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

S048 Sousa de Oliveira, Daniela MOSAICO FLUIDO DOS SABERES:
Experiências de buscas por cuidados com pessoas em uso
problemático do álcool e outras drogas / Daniela Sousa de
Oliveira; orientador Dais Gonçalves Rocha. -- Brasília,
2022.
178 p.

Dissertação (Mestrado - Mestrado Acadêmico em Saúde
Coletiva) - Universidade de Brasília, 2022.

1. Saúde coletiva. 2. Saúde mental. 3. Álcool e outras
drogas . 4. Itinerário terapêutico. 5. Rio da vida. I.
Gonçalves Rocha , Dais, orient. II. Título.



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

DANIELA SOUSA DE OLIVEIRA

MOSAICO FLUIDO DOS SABERES: Experiências de buscas por cuidados com
pessoas em uso problemático do álcool e outras drogas

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do
título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Aprovada em:

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra Dais Gonçalves Rocha – Presidente
Universidade de Brasília

Profa. Dra Andrea Donatti Gallassi
Universidade de Brasília

Profa. Dra Ximena Pamela Díaz Bermúdez
Universidade de Brasília

Profa. Dr Gustavo Nunes de Oliveira
Universidade Federal de São Carlos
(Suplente)

Tudo posso naquele que me fortalece. (Filipenses 4)

AGRADECIMENTOS

À Deus minha eterna gratidão. Obrigada pelas suas misericórdias, bênçãos e graça.
Ebenezer.

À minha família que esteve sempre me apoiando.

Às minhas amigas e cúmplices aspirantes a trabalhadoras do SUS da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, Dayane, Gisele, Brenda, Emiliana e Rafaela. Em especial à minha amiga que amo muito Silvana, que possamos trabalhar ainda mais com as PICS.

Equipe Andorinha, como eu aprendi com vocês.

Aos meus companheiros da saúde mental de Caldas Novas, o CAPSII. Em especial, Roberto usuário, entre outros.

Farmacêutica Noemi e seu esposo pastor João Roberto, obrigada pela acolhida, o amor do Pai nos uniu em meio ao deserto. Nunca esquecerei vocês.

Meus amigos e companheiros do NASF-ab de Caldas Novas - GO, meu prazer em trabalhar com vocês não estava nos intervalos das obrigações ou nos momentos em que poderemos antecipar na agenda, gratidão.

Aos meus companheiros de carona Brasília – Caldas Novas, Romulo, Ana Karolyne e o Mario, obrigada pela acolhida.

Aos meus amigos da Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Adulto, Marina, Assis e Letícia, na qual desenvolvemos um trabalho incrível com adolescentes em conflito com a lei. Inesquecível, aprendi muito sobre a minha prática de Terapeuta Ocupacional com Juventude. Às demais companheiras, Librada, Vanessa, Gabi, Alice, Iony. Às preceptoras Andressa, Dalila, Carlos, Waleska, Melissa, Helicinia. Aos usuários que se envolveram com a minha pesquisa e demais com quem compartilhei experiências de cuidados, em especial, Kleidson, Moisés, Thiago, Claudemir. Sou a TO da saúde mental graças à paciência e carinho de vocês comigo.

Às minhas companheiras da Terapia Comunitária Integrativa do Distrito Federal, um lugar que eu desatei muitos nós interrelacionais.

Ao movimento Pró-Saúde mental do DF, onde eu pude desenvolver muitas habilidades emancipatórias para transforma da minha realidade local.

Ao meu grande amigo George Caetano, meu maior incentivador. Obrigada por ver, me valorizar e pelo respeito. Sim, existe uma Daniela antes e depois de você. Me abriu

inúmeras portas. Mais ainda, me segurou mesmo quando eu mesma não acreditava nos meus potenciais. Eu os vejo hoje por que você os viu primeiro em mim.

Às minhas amigas de infância, nosso clubinho investigativo “Comando Delta”. Gente, olha aonde eu cheguei, agradeço a Deus por ter tido vocês desde o começo da minha vida.

À melhor Terapeuta Ocupacional de Brasília, Elizete. Você não desistiu de mim, muito obrigada. Obrigada pelo respeito, bom saber que posso contar com você sempre.

Às minhas inspirações para escrever essa dissertação, Thais, que me emprestou o livro o qual tive o primeiro contato com ITs.

Aos trabalhadores da UBS com quem tive as primeiras produções de ITs.

Ao CAPSad, situado na minha linda Samambaia. Foi um lugar onde eu me permiti viver um trabalho vivo e afetivo. À minha comunidade da quadra 317. A favela vence com a dissertação.

À UNB, minha universidade sempre acolhedora. Em especial à Dais. Você é luz em meio ao caos. A sua sensibilidade e dedicação me trouxeram outro olhar sobre o papel do professor(a) orientador(a). Mesmo com as minhas limitações cognitivas você ainda via flores nas minhas escritas. Quero mais de você em mim.

Ao Sistema Único de Saúde, como usuária, como trabalhadora, movimento social e gestora, pude experimentar a doçura e responsabilidade de promover saúde nas comunidades.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), muito obrigada pelo apoio para aplicação e desenvolvimento da pesquisa.

A todos comprometidos com uma política sobre álcool que foge do proibicionismo e culpabilização das pessoas em sofrimento.

Não posso esquecer da Casa Azul, uma instituição que acolheu a minha vulnerabilidade social, me ajudou a ser vista como promotora de mudanças sociais.

Aos amigos e companheiros coprodutores deste estudo, vivenciamos juntos a importância desse projeto social em nossas vidas.

Ao pessoal da minha quadra 317 de Samambaia, onde vivo e revivo, não tem lugar como esse, o meu lar.

*“Eu sempre fui uma sonhadora... E isso me mantém viva”
(Racionais MC'S - adaptado)*

RESUMO

Esta dissertação é um mosaico de saberes ancorados nas vivências que abarcam os desafios de viver processos de cuidados na saúde mental de pessoas que fazem uso problemático do álcool e outras drogas, vinculadas ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad III). Pressupõe a junção de recortes e figuras sobrepostas, por meio do uso da ferramenta Rio da Vida, com intenções de conhecer, reconhecer e compreender os caminhos e acontecimentos vividos dentro das buscas por cuidados em contextos individuais. O Rio da Vida é um recurso que ajuda na reflexão pessoal, ou seja, estimula, de forma criativa, o compartilhamento de vivências; baseia-se na metáfora do rio, que nasce, bifurca, encontra outros rios, correntes, lagos e se estabelece no mesmo desenho processual que ocorre na vida. Entender o lugar em que se está e para onde se está indo é fundamental para escolher e criar caminhos que sejam compatíveis com o que se está procurando. A dissertação tem como pano de fundo a estrutura teórica-experimentada do Itinerário Terapêutico (IT), que é muito utilizada para mapeamento e caracterização dos caminhos percorridos em busca de saúde. O objetivo é investigar quais as barreiras, as potencialidades e os desafios vivenciados cotidianamente por pessoas que fazem uso problemático do álcool e outras drogas. A metodologia utilizada foi fundamentada nas pesquisas participativas do tipo pesquisa-intervenção. O texto divide-se em três momentos: Toca – sensibilização com os trabalhadores do serviço; Cor – aplicação da ferramenta do Rio da Vida; e Ação – retorno das informações com envolvidos. Foram realizados encontros, de duração aproximada de duas horas, com dez usuários do CAPSad III para construção do Rio da Vida. A análise realizada foi a temática do tipo simples e as principais categorias foram: desafiando os andantes – encontros e desencontros; cartas flutuantes de cuidados – nada é para nós sem nós; e catalisadores de afetivos – aprender fazendo. Nessa caminhada, foi possível perceber tanto as potencialidades e fragilidades quanto às construções de buscas por cuidados delineados pelos usuários a partir da vivência de cada um, que são conectores de rede para a garantia de acesso e integralidade dos cuidados formais e informais. O estudo evidencia a importância do delineamento e a utilização de ferramentas que auxiliem na construção da autonomia e corresponsabilização.

Palavras-chave: Saúde Mental. Álcool e outras drogas. Itinerário Terapêutico. Rio da Vida.

ABSTRACT

This dissertation is a mosaic of knowledge anchored in experiences that encompass the challenges of experiencing mental health care processes of people who make problematic harmful use of alcohol and other drugs, attending the Psychosocial Care Center for Alcohol and Other Drugs (CAPSad III). They presuppose the gathering of overlapping clippings and figures through the Rio da Vida tool, with the intention of knowing, recognizing, and understanding the paths and events experienced within the search for care in individual contexts. As a resource that helps in personal reflection, that is, it creatively stimulates the sharing of reflective experiences, Rio da Vida is based on the metaphor of the river, which springs, bifurcates, meets other rivers, streams, lakes, and establishes itself in the same processual design that occurs in life. Understanding where one is and one is going is fundamental to choosing and creating paths that are compatible with what one is seeking. Based on the theoretical-experienced framework of the Therapeutic Itinerary (TI), which is widely used for mapping and characterizing the paths taken in search of health, this dissertation seeks to investigate the barriers, potential, and challenges experienced daily by people who make problematic and harmful use of alcohol and other drugs by means of a research-intervention participatory research. The text is divided in three moments: Touch – awareness of service workers; Color – application of the Rio da Vida tool; Action – information feedback with those involved. Meetings, lasting approximately two hours, were held with ten users of CAPSad III to build the Rio da Vida. Data underwent thematic analysis, returning the following categories: challenging the walkers – seeing the effects of realities; floating care letters – nothing is for us without us; affective catalysts – learning by doing. In this journal, we perceived both the strengths and weaknesses in the construction of searches for care outlined by users based on each person's experience – which are network connectors to ensure access and comprehensiveness of formal and informal care. The study highlight the design and use of tool that assists in building autonomy and co-responsibility.

Keywords: Mental Health. Alcohol and other drugs. Therapeutic Itinerary. River of life.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil dos coprodutores da pesquisa.	64
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Etapas da pesquisa-intervenção.	58
---	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Imagem ilustrativa do roteiro de construção do Rio da Vida adaptado do blog ONEcommunity Church

Figura 2 - Descrição das etapas de análise temática simples.

Figura 3- Agrupamento temático.

Figura 4 - Rio da Vida Florêncio 4.

Figura 5 - Rio da Vida Florêncio 5.

Figura 6 - Rio da Vida Florêncio 6.

Figura 7 - Recorte do Rio da Vida do Florêncio 4.

Figura 8 - Recorte do Rio da Vida do Florêncio 3.

Figura 9 - Recorte do Rio da Vida do Florêncio 1.

Figura 10 - Recorte do Rio da Vida de Florêncio 5.

Figura 11 - Recorte do Rio da Vida de Florêncio 3.

Figura 12 - Recorte do Rio da Vida Florêncio 7.

Figura 13 - Recorte do Rio da Vida do Florêncio 7.

Figura 14 - Recortes do Rio da Vida de Florêncio 4 e 6.

Figura 15 - Recorte do Rio da Vida de Florêncio 8.

Figura 16 - Recortes dos Rios da Vida de Florêncio 2 e 3.

Figura 17 - Recortes dos Rios da Vida Florêncio 4, 3, 7.

Figura 18 - Recorte do Rio da Vida do Florêncio 1.

Figura 19 - Recorte do Rio da Vida de Florêncio 2.

Figura 20 - Recorte do Rio da Vida de Florêncio 2.

Figura 21 - Rio da Vida Florêncio 3.

Figura 22 - Rio da Vida Florêncio 3.

Figura 23 - Recorte do Rio da Vida de Florêncio 3.

Figura 24 - Recorte do Rio da Vida de Florêncio 6.

Figura 25 - Recorte do Rio da Vida Florêncio 9.

Figura 26 - Recorte do Rio da Vida Florêncio 2.

Figura 27 - Recorte do Rio da Vida Florêncio 7.

Figura 28 - Recorte do Rio da Vida Florêncio 7.

- Figura 29** - Recorte do Rio da Vida Florêncio 3.
Figura 30 - Recorte do Rio da Vida Florêncio 4.
Figura 31 - Recorte do Rio da Vida Florêncio 8.
Figura 32 - Recortes dos Riso da Vida de Florêncio 5 e 3.
Figura 33 - Recorte do Rio da Vida do Florêncio 1.
Figura 34 - Recorte do Rio da Vida de Florêncio 5.
Figura 35 - Recorte do Rio da Vida Florêncio 1.
Figura 36 - Recorte do Rio da Vida Florêncio 2.
Figura 37 - Recorte do Rio da Vida Florêncio 8.
Figura 38 - Recortes do Rio da Vida Florêncio 9.
Figura 39 - Rio da Vida Florêncio 2.
Figura 40 - Rio da Vida Florêncio 2.
Figura 41 - Recorte do Rio da Vida de Florêncio 5.
Figura 42 - Recorte do Rio da Vida de Florêncio 4.
Figura 43 - Recorte do Rio da Vida de Florêncio 6.
Figura 44 - Recorte Rio da Vida Florêncio 9.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

IT	Itinerário Terapêutico
CAPS.....	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD.....	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CT.....	Comunidade Terapêutica
DF.....	Distrito Federal
SUS.....	Sistema Único de Saúde
APS.....	Atenção Primária à Saúde
ESF.....	Estratégia Saúde da Família
EUA.....	Estados Unidos da América
ONU.....	União das Nações Unidas
PTS.....	Projeto Terapêutico Singular
UA.....	Unidade de Acolhimento
SISNAD.....	Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas
PANAD.....	Programa de Ação Nacional de AntiDroga
SENAD.....	Secretaria Nacional de AntiDroga
RASP.....	Rede de Atenção Psicossocial
HRT.....	Hospital Regional de Taguatinga
HSVP.....	Hospital São Vicente de Paulo
CRAS.....	Centro Referência da Assistência Social
PICS.....	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
SINE.....	Sistema Nacional de Emprego
CentroPop.....	Centro de Referência Especializada para População em Situação de Rua

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	15
2. OBJETIVOS	20
2.1 Objetivo Geral	20
2.2 Objetivos Específicos	20
3.REFERENCIAL TEÓRICO	20
3.1 Margem 1 – Um panorama do antidrogas	21
3.2 Margem 2 – A escalada da redução de danos no Brasil	26
3.3 Margem 3 – Do manicômio à implementação dos Centros de Atenção Psicossocial, Álcool e Outras Drogas (CAPSad)	30
3.4 Margem 4 – Contextos vivenciais da Rede de Álcool e Outras Drogas do Distrito Federal	35
3.5 Margem 5 – Trajetórias de cuidados delineadas pelo IT	38
3.6 Margem 6 – De lá para cá – O Rio da Vida	44
4. DECISÕES METODOLÓGICAS	48
4.1 Natureza do estudo e referencial metodológico	48
4.2 Caminhos metodológicos	56
4.3 Processamento das informações	59
4.4 Questões éticas	61
4.5 Limites encontrados durante o processo de construção	62
5. DISCUTINDO OS ACHADOS	62
5.1 Caracterização dos Coprodutores	63
5.2 Desafiando os Passantes: encontros e desencontros	68
5.3 Cartas flutuantes de cuidados: nada é para nós sem nós	92
5.4 Catalisadores afetivos: aprender fazendo	112
6.CONSIDERAÇÕES POSSÍVEIS	124
7.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	130
APÊNDICE A – ROTEIRO	139
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	140
APÊNDICE C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE IMAGEM E DE SOM	141
ANEXO A – Rio da Vida	142
ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	164

1. APRESENTAÇÃO

O correr da vida embrulha tudo. A vida é assim: esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e depois desinquieta. O que ela quer da gente é coragem.
(Guimarães Rosa, 1994, p. 436)

A intenção desta dissertação é discorrer sobre os caminhos percorridos pelos buscadores e construtores de cuidados em saúde mental dentro dos contextos individuais e coletivos. Assumi o propósito de ser caixa de ressonância e assim facilitar a visibilidade das narrativas dispostas em primeira pessoa refletidas sobre os desafios e enfrentamentos trilhados por usuários do serviço de um Centro de Atenção Psicossocial, Álcool e outras Drogas (CAPSad III) do Distrito Federal. Para isso, utilizei recursos, processos e tecnologias customizadas às realidades, em meio às circunstâncias instáveis do modelo de Atenção Psicossocial do DF. Essa ideia não foi idealizada a partir da inserção no mestrado acadêmico, mas, é fruto de experiências vivenciadas ao longo da minha vida e potencializadas durante a Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, 2016-2018, e a Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Adulto, 2019-2021, conjugadas às experiências de moradora, militante, usuária e trabalhadora do SUS em suas transversalidades.

Sou Terapeuta Ocupacional, moradora da periferia do Distrito Federal, Samambaia, e militante do movimento social pró-saúde mental. Vi a minha inserção no mestrado como um momento oportuno de conciliar pesquisa e experiência empírica por meio do conhecimento adquirido a partir da vivência em minha comunidade. A intenção era poder compor estratégias vindas de dentro, comunidade, para fora, academia. Em meio às iniquidades e barreiras de acesso nos territórios favelados, predominam desilusões utópicas naturalizadas por pesquisadores que entendem a favela como terreno fértil de pesquisa se limitando, apenas, em mostrar “realidades” sob uma ótica de quem passa, mas não de quem fica.

Esta dissertação tem o desafio de articular reflexões de uma moradora-pesquisadora que experimentou e viveu os contextos problemáticos das drogas em sua comunidade. Mais que um produto a ser entregue para o programa de pós-graduação, é um marco importante de consolidação de expectativas que vêm se construindo a partir da tomada de consciência sobre a identificação pessoal e profissional.

Como usuária e trabalhadora do SUS, não é de hoje a minha inquietação em relação à organização dos fluxos e das carteiras de serviços ofertadas. Eles são rígidos e não incluem os usuários na tomada das decisões na confecção das linhas de cuidados. Os fluxos estão organizados para que os serviços funcionem e não para que os usuários os acessem. Muitas vezes são costurados de forma impermeável, o que neutraliza a autonomia dos usuários em trilhar processos de cuidados mais próximos aos dos seus desejos de “cura e resolubilidade”. Minha proposta é problematizar essas questões tendo em vista a construção do Itinerário Terapêutico (IT) desfragmentado das intenções da assistência, que é o olhar dos profissionais sobre as formas e caminhos dos processos de cuidados para uma visão que combine a vivacidade em trajetos mais porosos desenhados por quem anda sobre eles (JUNIOR *et al.*, 2016).

A primeira vez que ouvi falar em IT foi na Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, na Diretoria de Atenção Primária da Região (APS) de Saúde Oeste do Distrito Federal, que compreendia Ceilândia e Brazlândia. Foi um momento de muitas novidades, pois a APS havia adotado o modelo de Estratégia de Saúde da Família (ESF) como concepção paritária no DF. Diante das dificuldades dos trabalhadores em se adaptarem ao fluxo de atendimento da ESF, a equipe de residentes foi convidada a criar uma ação pedagógica que pudesse diminuir as barreiras de acesso e acessibilidade dos usuários à UBS.

Após pesquisa de experiências na literatura, encontramos o IT como ferramenta muito utilizada para compreender as potencialidades e/ou dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Por meio de um grupo focal, realizamos três encontros com representantes de todas as categorias da Unidade Básica de Saúde, e utilizamos o Bizagi, um software que possibilita modelar fluxogramas para materialização do percurso de busca de cuidado. Os próprios trabalhadores construíram coletivamente o fluxograma e do processo se originou o delineamento dos caminhos possíveis de acesso aos serviços oferecidos pela UBS. No entanto, percebi em minhas considerações que faltava um outro componente e que ele deveria ser centrado no usuário. Tendo em vista as ações focadas na pessoa, o nosso trabalho estava longe promover acesso, que de fato vai utilizar as linhas subscritas pelos serviços de saúde (ALVES, 2016; GERHARDT; BURILLE; MÜLLER, 2016).

Ao longo da minha caminhada nos serviços que trabalhei a partir da inserção na Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Adulto, tive a oportunidade de

entender melhor os fluxos, fora da visão de usuária da saúde mental, agora voltadas para o contexto do álcool e outras drogas. Era um contexto que eu vivenciava há muitos anos, como observadora das situações problemáticas da minha quadra, comunidade, território. Mais empolgante foi adentrar no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e servir de referência para as pessoas que buscavam atendimento. Tive um pequeno temor do surgimento de algumas dificuldades por ser moradora, mas, por fim, o vínculo falou mais alto, tanto para os buscadores de cuidados quanto para os trabalhadores, por eu entender os contextos individuais e coletivos dos atendidos. O processo de pactuar a pesquisa com 17 trabalhadores, mediante a realização de uma oficina sobre a ferramenta utilizada – o Rio da Vida – dentro da reunião de equipe semanal, favoreceu essa coconstrução.

Assim, no mestrado acadêmico, surgem inúmeras inquietações que se correlacionam com o contexto das drogas e IT, mas agora querendo entender os caminhos de buscas de cuidados que fogem da construção das redes criadas para organizar os serviços; porém, centradas exclusivamente nas pessoas. Com esta perspectiva, defini as seguintes perguntas de pesquisa: O que os usuários fazem para resolver seus problemas sem o CAPSadIII? Como eles se resolvem na crise sem apoio dos serviços de saúde? Quais paradigmas e abordagens das políticas de drogas vivenciam nos trajetos percorridos nas buscas por cuidados? Quais caminhos são potentes para promoção e prevenção de saúde?

Com base nesses questionamentos, minha proposta temática como mestranda se configurou em estudar o IT no contexto de pessoas que fazem uso problemático de drogas, mas eu não teria como fazer da mesma forma que fiz na UBS. Precisava trazer ou inventar uma ferramenta que potencializasse as vivências e buscas das pessoas sem grande influência da pesquisadora. Foi então que, durante encontro de supervisão coletiva com a orientadora, conheci a pesquisa-intervenção, entre várias opções das pesquisas participativas.

Esse momento foi o mais importante para mim como pesquisadora, pois, eu percebi que vinha desenvolvendo o método leigamente, sem fundamentação. Ter essa tomada de consciência me deu segurança para traçar novos os rumos de minha pesquisa e reformulá-la, tornando-a o que é hoje. Foi durante outro encontro, compartilhado com os orientandos, que eu conheci a ferramenta Rio da Vida. Já tinha escutado sobre o assunto, mas no contexto religioso. Como protestante, entender e navegar por um rio com corredeira era inevitável. Há inúmeras citações bíblicas que trazem o rio com metáfora.

Há poucas publicações na literatura sobre o Rio da Vida, então, para entender melhor, comparei com ferramentas dispostas no meu contexto de trabalho, do CAPSad III, e como os estávamos manuseando no cotidiano de trabalho. É uma crítica de quem viveu os processos como residente multiprofissional, que flui da vivência cotidiana para serviços específicos, como o acolhimento, um momento de entrevista em que os profissionais realizam perguntas já pré-estabelecidas e de forma generalizada.

O Projeto Terapêutico Singular (PTS), também falando da prática no CAPSad III, foi uma ferramenta de agendamento dos atendimentos do usuário, ou seja, os profissionais com presença ou não do usuário preenchem o cartãozinho com os grupos e atendimentos que ele achava melhor para o “tratamento”. O mapa de rede, que é construído entre profissional de referência e usuário, foi poucas vezes utilizado como instrumento de auxílio para reinserção pela comunidade. O genograma foi a ferramenta mais utilizada pelos profissionais do CAPSad III, em momentos como nas discussões de casos. No entanto, era pouco revisitada pelos usuários. Seu uso tinha a intenção de facilitar algumas reflexões sobre sua história de vida, não somente sobre a sua composição familiar, e atrelar isso às mudanças ocorridas pelo fluxo de vida.

São ferramentas que por algum motivo, entre o fazer e o refletir, se perdem nos burocráticos processos de trabalho, mais ainda no contexto de desmonte da saúde mental tão recorrente em todo o Brasil. Encho os olhos quando leio Oliveira (2007) propondo o PTS como um dispositivo reflexivo aos contextos dos serviços, que se incorpora no *setting* e compõem a clínica nos processos de discussões de casos e nas reuniões de equipes. A minha crítica está em relação aos atalhos construídos para incorporação de processo de trabalho moldados pela produtividade excessiva, burocracia e concepções antagônicas que desvirtuam as ferramentas de cuidados. A impregnação do sistema taylorista também descaracteriza a plasticidade dessas ferramentas pensadas para a pessoa e os serviços, que no contexto em que vivemos, têm deixado de lado a figura mais importante desses processos, o usuário. Foi destinado para ele o papel da passividade (CAMPOS, 1998; OLIVEIRA, 2007).

Surge então o Rio da Vida como técnica de produção e análise de dados dos IT. O usuário é que decide o que colocar, como escrever ou desenhar e esse produto pertence a ele. É acolhimento, porque a proposta se organiza na escuta da amorosidade. É PTS, porque permite à pessoa entender as ofertas do serviço e compor singularmente o seu processo de cuidado, provocando autonomia. É mapa de rede, porque permite visualizar lugares formais e informais, pelos quais a pessoa passou, ficou e saiu, ao longo de sua

caminhada. É o genograma, pois atravessa a representação gráfica da descrição da doença para caracterização da vida e os papéis ocupacionais vinculantes aos acontecimentos da pessoa. O Rio da Vida permite trabalhar o sentido e dessentido dessas ferramentas sob o domínio do usuário favorecendo-o. Isso é realmente protagonismo, esperança e cuidado em liberdade. É um convite para tomar conta de si e dos seus processos da vida cotidiana, entendendo-os como uma construção e não como fim das coisas (WALLERSTEIN; DURAN; ETZEL; MINKLER, 2017).

Ao escutar pela primeira vez a sugestão do Rio da Vida como ferramenta a ser implementada na minha dissertação, a ideia trouxe o sentimento de aconchego e de curiosidade. Foi então que me debrucei sobre o tema e percebi algumas coisas: o Rio da Vida pode ser uma ferramenta ou metodologia de trabalho; pode ser realizada de forma individual ou coletiva; pode ser usada como recurso terapêutico; precisa de um roteiro, que serve para que a pessoa não se perca durante a descrição dos acontecimentos. O Rio da Vida é integralmente construído pela pessoa, não tem interferências de terceiros, é um momento particular de desenvolvimento de raciocínio vivo dos acontecimentos ao longo do tempo e permite o desenvolvimento de habilidades criativas e artísticas, provocando reflexões ao entrar em contato com velho/passado, novo/futuro, agora/presente, e ainda potencializa sentimentos e emoções para compor com novos horizontes (SANCHEZ-YOUNGMAN; WALLERSTEIN, 2017).

Na revisão sistemática e metassíntese da produção científica sobre IT no Brasil, no período de 2008 a 2019, evidenciou-se que as entrevistas (semiestruturadas ou em profundidade) foram as mais empregadas para produzir e analisar os dados, seguidas por etnografia, diário de campo, observação participante, análise documental e grupo focal (DEMÉTRIO; SANTANA; PEREIRA-SANTOS, 2019).

Então, me desafiei a construir um IT segundo a ferramenta do Rio da Vida dentro de uma pesquisa-intervenção no contexto dos usuários da CAPSadIII da minha comunidade Samambaia. Desenvolvi um roteiro com intuito de facilitar, pois ainda era uma experiência nova para mim, a visualização da criação do rio configurado em etapas. Mas me inquietava se o processo de construção era IT ou Rio da Vida. Vez ou outra me via utilizando os termos como sinônimos.

Aqui o IT deságua num rio, nas memórias, nos desejos e nas coisas que significam e não significam a vida. O refletir de muitas vidas e não vidas, viver novamente o vivido, analisar velhos ciclos e compor novos. O Rio da Vida, ferramenta metodológica desenvolvida por muitas mãos comunitárias sob prisma das parcerias, é uma linha

histórica do tempo das voltas que a própria vida dá. Contornado pelas margens do velho e do novo, sendo fronteira entre o líquido e sólido. As margens que costumam abrir caminhos, bifurcações, nesta dissertação vem com ímpeto de abrir serenidade, conversa e experiência consolidando um mosaico de muitas coisas e de muitas vozes narradas.

A dissertação, então, está organizada em seis margens: a primeira margem contextualiza um panorama do antidrogas contornando as políticas públicas; a segunda margem se estrutura contra-argumentando a primeira, as escaladas da Redução de Danos no Brasil; a terceira margem trata dos encantamentos com a implementação do centro de atenção psicossocial; a quarta margem fala da situação da saúde mental e contexto do campo álcool e outras drogas no Distrito Federal; e a quinta margem é uma miscelânea de tecnologias de saúde mental, que virá compor um mosaico dos saberes, um lugar onde quem governa é a sabedoria, e não a imputação de poderes.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Analisar as buscas por cuidados e suas contribuições na promoção e prevenção da saúde de pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas, no contexto de um CAPSad III do Distrito Federal.

2.2 Objetivos Específicos

- Investigar quais barreiras, potencialidades e desafios vivenciados no cotidiano de pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas, por meio do IT produzido com a ferramenta Rio da Vida;
- Descrever a rede de atenção psicossocial a partir do entendimento do usuário que percorre serviços e ações de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS);
- Identificar os processos de cuidados que contribuem na promoção e prevenção da saúde de pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas.

3.REFERENCIAL TEÓRICO

Para o referencial teórico buscou-se apresentar pontos e contrapontos que pudessem potencializar as escolhas deste estudo. Com a pretensão de tecer reflexões críticas, concretas e simbólicas à luz da realidade encontrada relacionando os contextos encontrados no cenário do CAPSad III. Foram incluídos autores que tratam sobre a

temática de saúde mental e saúde coletiva, bem como aqueles que versam sobre o contexto das drogas, tecnologias e metodologias como proposta de trabalho derivados dos arranjos organizativos. Foram consideradas ainda produções leigas de processos de cuidados vividos também pela autora.

3.1 Margem 1 – Um panorama do antidrogas

As drogas fazem parte dos contextos de existência da humanidade desde muito tempo atrás. No início, as drogas eram utilizadas como medicamentos e depois passaram a ser vistas como um problema pelo descontrole no uso problemático de algumas substâncias. Porém, desde o século 19, é uma questão discutida amplamente com tom predatório aos consumidores das substâncias psicoativas (SPA), culminando no proibicionismo sagaz que tem ceifado vidas (RYBKA; NASCIMENTO; GUZZO, 2018).

Refletir sobre o combate às drogas no Brasil é primordial para entender os acontecimentos que atravessam as questões de saúde mental, mais propriamente, as políticas que normatizam processos e concepções de cuidados para pessoas que fazem uso de drogas. Envoltas nos discursos de guerras às drogas, a construção das políticas antidrogas ao longo do tempo tem se revelado um desafio desnatural para uma consolidação contra-hegemônica. Essa margem da dissertação não pretende esmiuçar por completo essa temática, mas, problematizar questões relevantes contextualizadas à realidade dos envolvidos no estudo, visando construir elos reflexivos que subsidiaram as escolhas deste estudo (CORREIA; SANTIAGO, 2019).

Historicamente, o movimento de guerra às drogas de natureza higienista e criminalizadora se manteve por muito tempo como a única maneira de enfrentamento ao uso problemático do álcool e outras drogas. Este movimento se posiciona de forma condenatória e se sustenta em pressupostos mais alarmistas do que argumentativos, mais sensacionalistas do que científicos, e moralizantes. É operacionalizado por políticas “rígidas e repressivas” que colocam distância entre a realidade e as necessidades da pessoa que faz uso problemático, um fenômeno que se originou nos Estados Unidos da América (EUA).

Nos anos 1900, os EUA enfrentavam uma crise do uso abusivo de álcool e como forma de diminuir o consumo excessivo foi criada a Lei Seca mediante a aprovação da 18ª Emenda à Constituição. De natureza proibicionista, foi a primeira lei a proibir o

consumo e venda do álcool, marcando aqui o início de cem anos do projeto de proibicionismo (RODRIGUES; LABATE, 2018).

Como forma de estabelecer critérios de legalidade para as substâncias psicoativas, a Conferência de Haia de 1912 oportunizou um debate quanto à temática de “preocupação com abusos e prejuízos individual e coletivo, e padrão médico na prescrição de drogas, definindo aí as drogas ilegais e legais” (RODRIGUES; LABATE, 2018, p. 79). Essa resolução foi possibilitada pelo crescimento de aparatos repressivos estatais moldados por meio da promoção e da elaboração de um regime de combate e controle internacional das drogas.

Nesse período, as drogas passaram a ser um problema que estava associado não somente às mudanças de comportamento, mas à indisposição cultural. Essa foi a grande virada empregada que não ocorreu somente nos EUA, mas também em outros países, configurando a internacionalização das drogas como problema. Houve então um alinhamento que conduziu para coibição e desenvolvimento de tabus contra o uso de drogas e foi preciso que cada país desenvolvesse estratégias de resistência (LIMA, 2019).

O Brasil, influenciado por posicionamentos proibicionistas, mirava em uma solução que acabasse com o tráfico de drogas suscitando, nessa concepção, políticas repressivas de combate às drogas emergidas da “segurança pública, saúde e segurança nacional”. Em 1921, é decretada a primeira lei sobre drogas no Brasil, sem intenções proibicionistas e com foco no uso medicinal. O proibicionismo e a criminalização chegaram ao nosso país em meados da década de 1930, impulsionados pelos EUA. Num contexto de rejeição às drogas, de crescimento populacional e da formação dos grandes centros urbanos, o proibicionismo surge como um projeto com a finalidade de promover saúde coletiva e individual velados pela moral e combinados à disciplinarização. Isto culminou no projeto de alienação das pessoas em prol de um suposto “bem-estar social” (ROCHA, LIMA, FERRUGEM, 2021).

No período da segunda guerra mundial, houve um crescimento do consumo de SPA. Então, a Organização das Nações Unidas (ONU), em 1961, combinou um conjunto de ações assegurando o uso médico e terapêutico estipulado pela Convenção Haia, ainda sob a perspectiva proibicionista e de interesse no controle social, com anuência brasileira. O que não se esperava é que assim como o fortalecimento da política antidrogas crescia, nascia, concomitantemente, um concorrente inesperado: o tráfico de drogas.

Já na década de 1970, Richard Nixon, com um discurso proibicionista, identificava as drogas como o inimigo da América, e foi por aí que se iniciou a “guerra

às drogas”. Ela se estruturou pelo moralismo e o racismo levando à criminalização, que pouco a pouco foi sendo galgado por leis penais na construção de vultosos empreendimentos estatais de repressão e antidrogas. Mais tarde, houve a militarização da guerra às drogas pelo, então presidente, George H. W. Bush, com ideia de combater o tráfico, em 1989.

No entanto, com o discurso de responsabilidade compartilhada, Bill Clinton, em 1992, atenua os movimentos combativos para acionar uma agenda que buscava segurança nacional contra o tráfico de drogas. Em 1985, no Brasil, são encontrados os primeiros sinais de problemas de segurança pública com relação ao uso de drogas, em especial a guerra ao tráfico de drogas, caracterizada pela violência, ou seja, a militarização do combate às drogas (LABATE, RODRIGUES, 2018).

Isso influenciou no comprometimento do Estado brasileiro como signatário de tratados internacionais, afirmando assim sua postura quanto ao manejo das questões de drogas em prol de seu combate, como: Convenção Única Sobre Entorpecentes de 1961, Convenção Sobre Substâncias Psicotrópicas de 1971, Acordo Sul-americano Sobre Estupefacientes e Psicotrópicos de 1973, Convenção contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e de Substâncias Psicotrópicas de 1988 e Declaração dos Princípios Orientadores da Redução da Demanda vinculada a Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas (1998). Para Boiteux (2015), as convenções que regem a fundamentação das políticas de drogas são: a Convenção Única de 1961, o Protocolo Adicional de 1972, a Convenção sobre Drogas Psicotrópicas de 1971 e a Convenção contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes de 1988, “ratificado por mais de 95% dos países do mundo” (BOITEUX, 2015, p. 7). Nesse período, não só os entorpecentes, como as substâncias psicoativas também entram para rol das drogas ilícitas (BOITEUX, 2015).

Essas convenções tiveram forte influência na normatização da concepção das políticas públicas no Brasil com finalidade ideacional explícita antidrogas. A começar pelo Código Penal Nacional de 1940, que se deteve em diferenciar usuários de traficantes, com uma postura de não criminalização dos consumidores de drogas, concentrando seu objetivo no combate necessariamente ao tráfico de drogas. Esse período também foi marcado pela redemocratização depois do Estado Novo, contrastando com a construção de um discurso proibicionista. “O começo de uma ruptura do modelo de política criminal, que se desloca do sanitário para bélico, vinculadas à criação do estereótipo da dependência atrelada à doença” (PEDRINHA, 2008, p. 5491). Nessa época, as drogas passaram a ser vistas como sentido de liberdade ligada aos movimentos sociais

democráticos, mas, durante a Guerra Fria, esse contexto foi mudando tendo em vista as tensões das relações internacionais e militar-geopolíticas que entendiam as drogas como um problema. Daí por diante as bases moralistas aumentaram o seu volume quanto à disseminação da ideologia antidrogas (LOPES; GONÇALVES, 2018).

O Brasil nesse período estava inteiramente voltado para os acontecimentos socioculturais emergidos de fora, potencializados pelo enfraquecimento identitário blindado sob o slogan de “o que é bom para EUA é bom para Brasil”. Nesse contexto, havia necessidade de demonizar inimigos conforme a dispersão da agenda da guerra às drogas, que culminou em transformar pessoas com ideologias diferentes em comunistas e a estes em traficantes de drogas. Daí por diante, se funde a um forte esquema bélico de repressão e criminalização, traçado pelo viés político.

Em meados de 1968 e 1969, dois decretos chamaram a atenção: o Decreto nº 385, que utilizou pela primeira vez o verbo criminalizar, e o Decreto nº 753, que ratificou a fiscalização. Em meados de 1971, com a lei nº 5726, introduz-se a equiparação dos usuários à traficantes de drogas, influenciada pelos intentos internacionais perante a organização de normativas ajustadas à concepção proibicionista, compactuadas aos declives para uma sociedade moralista e repressiva do Brasil (FERRUGEM, 2020; LOPES; GONÇALVES, 2018). Pedrinha (2008) argumentou diretamente sobre esse período que criou uma hegemonia nacional quanto a problemáticas de drogas no país.

A política criminal de drogas ajustou-se à metáfora da guerra. Os discursos proferidos passaram a articular a noção de combate ao inimigo, que deve ser exterminado, com o aval da sociedade. A política da guerra foi potencializada no Brasil por uma trílice base ideológica, a ideologia da Defesa Nacional, complementada pela Doutrina de Segurança Nacional e pelos Movimentos de Lei e Ordem. (PEDRINHA, 2008, p. 5492)

À sombra da construção de uma sociedade de combate às drogas, a lei nº 7170, de 1983 de Segurança Nacional instituiu ainda mais repressão e punição. Ela levou à perseguição em massa de estudantes e professores, e à perversidade instituída pelas normativas vigentes. Foi nesse período que se iniciou a internação de usuários de drogas em manicômios e hospitais psiquiátricos, utilizando como justificativa a lei nº 5726 de 1971, que resultou num forte armamento para enfrentamento maciço ao tráfico de drogas. Este posicionamento contraria os ideais emergentes de saúde pública e substitui o processo de prevenção pelo da repressão, delineado sob as perspectivas de marginalização social pelo apelo moral, religioso, político e midiático (LABATE; RODRIGUES, 2018; LIMA, 2019).

O discurso repressivo apresenta uma visão dicotômica da sociedade, aos jovens consumidores, integrantes dos estratos sociais mais altos, aplica-se o paradigma médico; enquanto aos jovens vendedores, integrantes dos substratos baixos, aplica-se o paradigma criminal. (PEDRINHA, 2008, p. 5497)

Com a Constituição Cidadã de 1988, desenhou-se a culpabilidade do tráfico de drogas como um crime “insustentável de anistia e de graça”. Já a Convenção de Viena de 1991 fortaleceu ainda mais o viés punitivo, que resultou na criação do Programa de Ação Nacional de AntiDroga (PANAD) e da Secretaria Nacional de AntiDroga (SENAD). Em 1994, a Comissão de Fiscalização das Nações Unidas questionou a dificuldade de repressão do tráfico, tendo como resposta brasileira a militarização para o controle das drogas (PEDRINHA, 2008).

O combate à guerra às drogas constitui um paradigma que relaciona a reação do Estado frente às estratégias de repressão ao longo tempo, visto que os enfrentamentos internacionais culminaram em políticas com tom de desespero que não provocaram as mudanças esperadas. Para Fiore (2012), com advento da concepção proibicionista, as estratégias do Estado em promover ações de cuidados em saúde são anuladas significativamente, abrindo caminho para surgimento de novas problemáticas. O autor ainda afirma que esses desdobramentos foram além das convenções e legislações. O proibicionismo, aquecido ainda hoje, impõem limites arbitrários para usos “legais/positivos e ilegais/negativos” (FIORE, 2012, p. 1).

Os potenciais danos individuais e sociais do consumo de drogas não justificam a sua proibição. [...] Ao proibir a produção, o comércio e o consumo de drogas, o Estado potencializa um mercado clandestino e cria novos problemas. (FIORE, 2012, p. 7).

Nem a redemocratização rompeu com o paradigma das questões de drogas no Brasil. O governo de Itamar Franco, teve destaque pela criação da Secretaria Nacional de Entorpecente; Fernando Henrique Cardoso criou o Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD); e o governo Luís Inácio Lula da Silva iniciou um processo de debate aberto e comunitário da Política Nacional Antidrogas. Como resultado, mudou-se a denominação para Política Pública Sobre drogas (JESUS, 2020).

Em pouco tempo, com uma guinada, a lei nº 11.343, de 2006, que criou o Sistema Nacional de Políticas Sobre Drogas (SISNAD), instituiu dois modelos antagônicos: um que carregava a prevenção e reinserção social de usuários de drogas e outro que ainda apontava para repressão à produção e tráfico, como forma de promover ações mais capilarizadas. Enquanto fora do Brasil as drogas ilícitas mais utilizadas eram a maconha, a cocaína, a heroína, o crack, o ecstasy e o haxixe; no Brasil, eram a maconha e a cocaína.

Essa lei trouxe a possibilidade de inclusão de processos de cuidados individuais e multidisciplinares, com inserção da família como personagem importante para a prevenção de agravos. Foi um marco de grande relevância uma vez que trouxe os direitos dos usuários de drogas, embora, carregando o viés punitivista. A sociedade brasileira se vê dividida quanto às questões de drogas tendo em vista as modificações das políticas públicas. O legado hegemônico do proibicionismo ainda sustentado no atual Decreto de nº 9761 de 2019, se mantém “punitivista e subjetivista” (LIMA,2019).

Cem anos depois do Decreto de Lei nº 4294, de 1921, a primeira lei de drogas do Brasil, que colocou em voga o proibicionismo e foi forjada pela repressão e intolerância, segue sem efeito para as questões de drogas no país. Hoje, ainda com mais ameaça do que antes, não se revela como uma estratégia bem-sucedida. A conformação das políticas públicas, muitas vezes aquecida pela tomada de decisões que estruturam e também possibilitam a criação de coalizões de proteções, reforça o processo político de implementações de arranjos sociais.

Nesse sentido, são comparadas as redes sociais diversas que influenciam os projetos e os compromissos dos governos ao desenvolver habilidades em resposta às suas ideias. As políticas públicas podem ser vistas como âncoras ou como timão de barco, ou seja, elas podem paralisar e não gerar desenvolvimento; ou podem ser como um timão, guiando ao desenvolvimento e tomando boas decisões. No caso, a política de combate às drogas promoveu o nascimento de outras substâncias, por exemplo, o crack, que é prova cabal do fracasso do proibicionismo mundial. Sem falar no aumento do consumo de drogas ilícitas, – cocaína – e com isso a formação de grupos criminosos, como as milícias, formadas por agentes do próprio estado. Sem dúvida alguma, a proibição é uma oportunidade de negócio (CORREIA; SANTIAGO, 2019; MARTINS; BUCHELE; BOLSONI, 2021).

Contudo, o proibicionismo, a guerra às drogas ou a antidroga foi, e ainda é, uma escalada sem saber se existe o topo. Com intuito de combater as drogas, resultou no fortalecimento sem medida ao tráfico e no surgimento de novas drogas, assim como no financiamento do crime organizado. Em contrapartida, outras políticas paralelamente a essa trouxeram contornos importantes que fortaleceram um outro lago: a política de redução de danos a ser descrita no próximo capítulo.

3.2 Margem 2 – A escalada da redução de danos no Brasil

A escalada da redução de danos ocorre concomitantemente a do movimento antidroga na década de 1980. A redução de danos é representada aqui também como um cartaz para as outras estratégias e propostas contrárias ao proibicionismo e à guerra contra as drogas, a fim de desestabilizar as certezas e questionar as verdades impostas. Vem com uma proposta de tecer sob perspectivas sócio-históricas, compromissada em compreender os contextos com carácter multifacetado (ARAUJO, 2019).

A forte influência norte-americana começa a ser questionada em diversos países, levando a um debate sobre a própria existência dessa corrente ideológica, com a proposição de promover medidas mais acertadas para as questões protetivas, visando a promoção de processos de cuidados idealizados fora da conjuntura repressiva e punitiva para serviços de saúde que atendam pessoas que fazem uso problemático do álcool e outras drogas (GODOY, 2017). Ressalta-se o destaque na lei nº 8080, de 1990, que trouxe dentro dos serviços de saúde a redução de danos como estratégias para pessoa em uso abusivo do álcool e outras drogas. E o Decreto nº 6.117, de 2007, que também afirma a redução de danos como apoio intersetorial e integralidade de comportamentos (VASCONCELOS *et al*, 2018, p. 40). Godoy (2017) afirma que existem ainda outros paradigmas que norteiam as políticas de drogas, como: modelo jurídico-repressivo, modelo médico-sanitarista e o modelo sociocultural.

O primeiro é o proibicionismo puro; o segundo encara o usuário de drogas como um doente, e tem como estratégia curativa a abstinência; e no terceiro, o usuário é constituído pelo contexto sociocultural e sujeito de direitos, as intervenções se estruturam nas estratégias de redução de danos (GODOY, 2017, p. 139-140).

Entre os marcos internacionais do surgimento da concepção de redução de danos, destacam-se: o ano de 1926, na Inglaterra, no qual os médicos faziam prescrição de morfina e heroína com intenções de amenizar os danos ocasionados por outras enfermidades – esta forma de diminuir os sintomas a partir da utilização dessas drogas ficou conhecida dentro do Relatório de Rolleston; o programa para a redução da transmissão de doenças infectocontagiosas entre usuários de drogas injetáveis, que aconteceu na Holanda em 1972; a Lei do Ópio de 1976, que discriminou as drogas de risco aceitáveis e as drogas de risco não aceitáveis; e o surgimento do movimento *Junkiebon* (associação de usuários de drogas injetáveis), em Amsterdã em 1980, que tinha o objetivo de reivindicar melhores condições de saúde e redução da contaminação pelo vírus HIV/AIDS e também a hepatite B. A partir dessas experiências, outros países começam a implementar uma visão de redução de danos (LOPES; GONÇALVES, 2018).

A redução de danos é uma estratégia de processo de cuidados que ultrapassa as ações e serviços ofertados, “tem o usuário como protagonista de um itinerário a ser construído” (ADAMY; SILVA, 2017, p. 145). Um modelo que se implementou pela necessidade de converter mudanças e da criação de novos paradigmas frente à antidroga. Ela surge como um indutor de ações mais próximas às realidades, com oportunidade de ser mais flexível nas questões de drogas. O marco dessa virada acontece com as ações de fornecimento de seringas para usuários a fim de evitar a disseminação do vírus do HIV/AIDS, e as chamadas doenças sexualmente transmissíveis que hoje são conhecidas como infecções sexualmente transmissíveis, diante do aumento de pessoas com o vírus, o que havia se tornado um problema de saúde.

Conhecido como o “programa troca de seringas”, teve início em Santos-São Paulo (SP) em 1989, que foi na contramão da “repressão do aparato policial com o argumento de violação da legislação de combate às drogas” (MOREIRA; SOARES; CAMPOS; LARANJO, 2019, p. 327). Diante desse contexto, somente em 1997 foi legalizado a distribuição de seringas no estado de SP. Em 2005, as estratégias de redução de danos viraram política pública de saúde, regulamentadas pelo Ministério da Saúde (MS) dentro da carteira de serviços da saúde mental estando em concordância com as Políticas Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. A política de redução de danos promove a autonomia dos usuários, por meio da qual eles podem construir conjuntamente o seu processo de cuidado (VASCONCELOS *et al*, 2018).

A política de redução de danos foi uma grande invenção de tecnologias de cuidados em saúde mental que possibilitou afirmar que a abstinência não seria a única solução para as questões do álcool e outras drogas, frisando que a qualidade deveria ser complementar e não substitutiva das outras ações de saúde. Nessa perspectiva, valoriza-se a singularidade da pessoa, colocando-a no centro dos cuidados e a deslocando da figura de doente defendida pelo modelo médico-sanitário. Estes ideais se tornam um paradigma da redução de danos, enfrentando o pragmatismo dos problemas de saúde, sociais e econômicos no tocante aos usos problemáticos do álcool e outras drogas que reforçam as ideias do modelo sociocultural que cria o sujeito de direitos. Têm em mente a saúde integral e equânime como garantia de acompanhamento longitudinal, pois a redução de danos tem a finalidade de diminuir os prejuízos do uso abusivo das drogas (VASCONCELOS *et al*, 2018, p. 38-40).

Foi um momento em que um lado da sociedade entendia o compromisso e a necessidade de reduzir danos no contexto de drogas, e o outro via como um incentivo

para uso indiscriminado das drogas. Essa segunda parcela formava um movimento muito sagaz, determinado por um esquema midiático e por grupos religiosos que argumentava que se estava corroborando com a criminalidade, construindo estigmas e preconceitos sobre os usuários de drogas. Percebe-se a influência gigante do movimento de guerra às drogas, sustentado pela visão higienista, no encarceramento em massa, nos tratamentos desumanos e nas internações compulsórias. A redução de danos se trata do cuidado, da liberdade de escolha e da garantia de direitos (LOPES; GONÇALVES, 2018, p. 4).

Em 2005, foi criada a Portaria nº 1.028 pelo Ministério da Saúde que estabelece as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência. Esta portaria é um marco das diretrizes que orientam os serviços que ofertam cuidados às pessoas em uso problemático do álcool e outras Drogas e normatiza os objetivos da Redução de Danos no contexto social e na saúde. A criação das diretrizes gerou a oportunidade de desenvolver bem o conceito, agora como estratégia oficial de prevenção de agravos à saúde, sem interferir no comércio de drogas, mas trabalhando sob o viés da responsabilidade e respeito às escolhas individuais dos usuários. Nesse sentido, os processos de cuidados se estruturaram com: modelo de abstinência e de redução de danos. Percebe-se a formação antagônica de conflitos de ideias entre os trabalhadores da saúde mental. Enquanto a primeira se mantém na esfera de “imposição de descontinuidade imediato do uso”, a segunda pregava a autonomia na construção e na gerência dos seus processos de cuidados em saúde (LOPES; GONÇALVES, 2018, p. 7).

A política Nacional de Redução de Danos veio com uma proposta diferente da já hegemônica antidroga. Não reconhece os cuidados fora de liberdade, nem a repressão e a violência. Opta por estimular melhorias de ações e serviços mais próximos da comunidade como uma estratégia de saúde pública com o principal fundamento do direito à liberdade de escolha para promoção da cidadania e reinserção social baseada na comunidade (BRASIL, 2005). Por meio dessas medidas, possibilita a educação, a participação familiar nos processos de cuidados, acessos aos insumos e medicamentos e a promoção de comportamento de proteção. A visão de cuidados da Redução de Danos ultrapassa os espaços físicos da unidade de saúde, ela precisa estar onde o público-alvo está. Assim, foram criados os redutores de danos, que são pessoas de vínculo com a comunidade ou lideranças comunitárias que fornecem materiais e orientações quanto ao manejo seguro das substâncias. Eles se responsabilizam pela promoção da saúde e pela

prevenção de agravos dos usuários de drogas (MOREIRA; SOARES; CAMPOS; LARANJO, 2019).

Petuco (2020) ainda afirma que o Brasil passou por três ondas da Redução de Danos, a primeira se refere a prevenção ao HIV/AIDS e hepatites virais. Destacando o processo como algo importante que ultrapassou a ideia inicial sobre os “indicadores epidemiológicos para um envolvimento ético, estéticos e políticos”, o que significa a desfragmentação do olhar para a doença, voltando-se para o fenômeno social implicado nas condições protetivas dos usuários (PETUCO, 2020, p. 96). Nesse sentido, Campos e Policarpo (2020) colaboram com as discussões de Petuco, afirmando que a Redução de Danos possui princípios: primeiro, é uma alternativa tanto quanto a antidroga; segundo, reconhece a abstinência, mas aceita alternativas de cuidados e redução de danos; terceiro, defende os usuários; quarto, implementa serviços de porta aberta sem muitas exigências de elegibilidade; e quinto, atua no pragmatismo em detrimento do moralismo (CAMPOS; POLICARPO, 2020).

A segunda onda esteve relacionada às questões de saúde mental e se constituiu na implementação de políticas públicas de saúde originárias do modelo tradicional de psiquiatria, voltadas para curativistas e medicalistas, um modelo centralizado nos cuidados da pessoa e no território. Foi popularizada com o advento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que mesmo após mudanças custou muito tempo a incorporar e reconhecer cuidados para usuários do álcool e outras drogas, assim como a própria Redução de Danos demorou a encontrar a saúde mental. O encontro da saúde mental com a Redução de Danos é muito importante para consolidação de equipamentos, mas isso não significou a adesão de todos da saúde mental aos princípios da redução de danos (PETUCO, 2020).

Já a terceira onda se relaciona com os direitos humanos e desenvolvimento social. Veio com proposta de carregar as duas primeiras e trouxe uma gama de tecnologias, ferramentas e metodologias de trabalho, como o Projeto Terapêutico Singular (PTS). Essa nova fase da Redução de Danos traz debates relacionados às questões de gênero, raça e orientação sexual, bem como drogas, masculinidades, a prevenção da vida, abrigo, testagem para HIV, geração de renda e acesso à educação e cultura (PETUCO, 2020). Contudo, as próximas margens desta dissertação se comprometem a redigir sobre essas duas últimas ondas, da saúde mental no contexto brasileiro e do desenvolvimento social.

3.3 Margem 3 – Do manicômio à implementação dos Centros de Atenção Psicossocial, Álcool e Outras Drogas (CAPSad)

Oriundos da Reforma Psiquiátrica de 1970, os CAPS surgem como modelo substitutivo do modelo biomédico hospitalocêntrico, os manicômios. Tiveram influência da reforma, fortalecida pela proposta de desinstitucionalização italiana, que era antagônica aos manicômios por estes realizarem tratamentos desumanos com os usuários. Esta lógica dos manicômios se iniciou na Europa do século XIX, onde se criou um tratamento pautado na moral e a loucura passou a ser medicalizada sob a tutela da psiquiatria com a prerrogativa de tratar “doença mental”. Começa aí se instalar um poderio médico, hegemônico, que funcionava como uma máquina da patologização da loucura, em contraponto à subjetividade do existir.

Com empunhaduras de controle pelo poder, a psiquiatria articulava tratamentos asilares, promovendo uma relação médico-paciente de domínio com a intenção de “domesticar” os corpos por meio da disciplina. Esse tipo de tratamento fazia com que as pessoas submergissem parcialmente ao declínio, à irracionalidade e à insanidade, com o aval da instrumentalização do método científico. A loucura era vista como desordem global das ações e instintos, assim, somente depois de ela ter sido curada, o indivíduo poderia ser reabilitado ao convívio em sociedade. A insanidade passou a ser vista como um problema social (ASSEF, 2022; MOURA, 2019; PASSOS, 2021).

Diante desse contexto, surgiram correntes contrárias ao tratamento e processo de higienização das pessoas em sofrimento mental. Os manicômios eram e ainda são lugares de desfiguração identitária, cultural e dos vínculos familiares. As pessoas não passam de objetos prontos para reabilitação social. Elas eram submetidas a situações de violência e espaços completamente insalubres invisibilizados pela sociedade. Como depósitos de pessoas, qualquer um que estivesse fora dos padrões era destinado à internação compulsória, entre elas: pessoas em situação de rua, homossexuais, mulheres e homens que destoavam dos bons costumes. Essas pessoas eram tidas como sem valor e mereciam ser separadas e mantidas em instituições totais. Como exemplo, temos no Brasil o Hospital Colônia de Barbacena de 1830, responsável por um dos maiores genocídios. Conhecido hoje como “O holocausto Brasileiro” tem o peso de mais de 60 mil mortes, lembrado pela crueldade e descaso, lugar dos indesejados, que se estruturou pela concepção moralista (ASSEF, 2022).

Para combater diversas barbaridades, os movimentos de reformas se erguem. A Itália, sob o prisma desinstitucionalização dentro da concepção de psiquiatria democrática em 1961, tem Basaglia como principal promotor dessas mudanças. Ele acreditava em processos de cuidados moldados no respeito e na reintegração social. A desinstitucionalização, principal peça da reforma italiana, se fortaleceu para quebrar paradigmas, e posteriormente se juntou aos processos mais porosos como o duplo da doença mental – uma carga dupla de culpabilidade da pessoa em sofrimento. A doença institucional carrega um olhar sobre a loucura como sendo perigosa, advindo do processo de institucionalização impregnado nas pessoas que passaram pelos manicômios. A negação da instituição se volta para processos ancorados em questionamentos da moral, da ausência da liberdade e autonomia, que fogem completamente da psiquiatria positivista. A nova lógica validava o sofrimento e os processos de cuidados em liberdade (MEZZA; TORRENTÉ, 2020).

A desinstitucionalização ofereceu processos terapêuticos baseados na cidadania e veio como a oportunidade de compor a singularidade da pessoa tendo em vista a reconstrução identitária. Foi um movimento que cresceu, como no caso do Brasil, devido aos inúmeros impasses do sistema de “tratamento” como castigo, que se mostrava fracassado, evidenciando que chegara a hora de deixar de lado o tratamento asilar. A essa altura, a população internada nos manicômios brasileiros ultrapassava mais de 97 mil pessoas em 1982. Os movimentos reformadores do Brasil, delineados na proposta italiana de desinstitucionalização, fomentaram a desvinculação total da pessoa com a instituição. No entanto, essa ideia se confundiu ao longo da história com a desospitalização, que tem o olhar voltado para o tratamento hospitalar como forma de prevenir tratamentos inadequados. Enquanto a desinstitucionalização está comprometido com o “valor social” e a integração social pela comunidade, a desospitalização não se relaciona com trato social, é parecida com processo de humanização do hospital psiquiátrico (MEZZA; TORRENTÉ, 2020; NASCIMENTO; SILVA, 2020).

Diante disso, movimentos sociais mais aquecidos se depararam com paradigmas e processos de cuidados desvirtuados, que ameaçavam os preceitos da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Surge, então, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), com objetivo de tornar públicas as condições precárias e insalubres das instituições asilares, os manicômios. Pouco tempo depois, esse movimento abriu caminho para construção da Rede Atenção Psicossocial (RAPS), que já veio montada com serviços extra-hospitais comprometidos com a cidadania e o cuidado em liberdade, os Centros

de Atenção Psicossocial. A primeira experiência foi em Santos-SP, com oferta de um serviço ambulatorial de territorialidade, na década de 1980 (ALMEIDA, CAMPOS, 2019).

O processo de redemocratização foi importante, pois culminou na Reforma Psiquiátrica atrelada concomitantemente à construção do Sistema Único de Saúde (SUS), com críticas ao modelo asilar. Dessa forma, a lei nº 10.216, de 2001, que instituiu a Política Nacional de Saúde Mental, veio firme com o modelo de saúde mental de base comunitária (SAMPAIO; BISPO JUNIOR 2021). Implementada com a substituição gradual dos leitos hospitalares, houve incentivo para os serviços de substitutivos de saúde mental em diversas modalidades (OLIVEIRA, 2021). A década de 1990 foi um período de criação e implementação dos modelos psicossociais; já em 2002, ocorreu a reestruturação dos serviços psicossociais, com o programa “De volta pra casa” e o Serviço de Residência Terapêutica, fortalecendo ainda mais os CAPS na RAPS (SAMPAIO; BISPO JUNIOR 2021).

Por meio da Portaria nº 336, de 2002 criam-se as modalidades de CAPS, sendo elas: CAPS I, CAPS II e CAPS III, que correspondem à densidade por habitante a ser atendida e à complexidade; o CAPS III oferece atendimento 24 horas. As modalidades de atendimento são: geral, pessoas em sofrimento mental; infantojuvenil, criança e adolescentes; e Álcool e outras drogas, pessoas em uso problemático. Os CAPS têm o objetivo de ofertar ações e serviços especializados para população em sofrimento severo e persistente dentro do território nacional (MORAES; PEREIRA; SILVA; MEDEIROS, 2020).

Nesse mesmo período, a Portaria GM/816 cria o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada Usuários de Álcool e Outras Drogas, e posteriormente, em 2004, a Portaria nº 21 7, uma redefinição de concepção nos processos de cuidados: a Redução de Danos recomenda comunicação entre os outros serviços de saúde (SANTANA; MIRALLES; ALVES; SANTOS, 2020). Ressalta-se a Lei nº 13.840/2019 que de forma antirreformista, trouxe a internação involuntária e as CTs como tecnologia de cuidado com viés em proposta higienistas, evidenciando um retrocesso nas políticas de drogas (MONTENEGRO, BRILHANTE, MUNGUBA, 2021).

Atualmente, existem mais de 406 CAPS, um quantitativo pouco expressivo diante da necessidade e demanda reprimida; do tipo III, o número é surpreendentemente de apenas 90 unidades. Isso mostra a insuficiência de cobertura desses equipamentos se comparado ao número populacional. Nessa conjuntura de consolidação, um movimento

de “CAPSsolização” surge como uma tentativa de valorização do serviço e um caminho para implementação de novos equipamentos. No entanto, a insuficiência de equipamentos gera sobrecargas de trabalho abrindo espaço para as Comunidade Terapêuticas (CT) (COSTA; RONZANI; COLUGNATI, 2018), oriundas de um processo que utiliza a convivência residencial, tendo como princípios o trabalho, a disciplina e a espiritualidade como estratégias interventivas, pautadas na abstinência total (BATISTA, 2020).

As CT tiveram sua origem na psiquiatria de Maxwell Jones, advindo também em meio às críticas dos hospitais psiquiátricos, estimulando aos usuários maior gestão de seus cuidados. Diferente de que Maxwell pretendeu com a sua criação, as CT no Brasil se construíram com bases religiosas e com viés da lucratividade, que seguiram correntes de Oxford, tendência religiosa que influencia nas ações interventivas, como alcoólicos Anônimos (AA) – que trabalha a perda de controle no uso problemático – e o Synanon – uma ideia bem parecida com AA, que tem a cura como objetivo, mas se diferencia na oportunizada pela convivência 24h residencial, que é uma das estruturas atuais de CT.

A Portaria nº 3.088, de 2011 que cria a RAPS, inclui equipamentos, como: UBS, CAPS, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Unidades de Pronto Atendimento (UPA – 24h), Hospitais Gerais, Unidades de Acolhimento, Serviço de Residência Terapêuticas (SRT), constituindo, assim, os serviços ofertados para essa população, colocando as CT como serviços de apoio. Nesse momento, os processos de cuidados abrem uma fronteira entre os movimentos implantados pela Reforma Psiquiátrica e a visão do cuidado em liberdade dentro da Política de Redução de danos com a cessão das CT, duas concepções diferentes de cuidados no campo do álcool e outras drogas, que, mais tarde é incluída na RAPS pelo Decreto nº 9.761 de 2019 (BATISTA, 2020).

A fragilização e os desmontes dos CAPSad III, ocasionados pela insuficiência equipamentos, está atrelada também ao desfinanciamento, o que resultou num terreno aberto para implantação das CT, que seguem com uma postura fora das idealizadas na reforma, voltada para o modelo asilar e o autoritarismo, tornando-se verdadeiros manicômios da política de drogas no Brasil. No entanto, Costa (2018), em seu estudo sobre a centralidade das ações do CAPSad, verificou que a retirada desses equipamentos de saúde mental corresponde a 13%, e que isso não desconfigura a RAPS, justificada pela baixa densidade. Afirmo ainda que a heterogeneidade possibilita o acesso aos serviços de saúde, como a UBS, que amplia seu escopo para se ajustar às necessidades territoriais.

Nesse caso é imprescindível maior integração entre os equipamentos para compor melhor os fluxos de cuidados (COSTA; RONZANI; COLUGNATI, 2018).

Além da sobrecarga de trabalho e da falta de investimento, a centralidade do CAPSad é ameaçada também pela própria ideia de centralidade deste serviço. Tendo em vista que a centralidade deve estar na pessoa e em suas buscas de cuidados, pois, a reforma em conjunto com movimentos sociais democráticos veio para dar visibilidade a essas pessoas e não fomentar a supervalorização das instituições. Contextualizando, Rotelli (1990) trouxe a ideia da instituição negada, que se trata da destruição ideológica das tradições psiquiátricas como estrutura única de poder e tem como objeto a “doença” e periculosidade dentro da esfera manicomial – que nunca se tratou em derrubar muros, mas implantar ideias não manicomiais no cotidiano dos serviços. Já a instituição inventada dá conta da implantação dos CAPSad, pois se envolve numa perspectiva de “existência-sofrimento e corpo social”, uma vez que o que está em jogo é produção de vida. Sendo estreita para invenção de sentidos, reintegração social, trocas, desenvolvimento de novos papéis ocupacionais, valor e da corresponsabilização. Um segmento de legitimação do sofrimento transformado pelo olhar da própria vida cotidiana e seus contextos diversos (AMARANTE, 1996; ROTELLI, 1990).

Em resposta às velhas estratégias higienistas e conservadoras, o movimento de luta antimanicomial se coloca na posição de enfrentamento, tendo como lema “por uma sociedade sem manicômios”. É revolucionário e tem como marco histórico o II Encontro de Bauru de 1987. Defende o cuidado em liberdade, emancipação e garantias de direitos humanos, um lugar de resistência, que é oportunizado pelo desafio dos CAPSad de oferecer processos de cuidados integrais, multiprofissionais e interdisciplinares. Além de promover fortalecimento dos laços familiares e comunitários (AMARANTE; NUNES, 2018).

A implementação dos CAPSad é cotidiana, isso significa que é preciso ser resistente às investidas manicomiais se sobrepondo a trajetórias de cuidado mais capilarizadas à realidade dos territórios. Para isso, é necessária a construção de estratégias que facilitem essa caminhada de busca por cuidados, considerando os processos formais e informais. Contudo, é importante a valorização da promoção da autonomia e incorporação de estratégias compatíveis às necessidades das pessoas, tornando possível a reinserção social pela comunidade, com intenção desatar os nós existenciais da pessoa que faz uso problemático do álcool e outras drogas, vistos como indesejáveis do convívio social.

3.4 Margem 4 – Contextos vivenciais da Rede de Álcool e Outras Drogas do Distrito Federal

Com advento da Reforma Psiquiátrica, os contornos que delinearão o campo das políticas de drogas no Distrito Federal se estruturaram com base na construção do processo de ressocialização social. O Capsad se tornou a porta preferencial de entrada de pessoas que fazem uso problemático de drogas, um atendimento psicossocial ancorado nas redes sociais comunitárias sociais. Atualmente, o Distrito Federal conta com os seguintes CAPS: CAPSad em Itapuã, Guará, Santa Maria, Sobradinho e CAPSad tipo III em Samambaia, Ceilândia e Candango que fica no Setor Comercial Sul, que corresponde a sete do universo de 33 RA (DISTRITO FEDERAL, 2021).

Outros serviços da Rede de Desenvolvimento Social também cumprem um importante papel de apoio às demandas relacionadas às questões sociais, como são os casos do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), que são equipamentos destinados a atender pessoas em vulnerabilidade e risco social; do Centro de Convivência (CECON), que com caráter preventivo e proativo, é um serviço que amplia as trocas culturais e vivenciais; do Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro Pop), que oferta trabalhos relacionados à socialização, solidariedade e respeito, além de refeições e orientações sobre direitos e benefícios sociais; e dos Serviços Especializado de Abordagem (SEAS), que atendem pessoas em situação de risco, como exploração sexual e uso problemático do álcool e outras drogas, que esteja nos espaços públicos do Distrito Federal (DISTRITO FEDERAL, 2021).

Em contrapartida, as CT têm tido gradativamente maior inserção. Segundo a Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania (SEJUS), estão credenciadas mais de 26 CT, porém, somente 13 têm contrato com o governo do Distrito Federal (GDF). Na maioria das vezes, constituem um tratamento de internação voluntária, involuntária e compulsória, cujas buscas por esses serviços são de familiares e pedidos de terceiros, haja vista a total falta de processos de cuidados conscientes e significativos. É importante ressaltar a base legal do tratamento compulsório da lei nº 10.216/01, na qual o artigo 9º estabelece esse tipo de procedimento deve ser realizado somente por juiz competente com relatório psicossocial que confirmem a necessidade (SECRETARIA DE ESTADO, JUSTIÇA E CIDADANIA – SEJUS, 2021).

O Distrito Federal também conta com atuação do Conselho de Políticas sobre Drogas do Distrito Federal (CONEN/DF) vinculado à Secretaria de Estado de Justiça e

Cidadania, fiscalizando os serviços, incrementados pelo Decreto nº 9.359, de 1986. Cabe à secretaria fazer a proposta da política distrital sobre drogas, além dos procedimentos de prevenção, acompanhamento e execução das ações e serviços. E cabe ao CONEN o monitoramento dos processos de cuidados ofertados pelos CAPSad, como também o credenciamento dos CT (CONSELHO DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS – DISTRITO FEDERAL, 2021).

Há, portanto, modelos como o CAPSad que tem uma perspectiva de cuidado em saúde mental focado no território e a CT que trabalha com uma lógica de residência, com bases nas concepções antidroga. Por esse motivo, é fundamental um debate amplo sobre as trajetórias de cuidados percorridas pelos usuários dos serviços, assim como tensionar reflexões problematizadoras com quem usa o serviço. Tendo em vista construções de cuidados em saúde que foque nas expectativas de cuidado dos usuários, de forma que ofereça integralidade. Um desafio para a recém construção da Política de Redução de danos e Atenção Psicossocial como uma das estratégias de processo de cuidados, direcionados para promoção da cidadania (MOREIRA; SOARES; CAMPOS; LARANJO, 2019).

O CAPSad é um serviço que integra a RAPS do Distrito Federal. Silva e Nunes (2021, p.8) afirmam que a RAPS é “um conjunto de serviços integrados que tem como objetivo a ampliação e integralização dos cuidados em todos os níveis de atenção”, haja vista que a Atenção Primária de Saúde é ordenadora e coordenadora dos fluxos. Os autores afirmam, ainda, que deve haver a necessidade de superação de condutas voltadas para doença em detrimento das condutas voltadas para vida, territórios ajustados e valorizados como processos de cuidados legítimos (SILVA; NUNES, 2021).

Os contextos vivenciais da rede de atenção aos usuários do álcool e outras drogas, operacionalizados por serviços manicomiais e antimanicomiais não são só um reflexo do Distrito Federal. Em vários outros estados brasileiros a situação é semelhante ou igual. Almeida e Merhy (2020) dizem que a constituição dos serviços antimanicomiais é vivenciar uma luta cotidiana pela implantação da Reforma Psiquiátrica. Relevando aí muitos desafios impostos aos trabalhadores, familiares e aos próprios usuários de drogas, que estão no “olho do furacão antimanicomial” para a produção de subjetividade. O trabalho da rede além de estar articulada é preciso promover trabalho vivo dentro das micropolíticas, partindo da heterogeneidade dos saberes (ALMEIDA; MERHY, 2020).

Contudo, a situação da rede do álcool e outras drogas, no contexto do Distrito Federal, apresenta desafios que vêm se instalando ao longo do tempo, com resistências.

Diante do contexto dos serviços, ainda não está claro sobre qual é o verdadeiro posicionamento do Distrito Federal, e esse é um desafio que precisa ser esclarecido para que haja mais movimento e fortalecimento dos fluxos e PTS apropriados. Ainda mais, é necessária a reorientação do modelo de atenção com implantação de mais CAPSad tendo em vista o número crescente de CT, que se sustenta na ausência de outros equipamentos substitutivos, como Residências Terapêuticas. Esse espaço é ocupado por CT que se coloca como uma opção de abrigo às pessoas em uso problemático do álcool e outras drogas.

3.5 Margem 5 – Trajetórias de cuidados delineadas pelo IT

A Reforma Psiquiátrica veio possibilitar construções com posicionamentos vinculados ao político, à dignidade, à cidadania. As buscas por cuidado em saúde mental advêm da interação da pessoa com o seu território e serviços ofertados. Tomando como ponto de partida a pessoa e não a doença, se constrói e se adapta aos desejos e realidades delineadas, pretendendo dar conta da integralidade do cuidado. A escuta é compreendida como ferramenta fundamental para ampliação e qualificação das narrativas que se sobrepõem aos desnivelamentos dos itinerários percorridos (GERHARDT; BURILLE; MÜLLER, 2016).

A ABRASCO (2016) realizou uma pesquisa sobre a publicação de artigos sobre IT a partir da utilização dos descritores como: linhas de cuidado, trajetória do cuidado, trajetória de tratamento e trajetória do paciente. Foram encontradas 428 produções e selecionados 77 artigos que evidenciaram a concepção de IT, entre os anos 2004 e 2014. Nesse levantamento, no ano de 2012 foram encontradas 14 publicações e no ano de 2005 apenas uma. Entre as publicações, apenas 29 eram dissertações de mestrado, que estão disponibilizados na íntegra, de um total de 296 publicações encontradas no âmbito da produção acadêmica de pós-graduação, o que evidencia a importância do presente estudo. Um fator importante da pesquisa é que a maioria dos trabalhos evidenciam a construção de fluxogramas, mapas ou desenhos de redes, com foco na oferta de serviços e não nas necessidades. Em outros, a atenção voltava-se para as imbricações ao tema da doença e tipos de cuidados e tratamentos (ABRASCO, 2016).

Demétrio, Santana e Pereira-Santos (2019) realizaram uma revisão sistemática sobre o IT, analisando a produção brasileira no período de 2008 a 2019. Localizaram 50 publicações elegíveis, sendo que as publicações sobre a temática estão concentradas nas

regiões Sudeste (34%) e Sul (24%) do país. A região Centro-Oeste ocupa quarto lugar (10%), onde nenhum dos estudos abordou a rede de atenção à saúde mental e/ou usuários de álcool e outras drogas (DEMÉTRIO; SANTANA, PEREIRA-SANTOS, 2019).

Para Bellato, Araújo, Maruyama e Ribeiro (2016), o IT é o resultado das experiências do adoecimento e as buscas por cuidado, nos quais se delineiam escolhas trajadas que se sobressaem dentro do contexto de saúde/doença pretendendo a realidade imposta, a partir das experiências do cuidar e ser cuidado, sendo, portanto, um engajamento de fatos ao ponto de fornecer aprendizado (BELLATO; ARAÚJO; MARUYAMA; RIBEIRO, 2016).

Em meio aos modelos de atenção à saúde desenhados por comportamentos, a procura é condicionalmente moldada por contextos culturais e sociais, que vão além do conhecimento científico e médico (GERHARDT; BURILLE; MÜLLER, 2016). Os ITs acontecem dentro das circularidades das relações, desafiando os serviços de saúde a deslocar-se de sua própria lógica, para atentarem-se às reais necessidades do território. Constituem arranjos forjados na centralidade do usuário mediante as dinâmicas cotidianas que as pessoas se colocam, ocasionadas pelas produções e reproduções de trajetos que buscam devolver respostas diferentes para criação de sentido individual e coletivo, porque as pessoas constroem formas de multidimensionamentos também ao adoecer. Gerhardt, Burille e Müller (2016) afirmam que:

A configuração de um Itinerário terapêutico, quando explorada em profundidade revela narrativas singulares, mas também o próprio funcionamento social. A riqueza analítica de um itinerário terapêutico está além do seu traçado ou da mera configuração do seu traçado, pois a compreensão dos elementos que circulam nas redes intersubjetivas, produtoras também de significados, influenciam necessariamente a configuração e o traçado de um itinerário terapêutico. (GERHARDT; BURILLE; MÜLLER, 2016, p. 59)

A busca por construir um IT não necessariamente precisa focar no delineamento percorrido pela pessoa ou instituído pelos serviços, visto que o verdadeiro objetivo se mostra na apreensão dos movimentos e dos sentidos advindos e produzidos no processo. Os IT têm potencial para identificar as variadas formas de tomada de decisões na busca de cuidados, conduzidos ou não pelos princípios de diretrizes do SUS. É uma ferramenta capaz de traduzir redes de atenção à saúde, “em demonstrar como as práticas em saúde são constituídas e em desvendar o pluralismo terapêutico e as diversidades humanas” (GERHARDT; BURILLE; MÜLLER, 2016, p. 61), tencionando práticas/ arranjos dentro da saúde sobre as vivências de adoecimento, redes de apoio, acesso, adesão, escolhas terapêuticas que possam se aproximar das necessidades aproximando-se da integralidade

em saúde. Entende-se que a necessidade de ser cuidado não se sobrepõe à necessidade de viver, duvidar, negar/aceitar, de ser rápido/lento, de pertencer, de refletir, pois a vida é dinâmica, as relações mudam, as dores e os sofrimentos são diferentes e os cuidados demandados também. Faz-se necessário, portanto, desvincular esses aspectos de circunstâncias e ideias preconcebidas, abrindo-se às possibilidades do cuidado.

E essa permeabilidade de oferta de ações e serviços erguer-se em IT democráticos entre os atores e os processos de trabalho, provocando diálogos e ofertas alternativas de cuidado, respondendo, de forma mais adequada, às diversidades dos contextos (PINHEIRO; POSSAS, 2018). Encontra-se o caminho que leva a subjetividade da relação terapêutica, que é entendido como “encontro terapêutico”, inalienação entre interesses e simultânea construção de si mesmo e do outro, o qual designará um processo dialético mediado pela ciência de práticas em saúde que procede a concepção de cuidado (PINHEIRO; POSSAS, 2018).

Os IT devem operar na centralidade da pessoa, de forma reflexiva, principalmente por parte de quem oferece os serviços e ações. Não na disciplina sobre os corpos, mas no encontro entre a compressão ética, estética e afetiva (SILVA JÚNIOR *et al*, 2016). O interesse na centralidade da pessoa considera as buscas de cuidados como também um “sofrimento”, mesmo que haja autonomia e diálogo. O IT reflete, em muitas circunstâncias, a centralidade na doença ou no médico, regido pelo modelo de atenção à saúde biomédico, curativista, deixando de lado os contextos e as vulnerabilidades (SILVA JÚNIOR *et al*, 2016). E no processo que se forma a centralidade na pessoa, as condições da doença superam a ligação de ideias, sentimentos, expectativas e efeitos na vida da pessoa, não fragmentada, e que é única e diferente. A abordagem centrada nas pessoas reconhece as prioridades e preferências de construir cuidado pela pessoa, o que intensifica o relacionamento e compartilhamento do “poder decisório”, observando o tempo, ritmo de cada pessoa e profissionais envolvidos (SILVA JÚNIOR *et al*, 2016).

A assistência centrada na pessoa perpassa por quatro dimensões: biopsicossocial, paciente como pessoa, compartilhamento de poder e responsabilidade e a aliança terapêutica. A integralidade do paciente se almeja ao valorizar a história que este tem acerca do seu adoecer, provocando autonomia e troca de saberes no modo de ver a doença, a partir da relação profissional e paciente, sobressaindo a relação saúde-paciente, resguardada pela subjetividade nos procedimentos e técnicas. Assim, a pessoa será capaz de produzir conhecimento e conseqüentemente ter um papel maior na tomada de decisão,

visando a desnaturalização de arranjos fechados e desconectados (SILVA JÚNIOR *et al*, 2016).

Acostumados a buscar soluções e respostas para o tratamento do sofrimento e doença, os profissionais e pacientes se veem na proposta de dimensionamento de suas práticas para uma abordagem subjetiva pautada em IT, voltados para a pessoa contextualizada e não mais na doença e suas cruzadas. Geralmente, os IT têm sido usados com foco “na doença/problema como disparador para a busca de terapêuticas” (DEMÉTRIO; SANTANA; PEREIRA-SANTOS, 2019, p. 212) e nas demandas dos sistemas de serviços de saúde do setor profissional, excluindo a visão dos usuários, utilizando as primícias da racionalidade como conduta para propostas interventivas (ALVES, 2016).

Originalmente os IT tendencialmente buscam demonstrar os percursos de busca por cuidados dentro de processo de adoecimento ou sofrimento, correlacionando a efetividade das práticas terapêuticas para vida das pessoas, dentro de um contexto vivido nas relações sociais almejando interpretar narrativas que reforçam a percepção da pessoa como objeto. Além de conjecturar os IT em relação às demandas de utilização dos serviços e a identificação e caracterização de padrões na busca de cuidados e ajuda das equipes de saúde (ALVES, 2016), designando as experiências, como um ensinamento adquirido pelas práticas, ações, conexões e continuidade dos cuidados. Ou seja, que interioriza cotidianos trajados pelas “práxis”. Para Alves (2016),

O conhecimento que adquirimos e utilizamos para nos orientar em situações diárias e resolver problemas com os quais nos defrontamos está atrelado a interesses práticos. Por estarmos necessariamente engajados no mundo cotidiano, adquirimos, ao longo do tempo, um “estoque de conhecimento”. Ou seja, formado pelo percurso biográfico, pelas circunstâncias em que somos enredados, desenvolvemos um conjunto de “receitas”, “estratégias”, “planos de ação” para lidar com “mundo da vida”. (ALVES, 2016, p. 128).

A intencionalidade nas experiências remete ao engajamento, o qual traz implicações de horizontes cada vez mais perto da realidade dos pacientes, pois os horizontes delimitam a visão das coisas, por meio da qual as tornam visíveis. É por meio dessa visibilidade que as pessoas podem ser recrutadas em processos de cuidados com lógica e sistema compatíveis com suas expectativas, gerando conseqüentemente significados nas escolhas e decisões relacionados aos sofrimentos, como a caracterização dos valores e emoções dentro do desejo de “identificar as estratégias desenvolvidas para resolução de problemáticas”, incorporando o trânsito de pacientes nos diversos níveis de atenção à saúde num funcionamento organizativo que direcione e considere a pessoa

(ALVES, 2016. p. 135). Nesse sentido, o IT refere-se à reconstituição de trajetos estabelecidos pelos pacientes, atravessando as condutas passadas, já realizadas, e mapeando percalços pelos quais chegam a situações e problemáticas, concebidas individualmente ou na coletividade (ALVES, 2016).

Dessa maneira, a concepção de IT direciona as condutas relacionadas aos cuidados à saúde, resumidas às estratégias e táticas na procura de solução do sofrimento. Todavia, elas estão relacionadas às práticas voltadas para escuta qualificada das narrativas que as pessoas desenvolvem ao explicitar suas dificuldades, perdas e ganhos no processo de buscas de “tratamento” (ALVES, 2016). As cadeias de acontecimentos, fluxos e linha de atenção, usualmente fechadas, não levam em conta que a verdadeira necessidade dos pacientes não são as buscas por tratamentos, mas primordialmente à promoção de arranjos e estratégias que constituam possibilidades para cada cuidado à saúde, uma vez que os serviços terapêuticos dependem dos processos interativos que estão presentes no cotidiano, instituídos pelas adversidades da doença (ALVES, 2016).

Moreira, Bosi e Soares (2016) entendem que os IT são a interpretação de como as pessoas ou grupos escolhem, avaliam e aderem (ou não) às determinadas formas de cuidados, já que existem vários jeitos de resolver problemas de saúde. São formas de recuperar caminhos percorridos, com o objetivo investigativo do sofrimento e as buscas por cuidados personalizados aos contextos. Em meio a múltiplos caminhos, tomando a pessoa como centro, é que as narrativas e relatos de experiências ganham importância no sentido criar um lugar de fala, rodeado de significados, com destaque nas narrativas de vida, que envolvem o próprio sofrimento, enfrentamentos, desejos e recuperação (MOREIRA; BOSI; SOARES, 2016). No contexto da saúde mental, os IT entrelaçam os serviços ofertados com a vida social, sobre arranjos e buscas por estratégias assistenciais.

Num descaminho quanto à centralidade na pessoa, historicamente marcado pelo preconceito social, a pessoa em uso problemático de álcool e outras drogas muitas vezes ocupa um lugar de exclusão, da não razão, não sendo ouvida, e impreterivelmente, sendo destituída da legitimidade. A forma como as pessoas conduzem seus sofrimentos se expressa nas experiências que elas têm na resolução de problemáticas, ocasionando desenho de trajetórias de cuidados focados em suas necessidades (MARQUES; MÂNGIA, 2013).

Usuários que fazem uso problemático de álcool e outras drogas sofrem com estigmatização social, higienização e muitos vínculos rompidos. Esses e outros aspectos desafiadores do enfrentamento dessas problemáticas pelos usuários se mostram na

atualidade ainda mais complexos de serem abordados. Esta situação tem se agravado ainda mais com a promulgação da nova Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas de 2019 (BRASIL, 2019). É uma normativa que contraria substancialmente as propostas empenhadas nos últimos 30 anos da reforma psiquiátrica, retrocedendo o modelo de atenção com a proposição da volta dos usuários para a reclusão em hospitais psiquiátricos. As CT ganham ênfase também pois se define como parâmetro o tratamento firmado na abstinência. Barbosa (2021) destaca ainda que a política de 2019 “estimula a cultura proibicionista, da diferenciação entre usuário e traficante fundamentada estritamente nas circunstâncias do flagrante, e não na consideração da quantidade de drogas; fortalecendo, portanto, o retorno da lógica asilar e manicomial” (BARBOSA, 2021, p. 24).

Os IT se inserem nesse contexto de duelo entre ações e serviços manicomiais e não manicomiais. Um tem como pano de fundo as concepções de patologização da vida e cerceamento de vozes, induzindo a condutas restritivas nas linhas de cuidados, enquanto o outro aponta para compreensão do cuidado integral esculpido pela cidadania (CECCARELLI, 2010).

Com a intenção de elucidar percepções e comportamentos de buscas de cuidados das pessoas em uso problemático de álcool e outras drogas, o IT entra na perspectiva de subsidiar reflexões sobre a circularização entre os serviços selecionados para atendimentos em saúde mental. Esta pesquisa propõe uma readequação do IT não como instrumento de processamento de informações tensionadoras das lógicas estabelecidas, mas como a reinvenção e caracterização dos cuidados desenhados pelas experiências das pessoas e seus sofrimentos, assim, estimulando o protagonismo, a autonomia e a corresponsabilização dos usuários dos serviços de saúde mental, com intenção de relativizar e subjetivar todas as práticas implicadas por buscas de cuidados, dentro da polissemia de cada um (GERHARDT; BURILLE; MÜLLER, 2016).

O uso de drogas é percebido de diferentes maneiras teóricas e práticas e isto se reflete no manejo com os usuários. A população em situação de rua usuária de drogas vivencia uma desvantagem estrutural considerável na sua capacidade de acessar e sofre ainda com descaso de oferta de cuidados compatíveis com os seus desejos e prioridades, colocando-os na invisibilidade. Advindo de sistemas proibicionistas que enxerga o sofrimento como doença e articula mecanismos de exclusão social. Enquanto outros equipamentos de lógica de trabalhos contrariam, tensionam através da redemocratização do saber colocando a pessoa no centro, com oportunidade de fala. Na maioria das vezes,

a pessoa sequer é perguntada sobre quais tratamentos considera que poderia produzir saúde, ou, ainda, quais serviços e equipamentos funcionam dentro do seu percurso de circularidade de cuidado em saúde mental (SILVA, 2020).

Instaurados contrapontos de concepções de tratamentos de saúde, se nota a coexistência de duas concepções, em que uma se firma na abordagem de redução de danos e outra na consolidação da abstinência e cura, propostas ideológicas que têm valores e processos de cuidados dicotômicos. Para o usuário do SUS, este contexto pode representar uma caminhada na contramão, repleta de inseguranças, ou o ajustamento aos projetos de vida calculados a curto, médio e longo prazo. A verdade é que não se pode afirmar nenhuma dessas hipóteses. Se faz necessário ouvir as pessoas que estão na condição de enfrentamento dessas problemáticas, bem como seus familiares. Faz-se necessário saber como se concilia o ajuste entre as subjetividades e objetividades das buscas de cuidados em saúde mental; entender obstáculos, barreiras, medos, potencialidades, desejos, sentimentos e emoções que estão justapostas nas travessias e no rastreamento de saúde (SILVA, 2020).

Portanto, há de se reconhecer a importância da temática desta dissertação e a discussão dos desafios e tensionamentos, na atualidade, tanto na literatura sobre saúde mental, não suficientemente problematizada, quanto no debate social e político acerca da questão. A autonomia no processo de busca de cuidados, tratamentos e terapêuticas é um caminho que deve, exclusivamente, ser leve, consciente e trilhado pela pessoa, para que ela mesma possa escrever a sua história, contornando erros e fortificando acertos, para que assim ela possa resgatar ou reafirmar o seu lugar de sujeito, por meio das vivências que experimentar.

3. 6 Margem 6 – De lá para cá: O Rio da Vida

Como forma de compreender os delineamentos do Rio da Vida, é fundamental, antes de tudo, entender as pesquisas participativas que fundamentam a ferramenta. Para PARKER *et al* (2020), o Rio da Vida surge com intenções de desafiar os pressupostos da visão positivista, deslocando a ideia de propriedade de conhecimento para elevar as relações na produção de informações sob uma conformidade coletiva (PARKER *et al*, 2020).

As pesquisas participativas prezam pelo estreitamento de elos de confiança com os envolvidos e pela universalidade dos resultados e igualdade na pesquisa. Essa é

compreendida como um processo que deve promover sentido e respeito, superando preconceitos e hierarquias centradas no poder para alcançar a equidade. É nessa perspectiva que se insere o Rio da Vida, fundamentado nos princípios e trabalho de Paulo Freire. Segundo Wallerstein *et al* (2019), faz parte das pesquisas participativas em que o objetivo é entender os caminhos pelo qual as pessoas passam ao longo da sua vida.

O Rio da Vida possibilita compreender os trajetos na busca de cuidado dentro do contexto individual e coletivo. É um recurso que ajuda na reflexão pessoal, ou seja, estimula, de forma criativa, o compartilhamento das vivências. Possibilita riqueza e sensibilidade nos processos de informações e no engajamento das pessoas no movimento que são suas vidas. Se baseia na metáfora do rio, que nasce, bifurca, encontra outros rios, correntes, lagos. Nesse mesmo desenho processual é que ocorre na vida. Entender o lugar que se está e para onde está indo é fundamental para entender e criar caminhos que sejam compatíveis com o que seja para ter o que procura (WALLERSTEIN *et al*, 2019).

O Rio da vida pressupõe um fluxo de acontecimentos que desembocam ou que estão ancorados nas vivências pessoais, individuais e coletivas. É mais que uma representação gráfica, pois subentende os movimentos de idas e vindas que recaem sobre uma perspectiva de estabilidade e instabilidade, superficialidade e profundidade, estreiteza e largueza. É um filme dos atos e fatos que contornam as construções da linha da vida da pessoa. Remete à ideia de fluidez, transparência que se opõem ao sentido de terra firme, pois o movimento das águas alude a um rio vivo e ativo, que muda de acordo com as influências sofridas e permitidas. Dessa maneira, possibilita a tomada de consciência sobre os caminhos percorridos e novos a serem desbravados, a fim de realizar as travessias necessárias de narrativas que possibilitam o protagonismo e o controle na construção de histórias de vida por meio de um mergulho no centro dos acontecimentos (RODRIGUES, 2016).

Também possibilita processos de construção de informações engajados nos contextos, com oportunidade de refletir sobre a sua jornada individual e de um coletivo. De forma colaborativa, pode ser utilizado como método ou como ferramenta por um grupo de pessoas ou dentro de processo individual que possibilita reflexão ampliada sobre as diversas experiências e vivências. Essa construção norteada por questionamentos ou direcionamentos-chaves permite a elaboração de um trajeto que se cruza e complementa com objetivo de chegar a algum lugar comum. É interessante, pois facilita conhecer um pouco dos lugares que as pessoas passaram e como eles convergem para construção do rio. Há liberdade para construção e engajamento para registro de pontos importantes a

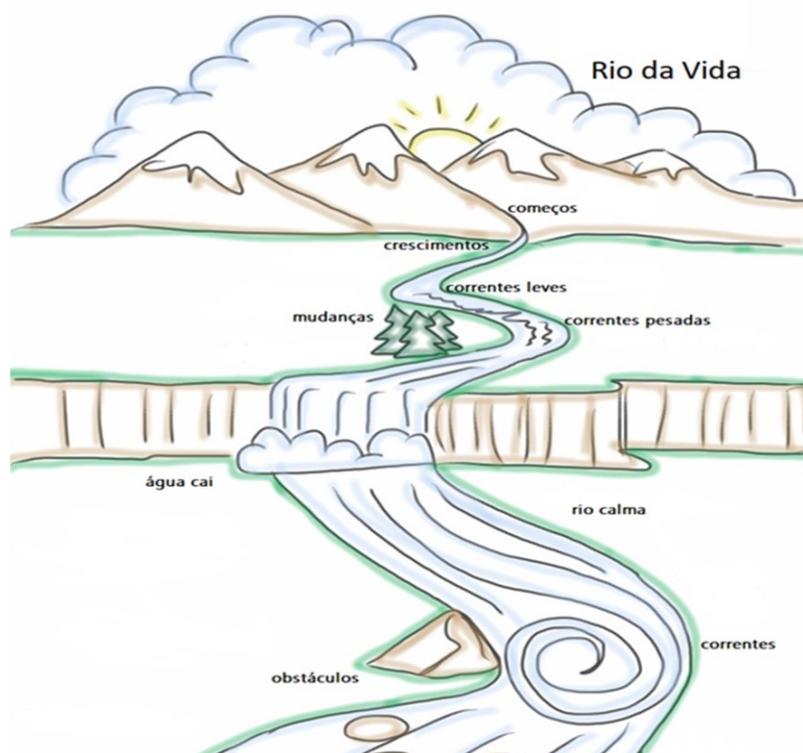
serem explicitados no coletivo, numa jornada colaborativa.

A metáfora do rio favorece o foco e revisão sobre suas origens e progressos, o qual se adapta aos contextos apresentados pelos integrantes ao criarem suas próprias imagens de sua linha histórica. Permite a utilização de símbolos, como: pontes, represas, cachoeiras, corredeiras, barcos, píer, entre outros, que possam exemplificar uma situação que pode ser importante pontuar. A cada avanço, os envolvidos vão solidificando as orientações no uso da ferramenta embarcadas nessa jornada de construção coletiva para consolidação de processos de empoderamento coletivo para a ruptura de desigualdades (WALLERSTEIN *et al*, 2019).

Como um método alicerçado nas pesquisas participativas, o Rio da Vida é uma proposta inovadora e não suficientemente problematizada na literatura. Tem o objetivo de apoiar na reflexão de ações individuais ou coletivas de forma sistêmica e ao longo da linha do tempo. É orientado para construção coletiva e colaborativa estimulados por processos singulares que enaltece os valores e compromissos com equidade, alinhado às diversas visões de mundo e nas trocas de ideias para que possam tecer um projeto de parcerias e assim melhorar os processos de buscas de cuidados das pessoas. Sua aplicabilidade se fortalece tanto como um processo individual e coletivo como teor terapêutico e reflexivo (WALLERSTEIN *et al*, 2019).

Sua aplicabilidade se fortalece tanto como um processo terapêutico e reflexivo quanto na construção de Projeto Terapêutico Singular Ampliado (PTS), uma maneira muito rica de aproveitá-lo como ferramenta. A figura 1 abaixo esboça a simplicidade da construção do Rio da Vida e orienta para construções mais objetivas, que podem ser utilizadas tanto para o formato coletivo quanto individual. A grande questão está em incorporar e adentrar nas profundidades das experiências das pessoas. É importante a descrição dos fatos que a pessoa julgar relevante para o processo de construção e isso pode ser simbolicamente identificado como na figura abaixo. Definir o ponto de partida, os começos, identificar os crescimentos e mudanças que levaram as bifurcações, marcar os processos mais penosos que podem ser identificados com as correntes mais pesadas e os obstáculos, como também os momentos de leveza e calma das correntes. Guiados por essa metáfora, cada pessoa ou grupo tem a chance de refletir sobre os acontecimentos de sua vida com oportunidade de tirar da visibilidade e do ocultos circunstâncias reprimidas e sem muita notoriedade, como também criar símbolos e marcas para reconhecer processos ganho individual e/ou coletivo.

Figura 1 - Imagem ilustrativa do roteiro de construção do Rio da Vida adaptado do blog ONEcommunity Church



Fonte: elaborado pela autora.

Barreto e Paula (2014), no estudo sobre o Rio da Vida Coletivo, que teve o objetivo tensionar o empoderamento como uma forma de combater a pobreza e exclusão social com mulheres em vulnerabilidade, utilizaram a metáfora do Rio da Vida Coletivo como uma dinâmica de grupo para entender as mudanças na vida dessas mulheres. O processo descrito por eles consistiu na criação de desenhos em cartolina pontuando os acontecimentos individuais de cada uma delas. Descreveram que a construção foi direcionada por meio de um roteiro, previamente construído, com perguntas norteadoras, com apontamento para a motivação dos desenhos com intuito de explicitar as curvas e desvios na trajetória de cada uma. “Elas foram instigadas a relatar sobre como era a vida delas antes, como se deu a inserção no projeto, dentre outros” (BARRETO; PAULA, 2014, p. 120). Concluíram que o processo participativo, motivado por umas das ferramentas utilizadas, no caso o Rio da Vida Coletivo, possibilitou contribuições importantes das envolvidas na pesquisa, trazendo compreensão sobre o caminho percorrido como também apontando para novos caminhos, além de trazer a “realizada remediada”. Finalizam afirmando que aquelas ferramentas possibilitaram também debate

sobre empoderamento como sendo algo inacabado e que está em curso, para construção da autonomia e a práxis (BARRETO; PAULA, 2014).

Contudo, carrega intencionalidades que marcam os caminhos trilhados ao longo da vida. Estas se apoiam na construção social, histórica, psicológica e emocional das pessoas no cotidiano. O individual é reflexo dos modelos tomados pela convivência social e, ao mesmo tempo, é produto de um lugar de inserção, de sua singularidade, isolamento e intenções que afirmam as relações sociais. O Rio da Vida possibilita a oportunidade de provocar visibilidade de suas ações e escolhas ao mesmo tempo que estimula reflexões dos processos. Desta forma, apareceu para esta autora como uma ferramenta, um método de expressividade e de tomada de consciência muito importante para construções coletivas e individuais. A metáfora do rio trouxe proximidade, confiança e esperança na jornada a ser trilhada. A possibilidade de despertar o senso de liberdade e verdade pode “transbordar” nas interlocuções favorecidas nas construções da pesquisa e, nesse sentido, provocar movimento.

4. DECISÕES METODOLÓGICAS

4.1 Natureza do estudo e referencial metodológico

Vinda de um processo de experiência *in loco* promovido pela inserção na Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Adulto, foi possível perceber muitas lacunas que precisavam ser investigadas e problematizadas, para que houvesse um apontamento de soluções ou processos de construção, desconstrução ou reconstrução de ideias. Tendo em vista esse contexto, a proposta é trabalhar os IT de forma capilarizada, identificando práticas de saúde que possam clarear e nortear a construção de cuidados que alcancem as necessidades singulares nas buscas percorridas por cuidados em saúde mental.

Optou-se para este estudo pela abordagem qualitativa do tipo pesquisa-intervenção, uma vez que ela permite vivenciar a experiência de forma subjetiva entre os envolvidos. Nessa perspectiva, se aproxima de outros trabalhos, como as intenções demarcadas da “Clínica Peripatética” de Antônio Lancetti (2016), que já afirmava a possibilidade de se construir caminhando, fugindo do tradicionalismo.

O pensamento peripatético foi criado por Aristóteles (384-322 a.C.), o qual tratou da construção do conhecimento itinerante como uma invenção da prática enquanto se teorizam as informações. Aristóteles, com as escolas em movimento, pôde transformar e

entender as realidades como elas se apresentam, no alto do seu potencial, considerando as contradições dialéticas, que são importantes conciliadoras de ideias entre opostos e que se situam dentro do prisma da problematização da realidade. O pensamento de produção do conhecimento itinerante se estrutura dentro da expectativa da inventividade para o alcance da autonomia reflexiva e crítica para entender os caminhos por buscas de cuidado (LANCETTI, 2016; ABBAGNANO, 2012).

Em vista disso, este estudo pressupõe aprofundamento sedimentar dos objetivos do estudo ocasionado pela aproximação com contexto e, ainda, provoca espelhamento por meio das intenções das pessoas envolvidas no processo (GONDIM, 2002). É motivada por conhecer a realidade, os significados, atitudes que se relacionam profundamente em lugares, processos e fenômenos que podem não ser explicitados no campo natural dos acontecimentos cotidianos (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2001).

A pesquisa qualitativa entende que os pesquisadores que optam por usá-la procuraram explicar o porquê das coisas, uma vez que está atrelada à imprevisibilidade. Eles fogem de buscas quantitativas submetendo a prova de fatos, e agarram-se às informações que se valem dicotomicamente nos movimentos que se dão no ambiente. A pesquisadora é, ao mesmo tempo, sujeito e objetivo de suas propostas de investigações, e tem oportunidade de produzir, por meio de cooperações coletivas, novas informações que respondam ou não a questionamentos e hipóteses emergidos do contexto adentrado. A pesquisa qualitativa pode se estruturar na “observação do fenômeno; hierarquização das ações de descrever, compreender, explicar; para a precisão das relações entre o global e o local em determinado fenômeno” (SILVEIRA; CÓRDOVA, 2009, p. 32). Move-se para transpor no mundo social e real em objeção ao olhar de um modelo único de pesquisa científica, mas que se sustenta na aglutinação de percursos e passagens que compõem a história da pesquisadora aliada com necessidades com prerrogativa de corresponder aos escopos de propostas do envolvidos no estudo (SILVEIRA; CÓRDOVA, 2009).

A pesquisa qualitativa pode acarretar o aparecimento de fenômenos subjetivos, que são os sentidos e significados, quando esses são integralizados aos contextualizados e aos cotidianos da pessoa-território-comunidade (STRECK, 2016). Nesse sentido, é importante o interesse da pesquisadora no imaterial, na representatividade e na organização social desses fenômenos e símbolos inerentes aos territórios, para o desenvolvimento natural do estudo. Ela utiliza fenomenologicamente suas interpretações compartilhadas derivadas das experiências *in loco*. Uma postura necessária para a atuação

na dimensão das pesquisas participativas, que têm objetivado a ideia de conhecer as dinâmicas das pessoas sob a perspectiva de “romper com as monoculturas dos saberes” (GIATTI, 2018, p. 39).

Esse tipo de pesquisa tem intenções de desafiar os pressupostos da visão positivista, deslocando-se da ideia de propriedade de conhecimento para elevar as relações na produção de informações sob uma conformidade coletiva. A pesquisa participativa tem teor de ativismo social, que se alia à práxis para o desenvolvimento e emancipação de parcerias comunitárias, que podem ser traduzidas por uma maior transparência dos pressupostos, práticas e resultados nos diferentes contextos (WALLERSTEIN, 2017).

A respeito das pesquisas participativas, Paulo Freire reconhece que tal caminho é estruturado pela concepção da *práxis*, o fazer, teorizando uma proposta que pode promover transformação das realidades. Esse fazer é legitimado pela defesa do ato dialógico, a problematização, que se traduz na potencialidade de se realizar ações que estejam dentro das necessidades das pessoas pactuados com a pesquisadora. A contribuição de Freire trouxe apontamentos interessantes para as pesquisas em saúde, como aqueles sobre horizontalidade das práticas, mediação pelo diálogo, ampliação do conhecimento pela liberdade de problematização e interdisciplinaridades, os quais se apresentam no estreitamento da distância entre os saberes (HEIDEMANN *et al*, 2017).

Dessa forma, a aproximação dita por ele é suficientemente importante, pois, além de valorizar as pessoas e suas culturas e contextos, tonifica a expansão do conhecimento. Isso ocorre de maneira a transformar esse conhecimento e entender, como essência, que todas as pessoas são portadores de saberes e provocadores de mudanças em suas “próprias biografias”, que é onde se estrutura e fortalece o conhecimento significativo. Ele pode ser observado pelo volume crítico e reflexivo que atravessa a conscientização da realidade e a emancipação do conhecimento libertador. Paulo Freire, em conformidade com seus postulados, utiliza o itinerário, como interligações dialéticas que se ancoram na “investigação da temática, codificação e decodificação e desvelamento crítico” (HEIDEMANN *et al*, 2017, p. 3-5; ARELARO; CABRAL, 2019).

Paulo Freire tem um olhar para os entrelaçamentos dos processos de fazer com, pautado numa agenda de compartilhamento para análise e disseminação do conhecimento. É uma abordagem que vislumbra a pesquisa baseada na comunidade, considerando, em primeira mão, a investigação, a ação e a educação. Nesse âmbito, os pesquisadores compartilham suas ferramentas de produções com os envolvidos no estudo.

Este estreitamento relacional, que se estabelece desde o planejamento da pesquisa, considera as realidades das comunidades, sob o prisma do estudo colaborativo e desafia a rigidez dos estudos científicos em saúde porque envolve o planejamento, a ação e a investigação de forma participativa (WALLERSTEIN; DURAN; OETZEL; MINKLER, 2017).

É por meio da problematização da realidade que Paulo Freire promove a identificação de iniquidades com a utilização do pensamento de ação-reflexão-ação como um processo educativo, transmutado e, ao mesmo tempo, ressignificado pelos contextos de uma comunidade que se volta para a autorreflexão. As pessoas, dentro de um processo de investigação, podem escolher como vivem e que mudanças são necessárias para sua comunidade, ação operacionalizada por meio da colaboração de construção dos saberes, mediante a reciprocidade entre a pesquisadora e os envolvidos. Entende-se este como um processo de não alienamento, mas de articulação para a produção de informações a partir das trocas, que geram a possibilidade de produzir conhecimento através das experiências (WALLERSTEIN; DURAN; OETZEL; MINKLER, 2017).

Nessa proposta, o conhecimento não é apenas emanado pela academia, mas abre prerrogativas de inclusão das experiências e vivências das pessoas envolvidas, que têm influência direta nas pesquisas participativas. Os envolvidos passam de meros objetos do trato científico a produtores de conhecimento moldados por suas realidades, desejos e reflexões, que mesclam as objetividades e subjetividades na realidade concreta. Nessa caminhada deslocada pela neutralidade, tal proposta adota o compromisso com a consciência crítica ancorados na justiça social e empoderamento. Nesse sentido, tem o desafio de romper com o padrão geracional, tendo em vista o pensamento sistêmico das relações e os processos de opressão que limitam e impedem o amadurecimento político, crítico e social, uma vez que a meta se sustenta no aprofundamento do conhecimento, na reflexão e na transformação. Necessariamente, consiste em identificar os problemas, que partem por um momento de reflexão e crítica, para que possam ocorrer mudanças e conseqüentemente a quebra de padrões para que se possa fugir de um ciclo desnivelado de injustiças. Entende-se que não é algo instantâneo, mas progressivo, em que o alvo pode estar mais nos processos construtivos do que no resultado ou produto esperado (WALLERSTEIN; DURAN; OETZEL; MINKLER, 2017).

Ao admitir a possibilidade de a pesquisadora investigar em conjunto com os pesquisados, Paulo Freire amplifica e lança mão de modos inovadores de fazer pesquisa, tendo como base as discussões coletivas e os processos resultantes do pensar e do repensar

de modo a demonstrar soluções e tecnologias objetivas e subjetivas engajadas nas carências e na curiosidade das pessoas do território, mediante o processo de práxis (HEIDEMANN *et al*, 2017). Essa consiste em um caminhar para a desnaturalização das iniquidades, tendo guardado o compromisso com a melhoria existencial das pessoas, uma vez que percebe as realidades como algo “modificável e a si mesmo capaz de modificá-la”. (HEIDEMANN *et al*, 2017, p. 3).

Nesse entremeio, a pesquisadora deve fazer valer a postura de humildade que implica em esvaziar-se e assumir a sua “incompletude e inacabamento”, para que haja “dialogicidade” e, assim, construir encontros que possam passar de serem “estéreis”, para entrarem na dinâmica do diálogo, que é uma condição substancial na produção do conhecimento. Essa reflexão carregada pela pesquisadora possibilita modificações contra-hegemônicas, desfragmentação do técnico e tradicional, para produções de desejos subjetivos. Sustentadas pela proximidade, as pesquisas participativas organizam e adaptam o conhecimento aos contextos que dispõem de uma natureza de valorização dos saberes (HEIDEMANN *et al*, 2017, ARELARO; CABRAL, 2019).

A pesquisa participativa é uma proposta metodológica que mexe com as estruturas das pesquisas científicas, tendo em vista o seu potencial de ajustar a “forma, magnitude, complexidade e interdependência” nos contextos existentes e concretos inerentes à sua atuação, tensionados pelos saberes híbridos e colaborativos (GIATTI, 2018, p. 46). Ressalta-se que o conhecimento acadêmico não é desprezado ou desqualificado, mas ressignificado, para que possa compor em harmonia com outros que possam surgir no ambiente e, assim, serem passíveis de dinâmicas mais sinestésicas e plurais, tendo a oportunidade de se reorganizar sob a perspectiva das diversidades dos saberes.

Essa modalidade de pesquisa é entendida como processo continuado, reflexivo, que veio legitimar as narrativas dos envolvidos no estudo, que só é possível pelo entendimento da “autonomia e unidade” no âmbito da pesquisa-intervenção (GIATTI, 2018). Estudos já realizados na saúde mental com utilização de pesquisas participativas demonstraram que ela, por ser uma abordagem que integra, pode se estruturar de forma qualificadora e permitir expansão do conhecimento e “desenvolvimento de consciência e mobilização para tomada de decisões” (KEINERT; CORTIZO, 2018, p. 184). Parte-se, portanto, dessa perspectiva de provocar ações interventivas nos cenários de atuação e redistribuição do poder interventivo, que se achega à técnica de pesquisa-intervenção, trazendo à tona a similaridade e coprodução das informações da pesquisa, que é esculpida no coletivo reflexivo.

A pesquisa-intervenção decorre das pesquisas participativas que propõem desenvolver espaços para a construção de conhecimentos e trocas de ideias, a partir da sistematização das experiências, com intenção de transformar a realidade dos envolvidos no estudo. Tem uma visão de reflexão coletiva com relevância social que abre possibilidades ricas, tanto para a descrição da realidade quanto da interpretação problematizada no coletivo, pois todos são reconhecidos como coprodutores das informações. Gera conhecimento, que pode ser captado pela pesquisadora, move-se pela densidade descritiva e interpretativa do coletivo e torna-se objeto de análise crítica (ROCHA; AGUIAR, 2003). Tem foco no coletivo em um plano comum entre o sujeito e o objeto, quando é formado um conjunto de pessoas reunidas com as mesmas intenções. Mendes, Pezzaro e Sacarto (2016), em seu estudo que utiliza a pesquisa-intervenção sobre a interface da promoção da saúde, afirmam que é um método que parte “das reflexões sobre ações, por se tratar de construir para além das diferenças que reage às hierarquias institucionais, para umas a perspectiva de intersubjetividade superando as fronteiras já instaladas” (MENDES; PEZZATO; SACARTO, 2016, p. 1739).

Caracterizados pela indissociabilidade na pesquisa-intervenção, os resultados são frutos da construção da coletividade, no plano dos segmentos, estratos, que estancam a circulação da vida e operam cortes e recortes que constituem a forma analisada. A pesquisa surge de um lugar onde se permite inventar outras formas de refletir indo de encontro ao pensamento homogêneo. Essa pode ser captada pela produção de informações e não coleta de dados, porque se trata de uma modalidade que busca a horizontalidade das ações (PAULON; ROMAGNOLI, 2010).

Também se entende que a problematização é feita pelo pensamento crítico e reflexivo, sendo um processo avistado pela construção histórica e social, totalmente à mercê da mutabilidade das circunstâncias em que se apresentam. É possível pela instauração de diálogo verdadeiro (COSTA et al, 2018, p.39), baseado nas histórias de vida, o que permite conhecer o cotidiano das pessoas. Por esse motivo, faz-se necessária a utilização de metodologias que ofereçam e se esforcem em abrir espaços de fala e de escuta mútua. Não há caminho melhor senão a primeira voz para desatar os nós, pois essa é livre para narrar os seus fatos vividos, sem um pano de fundo cenográfico, e sim da forma como elas realmente procedem, fugindo do imaginário da pesquisadora.

A pesquisa-intervenção acompanha os combinados coletivos que ultrapassam qualquer inflexibilidade metodologia, pois são permeados pela confiabilidade (PAULON, 2010). Essa confiabilidade provoca construções de produtos que são objetos

de interesse de todos, possibilitando transformar todos envolvidos na pesquisa em colaboradores. Nesse processo de problematizar para transformação, os envolvidos no estudo tomam todos os créditos pelas intervenções ocorridas, não há um “sujeito interventor”, mas todos são sujeitos de processamento das interlocuções, que se estruturam e fortalecem em discussões abertas e conciliadoras, refletidas no fazer prático-teórico e no contexto histórico-político-social (COSTA; GHISLENI, 2021).

Esse método de pesquisa é um convite para construções que estimulam a experiência vivida, já que ela carrega sentido existencial, simbólico, afetivo e relacional sobre os acontecimentos e planejamentos que surgem pela natureza analisada. Costa e Ghisleni (2021) afirmam que o caminho percorrido pela pesquisa-intervenção tem como sinônimo o termo “existente-pensante”, que evoca a interpretação de desnaturalização das problemáticas com ideia emancipatória e a promotora de mudanças. Essas mudanças são provocadas pelas narrativas de primeira voz, que não se sustentam apenas por referenciais, mas por quem vive. Nesse tipo de estudo não existem fórmulas “mágicas” ou roteiros que possam alcançar a complexidade do objeto analisado e nem discussões ancoradas somente na literatura científica, que não é capaz por si só de comportar o que os territórios têm a trazer em sua intensidade de conhecimento (COSTA; GHISLENI, 2021, p. 11).

Ao contrário de outras abordagens de pesquisa, que têm a figura de colonizador ou coletador de dados e utilizam-se da desinformação para manutenção do poder sobre os envolvidos, a pesquisa participativa voga sobre a desnaturalização dessa ideia. Pressupõe, portanto, o protagonismo, o resgate dos saberes, e possibilita a visibilidade dos envolvidos nos processos de construções coletivas. Preza pelo estreitamento de elos de confiança com envolvidos e pela universalidade dos resultados e igualdade na pesquisa.

Tal postura relaciona-se com o processo de promover sentido e respeito, superando preconceitos e hierarquias centradas no poder e domínio das relações (WALLERSTEIN, 2017). Essas decisões metodológicas foram suficientes, tendo em vista o crescimento de estratégias itinerantes introduzido inicialmente na APS, para a aproximação no contexto da saúde mental do campo do álcool e outras drogas, e para a promoção de acesso e equidade capilarizados ao incremento de autonomia e independência para conscientização sobre seus projetos terapêuticos existentes e inexistentes (LEMKE; SILVA, 2011).

O modo itinerante, observado no IT, estimula a desmecanização do cuidado e

promove corresponsabilidade do usuário e humanização dos trabalhadores. Pensar numa itinerância que se abre dentro das paredes do CAPSad III é algo que foge do habitual. Por causa do enfoque do caminhar, a jornada da vida acontece mais no exterior que no próprio território existencial, peripateticamente. Trazer o IT como tecnologia de trabalho no contexto do CAPSad III tendo em vista que as ações e serviços devem estar de acordo com que é demandado pelo território é, em outras palavras, fazer territorialização. Ele está na contramão de uma simples descrição de um fluxograma descritor, mas precisa necessariamente promover movimento, sentido, significado, como também inquietações. Em vista disso, este estudo deságua na ferramenta “Rio da Vida”, que reúne essas percepções desgarradas na subjetividade do sujeito-existência (LEMKE; SILVA, 2011; WALLERSTEIN, 2017).

O *Rio da Vida*, fundamentado nos princípios e trabalho de Paulo Freire, segundo Wallerstein (2017), faz parte das pesquisas participativas cujo objetivo é conhecer e reconhecer os caminhos pelos quais as pessoas passam cotidianamente. Possibilita compreender os trajetos na busca de cuidado dentro do contexto individual e coletivo, sendo um recurso que ajuda na reflexão pessoal, ou seja, estimula, de forma criativa, o compartilhamento de vivências.

A partir disso, é traduzido no campo da saúde coletiva como uma proposta inovadora e não suficientemente problematizada na literatura. Para essa compressão, foram utilizadas estratégias de familiarização, como a participação no componente curricular do Programa de Pós-Graduação em Saúde coletiva, “Abordagens participativas na pesquisa em saúde”, como suporte para apoiar nas reflexões de forma sistêmica e colaborativa estimulados por processos singulares que enaltece os valores e compromissos com proposta metodológica, alinhado às diversas visões de mundo e nas trocas de ideias para que possam tecer um projeto de parcerias e assim estrutura as buscas por cuidados (WALLERSTEIN, 2017).

Um edital de apoio técnico-financeiro ofertado pelo Decanato de Pós-Graduação da UnB possibilitou adquirir materiais de papelaria, higiene e lanche para a realização da oficina de sensibilização com os trabalhadores do CAPSad III, para a realização do piloto que remodelou o roteiro do Rio da Vida e para a própria produção dos Rio da Vida com os coprodutores. O Rio da Vida foi identificado como uma ferramenta que favorece um processo terapêutico e reflexivo mas, também, na construção de Projeto Terapêutico Singular Ampliado (PTS), constituindo assim uma maneira muito rica e ampliada a ser utilizada no cotidiano dos serviços de saúde mental com CAPSad III.

Este estudo importa-se com a natureza real dos fatos, pois tem intenções de explicar o trato social centrado nas perspectivas dos envolvidos. Pelo conhecimento dos caminhos já moldam nas buscas de cuidados em saúde mental de pessoas em uso problemático de álcool e outras drogas que partem de outras práticas para além das ofertadas no CAPSad III de Samambaia – DF, para uma atuação numa perspectiva imaterial do envolvimento do usuário com serviços ofertados na unidade e nas redes de atenção psicossocial, que é relevante e contribui para desenvolvimento de processos de cuidados mais objetivos centrados na pessoa. Também tem a intenção de trazer registros de experiências, que por vezes podem não ter a mesma visibilidade, o qual pretende-se construir nesse estudo. Para isso, lança mão da categorização de metodologias rigorosamente fechadas na ideia da pesquisadora, mas que aquecem e sobrevivem entre os processos de trabalhos coletivos e vivenciais, que é a colaboração entre os envolvidos no estudo (SANTOS, 2021). Que tem como desafios entender as diferenças que estão em conformidade com as ações empíricas e leigas sob uma única ótica, a do processo das imbricações (SILVEIRA; CÓRDOVA, 2009).

4.2 Caminhos metodológicos

O cenário onde se desenvolveu o estudo foi o CAPSad III, localizado na 12ª Região Administrativa do Distrito Federal, Samambaia. A região, que foi criada com o propósito de assentar famílias vindas de invasões de outras partes do Distrito Federal, também é o domicílio da pesquisadora, estando o equipamento em questão instalado no seu território de abrangência (CODEPLAN, 2021).

É importante salientar que se trata de um estudo originado das inquietações cotidianas de uma moradora parda e periférica, que vivencia e convive diariamente com pessoas que fazem uso problemático do álcool e outras drogas. Essas inquietações somam-se à sua experiência como Terapeuta Ocupacional em Residência Multiprofissional em saúde mental do adulto, com atuação no equipamento por um período de um ano e três meses, 60 horas semanais, período em que compartilhou processos de cuidados com trabalhadores, usuários e gestores do serviço.

O CAPSad III é um equipamento substitutivo oriundo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que promove ações e serviços vinculados às necessidades locais e em liberdade. Esses locais propõem-se a prestar atendimento às pessoas em sofrimento mental decorrente do uso problemático do álcool e outras drogas. É um serviço de portas

abertas voltado para a comunidade e constituído por uma equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar. Possui leitos para internação, somente para desintoxicações, ambulatorialmente. Tem retaguarda social pela Unidade de Acolhimento (UA), que é um serviço de moradia transitória para pessoas que estão em vulnerabilidade social e econômica (DISTRITO FEDERAL, 2021).

Esses dois equipamentos compõem, em conjunto, um micropolo de atenção à saúde mental, álcool e outras drogas desta região, que se organizam tendo em vista a integralidade do cuidado e equidade. São elegíveis para atendimento no serviço pessoas com idade igual ou superior a 16 anos que fazem uso problemático de álcool ou outras drogas. O acesso se dá por meio do acolhimento, os casos podem chegar à porta e/ou serem encaminhados por outros pontos de atenção saúde, social ou prisional. Na carteira de serviços, encontram-se grupos terapêuticos, oficinas, atendimento domiciliar, atendimento individual, assembleia dos usuários, dentre outros (DISTRITO FEDERAL, 2021).

A partir desse contexto, o estudo voltou-se para oportunizar um espaço de diálogo operado por construções compartilhadas. Os envolvidos no estudo foram, em primeiro plano, os usuários, foco principal, e, em segundo plano, os trabalhadores e gestores do CAPSad III, que foram alcançados pelo processo de pesquisa-intervenção.

O estudo foi dividido em três fases: a primeira, denominada como *Toca*, foi dedicada ao desenvolvimento de uma oficina sensibilização com os trabalhadores do serviço, registrada com gravador de voz e transcrita posteriormente. Essa etapa tratou de trazer explicações sobre a pesquisa, com o foco na apresentação da ferramenta do Rio da Vida como possível ferramenta de trabalho, e dela participaram 17 trabalhadores de diferentes categorias profissionais. Ressalta-se a integração dessa etapa como foco secundário, mas que tem sua significância para pesquisas participativas, as quais pressupõem tomar parte de e ser parte de.

A segunda etapa, denominada *Cor*, foi o encontro para a confecção do IT nos moldes do Rio da Vida, entre a pesquisadora e os usuários do serviço. O encontro também foi registrado com gravador de voz, e dele participaram *dez usuários* do CAPSad III. É importante acentuar que anteriormente a esse processo foi realizado uma construção piloto para o alinhamento com território. Esses colaboradores tiveram aproximação com o estudo por meio de indicação de trabalhadores do serviço e demonstrações de interesse em construir junto, pois a pesquisadora dedicou tempo *in loco* para apresentar a ideia do estudo aos que passavam pelo equipamento e quando circulava nos ambientes de

convivência do CAPSad III, oportunizada por uma conversa informal do cotidiano no serviço e dos usuários.

Isso só foi permitido devido às construções já alcançadas no período de Residência Multiprofissional, quando já se reconhecia a vinculação com usuários como trabalhadores. Foram incluídas pessoas que tivessem vínculo de no mínimo seis meses no CAPSad III, que não estavam fazendo uso problemático do álcool e outras drogas. Não fizeram parte do estudo familiares que participassem das atividades dos serviços, com idade inferior a 18 anos ou aqueles que no momento estivessem sob efeito de qualquer substância psicoativa ou sob tutela.

Os encontros foram desenvolvidos individualmente durante um tempo aproximado de 2h e 30min, tendo um intervalo para um lanche, que também se constituiu como um momento importante de trocas. Todas as narrativas captadas pelo gravador foram devidamente transcritas e trabalhadas posteriormente. Como forma de facilitar a utilização da ferramenta do Rio da Vida, foi elaborado um roteiro (Apêndice A), que serviu para orientar na elaboração do desenho e assim poder dar visibilidade aos IT.

A terceira etapa, denominada **Ação**, foi um momento de volta aos cenários de atuação para validade das interpretações realizadas pela pesquisadora com trabalhadores e usuários, ressaltando que os participantes não foram, necessariamente, os mesmos trabalhadores que participaram da etapa **Toca**, nem os usuários que fizeram o desenho do IT pelo Rio da Vida, na etapa **Cor**. Nesse momento, procedeu-se o tratamento sob interpretações e combinações de análise dentro de uma temática originada pelas narrativas captadas e as representações do IT dos envolvidos, nenhuma pessoa foi identificada em todos os processos.

Essa fase também foi gravada e transcrita, com a ideia de possibilitar a ampliação das discussões e análises sobre as questões aparecidas que culminam nas discussões importantes, como esquematizado no quadro 1:

Quadro 1 - Etapas da pesquisa-intervenção.

TOCA	COR	AÇÃO
Oficina de sensibilização com trabalhadores do CAPSadIII.	Construção do IT por meio do Rio da Vida.	Compartilhamento dos achados com trabalhadores e usuários.

Fonte: elaborado pela autora.

Realizar um estudo partindo das necessidades identificadas pelos interessados possibilitou maior envolvimento afetivo com território, ainda mais quando já se tem uma

convivência cotidiana. Cria-se um lugar de um novo olhar e, nesse sentido, os papéis de pesquisadora, moradora, militante e mulher misturam-se em um só para a desconstrução e reconstrução dos saberes emergentes destes processos colaborativos.

“Toca cor-ação” esteve presente em todos os encontros para a construção do estudo, desde a primeira etapa, ao realizar-se a oficina com os trabalhadores e colegas, *toca*, – o que gerou “frios na barriga”. A *cor*, por sua vez, surgiu para dar visibilidade às narrativas esquecidas, e a *ação*, finalmente, consistiu em um movimento de problematizar, reconhecer e promover estratégias conscientes, para minimizar ou responder às questões problemáticas do serviço e das pessoas – usuários, familiares, trabalhadores e gestores.

4.3 Processamento das informações

Após a realização dos encontros nos cenários da CAPSad III, as informações produzidas foram transcritas e interpretadas pela análise de temática simples. Esse tipo de análise é conhecido por permitir aprofundamento rico no processamento das informações. Facilita a organização dos temas e se desenvolve de forma geracional focando nos detalhes das informações construídas.

A análise temática atende às necessidades de interpretação, tendo em vista possibilitar o aprendizado das convergências, das divergências e das singularidades entre as narrativas de usuários, profissionais e gestores. Para Braun e Clarke (2006), é um método qualitativo de produção de dados que visa identificar, analisar, interpretar e relatar padrões (temas) a partir das informações identificadas. Os autores afirmam, ainda, que o método proporciona, organiza e descreve o objeto de pesquisa com mais riqueza e detalhes. “Busca-se padrões, recursividade, flexibilidade, homogeneidade interna nas categorias/temas e heterogeneidade externa entre as categorias/temas são características fundamentais de análises qualitativas” (SOUZA, 2019, p. 53).

Para este estudo, a análise temática simples foi utilizada por possibilitar uma postura indutiva que pode ser inferida também pelas vivências e construções coletivas dos envolvidos no estudo. A opção por esse tipo de análise ocorreu tendo em vista as visões da pesquisa-participação e, também, por entender-se que os processos levantados não precisariam de categorias preestabelecidas. A escolha também se deveu à experiência da pesquisadora em trabalhar com a abordagem e pela “independência em teorias ou epistemologias” (SOUZA, 2019, p. 53). Para esse processamento da informação, optou-se pelo grupo descrito por Clarke (2013), a “*reflexive*”, uma análise que é “fluida e

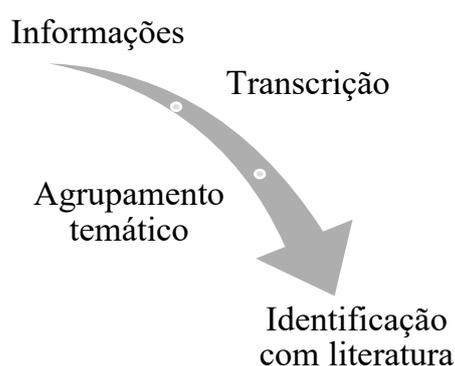
flexível” (SOUZA, 2019, p. 53). Sobre a metodologia, Souza (2019) afirma “que o ponto principal não é alcançar a perfeição, mas imersão e profundo engajamento com as informações” (SOUZA, 2019, p. 54).

O processamento das informações deste estudo iniciou-se pela análise dos significados sentidos e percebidos durante o processo nos desenhos do Rio da Vida e nos momentos reflexivos com trabalhadores do CAPSad III. Não ocorreu em uma única direção, mas sim em um “vai e vem”, não linear, selado pelo tipo de abordagem escolhida.

Tiveram-se como resultados os temas que mais se sobressaíram nas narrativas e desenhos do Rio da Vida, juntamente com o diário itinerante da pesquisadora. Esse processo também envolveu engajamento com a literatura e as normativas nacionais e internacionais da área. Essas decisões não foram tomadas de uma vez, e sim respeitando os processos dos envolvidos nas pesquisas para o melhor e mais adequado encaixe analítico (SOUZA, 2019).

A construção dos temas seguiu a ideia dos que mais apareciam nas narrativas tendo sempre em vista os objetivos delineados, com intuito de dar resposta à pergunta geradora do estudo. A figura a seguir é uma síntese dos processos de análise das informações, baseada nas etapas descritas por Souza (2019), que descreveu as fases da análise temática de Clarke (2013). Que limitou em quatro fases para compreensão e visualização dos temas gerados ao longo dos processos (SOUZA, 2019).

Figura 2 - Descrição das etapas de análise temática simples.



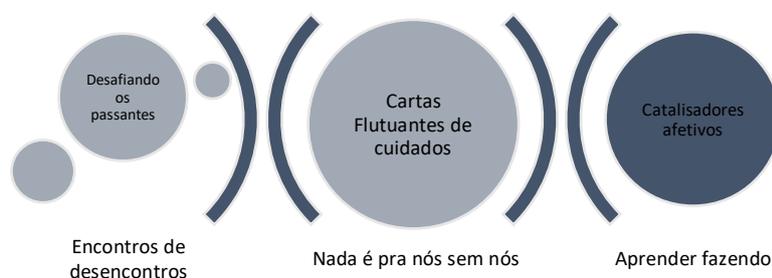
Fonte: elaborada pela autora.

Foi notória a liberdade e flexibilidade no trato das informações produzidas, o que constitui uma característica específica dessa abordagem, que possibilitou construções de ideias que se estruturaram pelas vivências técnica e pessoal da pesquisadora. Nessa mesma direção, a abordagem foi valorizada pela possibilidade de categorizar postos-

chave dentro de quantidade volumosa de informações, que abriam várias possibilidades de caminhos para novas descobertas.

Dessa forma, moveu-se para a condensação das narrativas em temas, etapa de agrupamentos temáticos. É importante frisar que o processo de agrupamento temático não se relaciona a trazer unicamente as inferências da pesquisadora, mas sim a sua contribuição na qualidade de coparticipante dos processos, que viveu e teceu conjuntamente. A Figura 3 é resultado dessa etapa encurvada as experiências possibilitadas pela coletividade:

Figura 3- Agrupamento temático.



Fonte: elaborado pela autora.

4.4 Questões éticas

Esta pesquisa foi aprovada mediante o parecer de número 4.505.491/2020 e CAEE 3965020.0.0000.0030 (Anexo C) pelo comitê de ética da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB). Desta forma, atende às normas e diretrizes que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde – resolução nº 466/2012 CNS/MS. Cumpre, também, as disposições da Constituição da República, sobre pesquisas com o ser humano de forma direta e indireta incluindo o manejo de informações e/ou materiais. O termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice B) e o termo de uso de imagem e som (Apêndice C) foram assinados pelos envolvidos no estudo, considerando os riscos e benefícios explicitados nos formulários. Os coprodutores não serão identificados neste estudo. Para tal, todos foram nomeados Florêncio, que vem de florescer e numerados segundo ordem de realização dos Rio da Vida.

4.5 Limites encontrados durante o processo de construção

O estudo levantou debates com a finalidade de promover mudanças no processo de cuidados, como a incorporação de estratégias novas ou reconstruídas de cuidados aos trabalhadores da saúde mental, em especial, do campo do álcool e outras drogas, ao modelo de atenção à saúde.

Encontrou-se como limitação do estudo o contexto de pandemia da covid-19, a qual provocou a suspensão das atividades coletivas presenciais. Considerando que a proposta inicial seria a aplicação coletiva dos Rios da Vida mediante a realização de oficinas, foram feitas modificações no desenho do estudo visando atender às medidas sanitárias de controle da pandemia. Assim, foi necessário realizar encontros individuais. Esta mudança, oportunamente, trouxe ineditismo para o estudo, ao trabalhar-se a ferramenta do Rio da Vida de forma individual.

A pesquisa observou todas as recomendações sanitárias atreladas ao contexto de pandemia para resguardar a integridade dos envolvidos. Seguiu todos os protocolos de proteção, normalizados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), como os cuidados de distanciamento e afastamento social. Foram disponibilizados equipamentos de proteção individual a todos, como máscaras faciais N95, além de álcool em gel, higienização do local e um estojo de material de papelaria para cada pessoa que construiu o Rio da Vida – ressalta-se que não houve compartilhamento desses materiais. Também foi considerado, no processo, o plano de contingência da covid-19 do DF, mais especificamente, a versão de 6 de junho de 2020, que orienta quanto aos serviços especializados de saúde mental conforme nota técnica nº 12/2020 – CMAD/DAPES/SAPS/MS, que considera a suspensão das atividades coletivas nos serviços atenção psicossocial.

5. DISCUTINDO OS ACHADOS

Nessa parte serão apresentadas as produções, achados do estudo, que tiveram a ver com as aproximações possíveis no decorrer do processo de construção dialógica durante a coprodução da pesquisa. Inicialmente, é feita caracterização dos envolvidos no estudo e adiante a sistematização das informações segundo três categorias: a primeira, *desafiando os passantes: encontros e desencontros*, trata dos desafios, barreiras e facilitadores de acesso cuidados no campo do álcool e outras drogas e enfrentamentos dos envolvidos na construção do IT relacionando às buscas; a segunda, *cartas flutuantes de*

cuidados: nada é para nós sem nós, consiste em uma descrição de rede vivenciada nas buscas por cuidados singulares; e a terceira, *catalisadores afetivos: aprender fazendo*, são as ações e serviços que contribuem para promoção da saúde e prevenção do uso problemático de álcool e outras drogas.

5.1 Caracterização dos Coprodutores

As características foram obtidas no momento inicial da construção do Rio da Vida, sendo: *raça/cor, idade, frequência e tempo de uso de SPA, escolaridade, profissão, origem, moradia, sexo e religião*. A variável raça/cor negra, autodeclaração de preto e pardo, correspondeu a duas pessoas e da raça branca oito pessoas autodeclaradas. A maioria dos envolvidos no estudo se declarou branco, mesmo estando sob o prisma da raça/cor negra. Não é uma novidade essa predominância. Santana *et al* (2020), afirmam que este perfil é o resultado do racismo estrutural e institucional onde o primeiro se revela como um elemento definidor das relações sociais no contexto macro e micro, provocador de desigualdades e iniquidades, e segundo marca a perpetuação da exclusão e a hegemonia de processo de cuidados focados na criminalização e na repressão da população negra.

Ao contrário dos resultados autodeclarados deste estudo, a literatura tem apontado majoritariamente que os usuários atendidos em CAPSad são negros e pobres (SANTANA *et al*, 2020). Nesse sentido, é importante maior conscientização e acesso às normativas para diminuir as “desvantagens e desigualdades” raciais (SILVA *et al*, 2021, p. 9).

A faixa etária variou entre 22 e 64 anos. Um retrato de uma população que variou entre jovens e idosos. Usuários mais jovens têm uma tendência de menos frequência dos serviços de saúde do que os mais velhos. A faixa etária predominante foi de 29 anos, que se aproximou dos resultados encontrados em outros estudos, onde variou entre 31 e 41 anos (SILVA *et al*, 2017). Importante apontar que as idades têm relação direta com o tipo de SPA que a pessoa faz uso, por exemplo, usuários mais velhos fazem uso problemático do álcool, enquanto os jovens utilizam drogas como crack, maconha, cocaína e, alguns, álcool. A seguir será apresentado na Tabela 1 o perfil dos envolvidos na coprodução das informações do estudo.

Tabela 1 - Perfil dos coprodutores da pesquisa.

Coprodutores	Idade	Raça/cor	Religião	Profissão	Drogas	Tempo de uso/ano	Escolaridade	Origem	Moradia
Florêncio 1	48	Branco	Católico	Metalúrgico	Álcool	34	Ensino Médio	DF	Própria
Florêncio 2	52	Branco	Católico/Evangélico	Lavador de carros	Álcool	40	Básico incompleto	DF	Situação de Rua
Florêncio 3	25	Negro	Evangélico	Vigilante de carros	Múltiplas Drogas	14	Básico completo	DF	Situação de Rua
Florêncio 4	22	Branco	Católico	Lavador de carros	Múltiplas Drogas	8	Básico incompleto	DF	Mora com os pais
Florêncio 5	34	Branco	Evangélico	Motoboy	Múltiplas Drogas	21	Ensino médio	DF	Aluguel

Florêncio 6	21	Branco	Sem religião	Faz tudo	Múltiplas Drogas	8	Ensino médio incompleto	DF	Própria
Florêncio 7	22	Negro	Católico	Estoquista	Múltiplas Drogas	12	Ensino Médio	DF	Situação de Rua
Florêncio 8	38	Branco	Evangélico	Açougueiro	Múltiplas Drogas	21	Ensino Médio	MS	Própria
Florêncio 9	51	Branco	Evangélico	Artesão	Múltiplas Drogas	39	Ensino Superior incompleto	RJ	Aluguel
Florêncio 10	64	Branco	Evangélico	Limpeza	Álcool	42	Ensino Médio	MT	Aluguel

Fonte: elaborada pela autora.

Quanto ao padrão de frequência de uso, três pessoas disseram fazer uso de álcool e sete pessoas informaram uso problemático de outras drogas (crack, maconha e cocaína). Os usuários do álcool têm um padrão de consumo diário e os que ingerem outras drogas relataram fazer uso mais de uma vez por semana. Os jovens costumam usar drogas mais pesadas e com maior frequência, mais de 10 vezes por mês (SILVA *et al*, 2017).

No que se refere à escolaridade, identificou-se que cinco pessoas concluíram o ensino médio, quatro pararam na educação básica e uma no ensino superior. Já quanto ao tipo de trabalho, a maioria declarou trabalhar na informalidade e uma pessoa relatou inserção no trabalho formal com garantia dos direitos trabalhistas. As funções de trabalho mais citadas, foram: lavador de carro, entregador de folhetos, ajudante/repositor em supermercado, entregador em aplicativos, serviços gerais, zelador, pedreiro, açougueiro, técnico em edificações, pedreiro e cozinheiro. Importante destacar que nenhum se reconheceu como desempregado. Nos resultados a seguir, emergiu a supervalorização do trabalho como objetivo a ser alcançado por todos no desenho do Rio da Vida.

Cerca de sete dos envolvidos no estudo tem origem, naturalidade, no Distrito Federal, duas na região centro-oeste e uma na região sudeste. Apenas uma pessoa relatou que tem moradia compartilhada com familiares, seis moram sozinhas e três estão em situação de rua. Todos os envolvidos na coprodução foram do sexo masculino. Destaco que o tempo de permanência no cotidiano do serviço para o desenvolvimento da pesquisa foi de três meses, o que permite afirmar que há um buraco na existência da população feminina nas buscas de cuidados no CAPSad onde essa pesquisa-intervenção foi realizada.

Silva *et al* (2020) afirmam que a ausência de mulheres nos serviços de cuidados do álcool e outras drogas está relacionada a fatores sócio-históricos e culturais com viés da opressão, que impossibilitam a busca de cuidados pelos estigmas sociais. E isso não se refere a uma provável diminuição do uso problemático, mas sim resulta da elevação das barreiras da invisibilidade do sexo feminino. Pierry *et al* (2021) afirmam que a ausência da mulher nos serviços do campo de álcool e drogas tem relação com as próprias construções de fragilidade das políticas públicas, tendo em vista que o uso de drogas esteve sempre associado à realidade dos homens, colocando a mulher em sub-representação. Esta inequidade evidencia poucas investidas reflexivas relacionadas a esse contexto e que o sistema hegemonicamente patriarcal tem provocado desigualdades entre gêneros nas buscas por cuidados (PIERRY *et al*, 2021).

O Relatório Brasileiro sobre Drogas de 2009, com também o Relatório Mundial sobre Drogas do Escritório das Nações Unidas e Crime (UNODC) de 2017 afirmam que as mulheres estão cada vez mais envolvidas com uso problemático do álcool uma vez que os serviços de saúde não estão adequados para receber mulheres com esta situação. A ausência do sexo feminino no CAPSad também pode decorrer de outras questões como: o medo de perderem a guarda dos filhos e o fato das mulheres escolherem lugares privados para consumo de drogas. Já o relatório UNODC de 2021, trouxe informações que contextualizam a pandemia pela Covid19 e os riscos de uso problemático de drogas. Considerando as problemáticas de âmbito social, o aumento da pobreza, e também aumento significativo do uso problemático do álcool e outras drogas (PIERRY et al, 2021)

Há necessidade de um serviço mais vinculado ao ponto de trazer pertencimento e identificação ao perfil de buscas das mulheres. Ao contrário dos homens, as mulheres enfrentam ainda mais obstáculos autodepreciativos fortalecidos pela estigmatização da sociedade que imprimem uma baixa autoestima e culpabilidade. Outras sentem vergonha onde “há o predomínio de homens, provocados pelo desconforto ao se encontrarem um momento de vulnerabilidade” (PIERRY *et al*, 2021, p. 7). A invisibilidade das mulheres não foi reconhecida pela comunidade e nem pelos trabalhadores da saúde mental, assim, são importantes processos de educação permanente. Esta situação revela uma fragilidade dos serviços de saúde por não promover ações e serviços singulares aos contextos de cada pessoa (PIERRY *et al*, 2021)

Por fim, quanto à religião, cinco pessoas se reportaram como sendo cristãs evangélicas, quatro pessoas se declararam católicas e uma como sem religião. Em outro estudo (RODRIGUES *et al*, 2013), houve predominância da religião católica seguida da cristã evangélica. Tanto no referido estudo quanto para os coprodutores dessa pesquisa a religião interfere positivamente para prevenção de agravos e processos de cuidado.

Portanto, os coprodutores se caracterizam como em vulnerabilidade social por terem poucos anos de escolaridade, trabalharem na informalidade e sem a segurança de moradia própria, incluindo pessoas em situação de rua. Este perfil evidencia a necessidade de considerar estes aspectos na construção dos PTS segundo a abordagem psicossocial e com ações intersetoriais.

5.2 Desafiando os Passantes: encontros e desencontros

“Todos os dias é um vai e vem

A vida se repete na estação

Tem gente que chega pra ficar

Tem gente que vai pra nunca mais

Tem gente que vem e quer voltar

Tem gente que vai e quer ficar

Tem gente que veio só olhar

Tem gente a sorrir e a chorar

E assim chegar e partir

São só dois lados da mesma viagem

O trem que chega é o mesmo trem da partida

A hora do encontro é também despedida” – Maria Rita

Tudo que se faz, sente e experimenta só tem sentido na medida em que criamos um chão para caminhar. Abrindo para as narrativas das experiências, que não é um jeito único de fazer correr a vida, mas é onde nos encontramos e desencontros que vamos nos desafiando. Relacionando diversas sinergias que vez ou outra são ancoradas ou não, para que não passe a ser sentido, mas, que passe ser o próprio sentido. Os envolvidos no estudo relataram a caminhada como necessariamente um ato de experimentação do vivido. Não há como saber o que se irá encontrar cabendo-nos os enfrentamentos até que a vida nos possibilite aprender os caminhos adjacentes capazes de promover a novidade que mora ao lado, uma boa novidade.

Para abrir as discussões dos achados, serão apresentadas algumas produções do Rio da Vida que mais se aproximam das narrativas dos coprodutores desta sessão. Foram utilizados símbolos como: correntes pesadas para momentos de dificuldades; correntes leves para momentos tranquilos e significativos; pedras para as barreiras e adversidades;

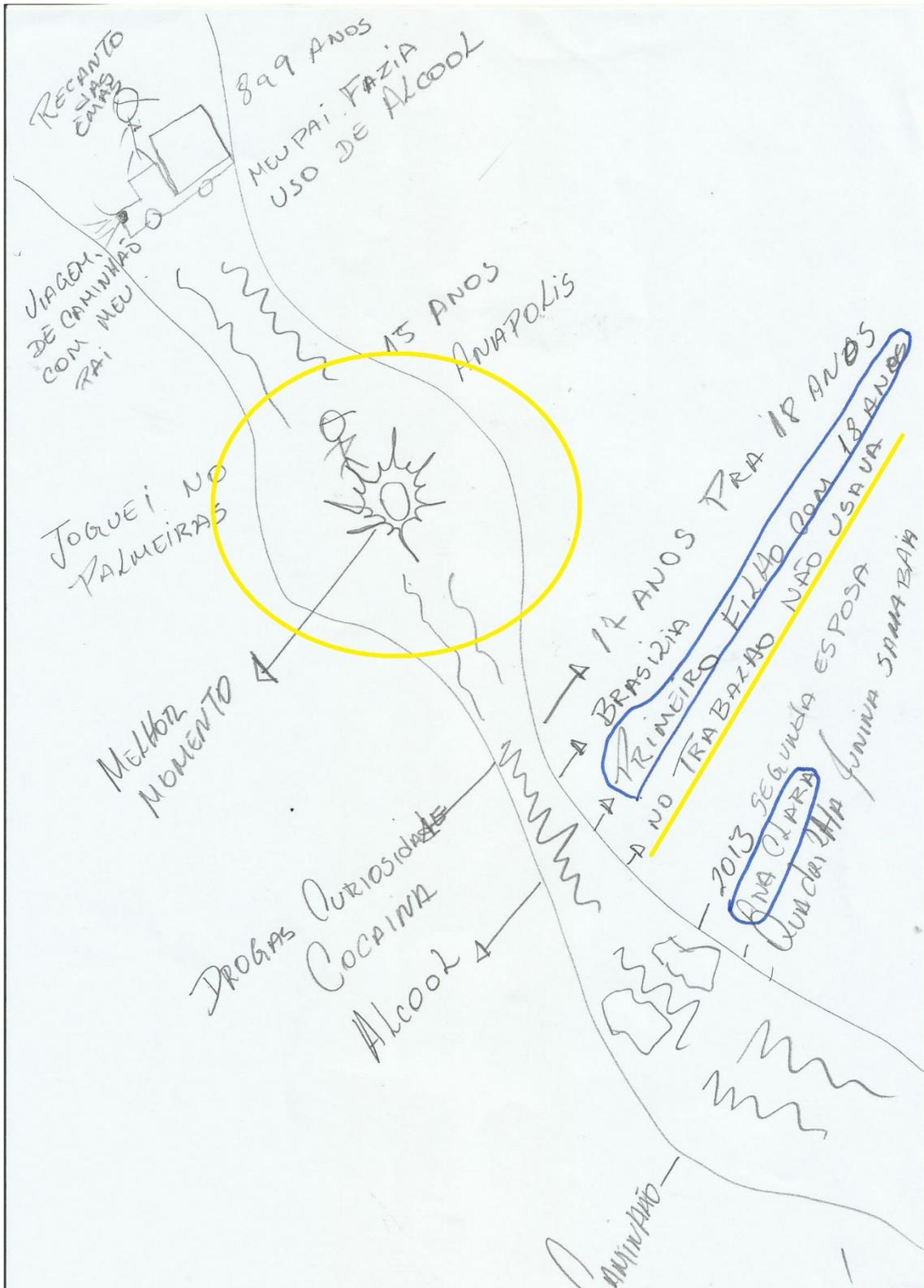
cachoeiras para transformação; pontes para superação; e redemoinhos para tribulações. Além da utilização destes símbolos básicos, no decorrer dos processos, os próprios coprodutores criaram outros símbolos de acordo com o andamento do desenho.

Ao refazer o caminho percorrido ao longo dos anos, o coprodutor foi ao mesmo tempo identificando os enfrentamentos, como também as estratégias utilizadas. Nesse dia, o Rio da Vida veio como uma possibilidade de identificar, transformar e seguir adiante, pelo simples fato de se ter oportunidade de fazer com a colaboração da pesquisadora. Ao final, foi perguntado qual seria o acontecimento que menos agradou, em vermelho, e o que mais lhe agradou (verde). Foi uma estratégia que surgiu durante o processo de confecção que não estava programando no roteiro, e fez muito muito sentido para o momento.

É possível observar nas figuras 4, 5 e 6 acontecimentos relacionados aos encontros e desencontros representados por símbolos, que vieram do imaginário criativo do coprodutor. Ele utilizou desenhos de correntes calmas e pesadas representativas do Rio da Vida para marcar os acontecimentos de enfrentamento, desafios e potencialidades que fluíram ao longo da sua história de vida. A figura 4 encontra-se marcada de amarelo, que leva a atenção para o que ele denomina como sendo “o melhor momento da minha vida” associando ao fato de estar envolvido como jogador de futebol, ou seja, potencialidades. Já na frente associa o trabalho como um fator protetivo para o não uso no problemático de drogas.

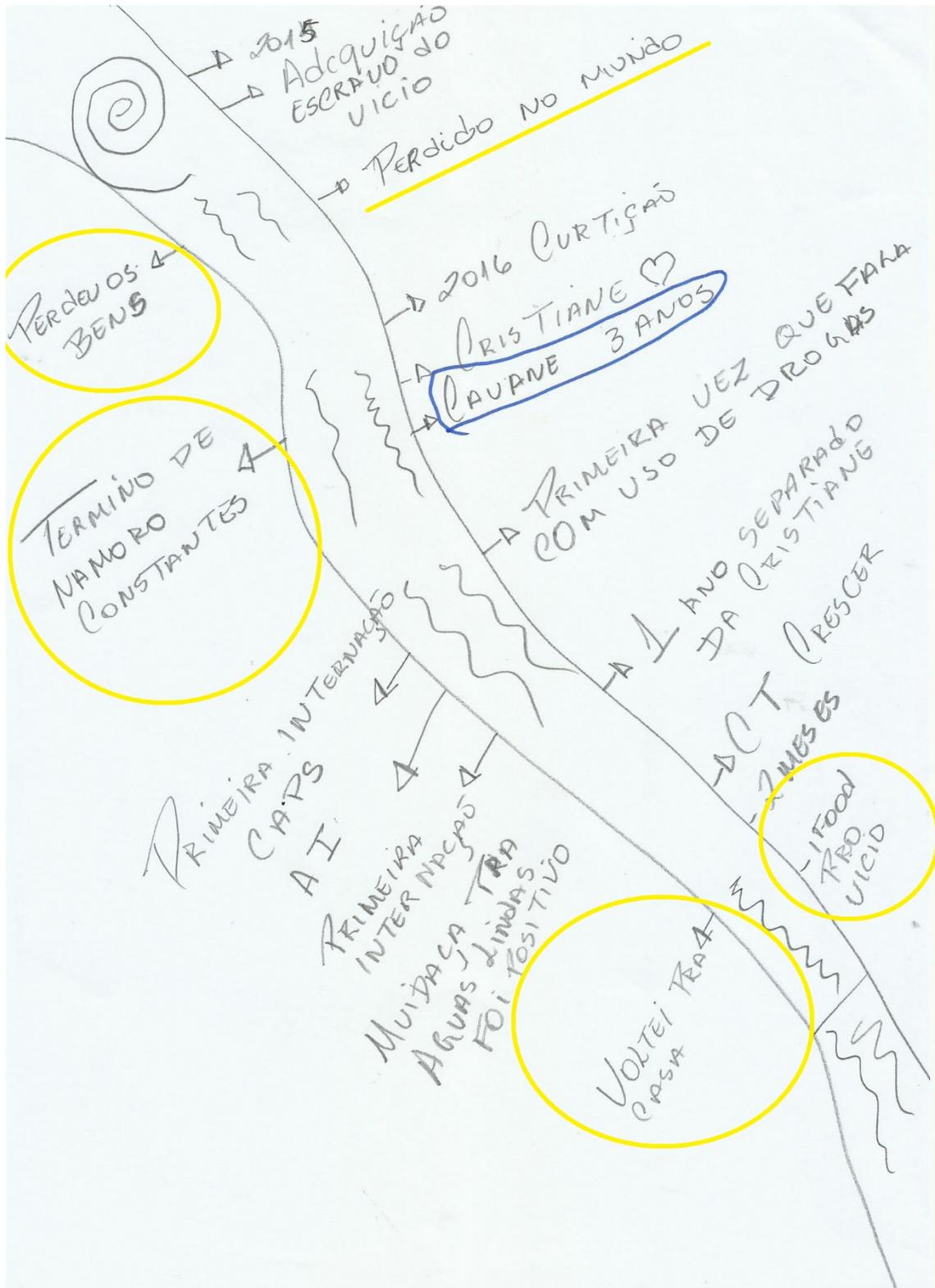
A figura 5 destaca os desencontros, enfraquecimentos de vínculos familiares, dificuldade em mantê-los e administrar dinheiro. A perda de suporte de atores essenciais como: família, amigos e até serviço de saúde. Identifica como encontros a própria retomada ao CAPSad e o trabalho. Na figura 6, o coprodutor começa a elaborar um projeto de vida direcionado para a busca da oportunidade de trabalho e renda. Nesse Rio da Vida os encontros e desencontros “são os dois lados da mesma moeda”, que quando utilizados como aprendizagem geram movimento e deles transformam as realidades e assim ocorrem as mudanças, novos afluentes. O coprodutor relaciona seus cuidados baseados na abstinência, os quais procurou encontro (cuidados) no serviço de CAPSad vinculado a outros do CT, mostrando aí dualidade ímpar de relacionar os serviços a partir dos seus saberes.

Figura 4 - Rio da Vida Florêncio 5.



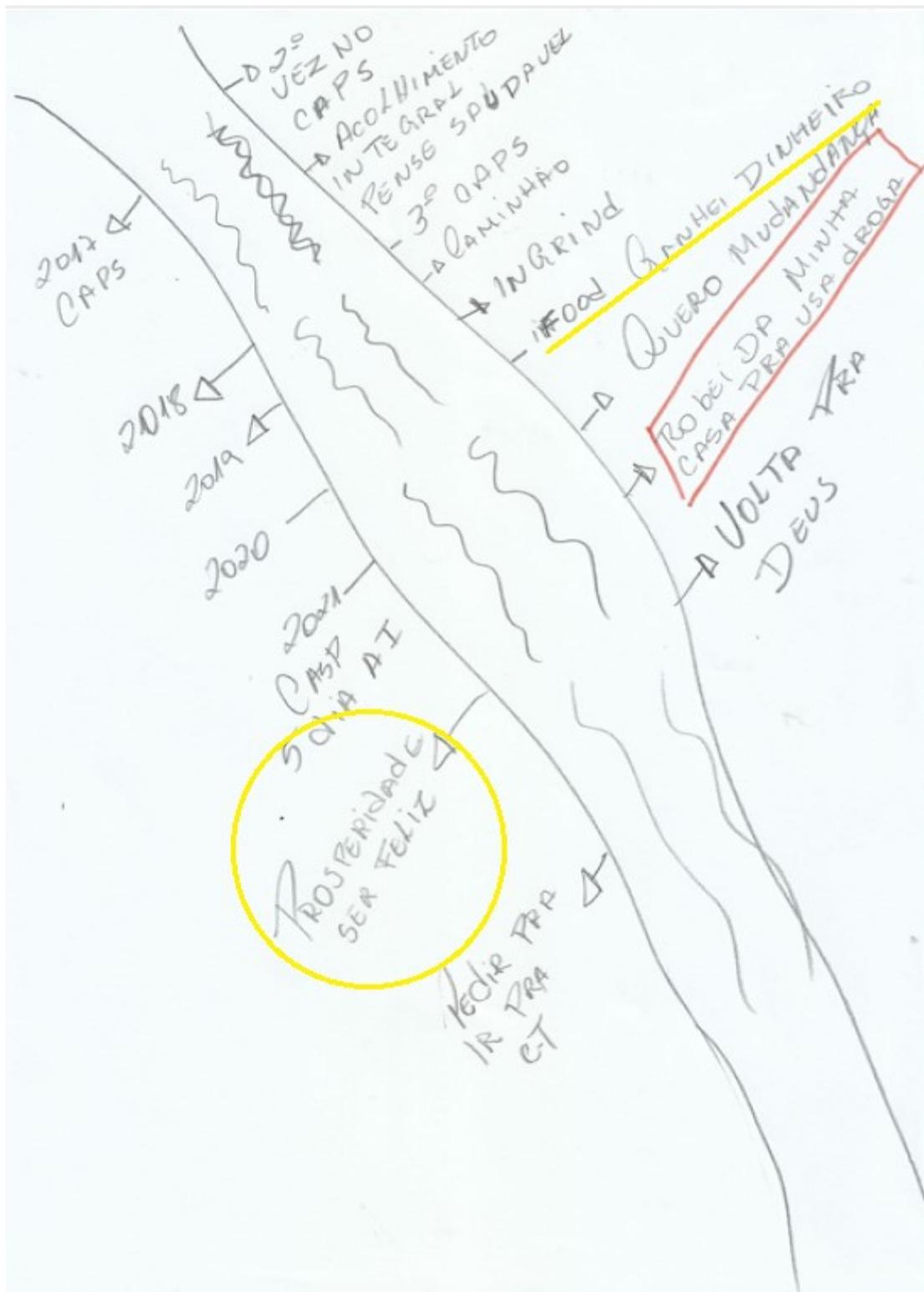
Fonte: elaborado pelo coprodutor.

Figura 5 - Rio da Vida Florêncio 5.



Fonte: elaborado pelo coprodutor.

Figura 6 - Rio da Vida Florêncio 5.



Fonte: elaborado pelo coprodutor.

Essas ilustrações se encontram na fluidez de um mosaico coproduzido a partir das narrativas inspiradas num universo rico, singular e particular de cada pessoa que concordou em compartilhar suas experiências de vida. Os que atendem às seguintes categorias: desafios, enfrentamentos, fragilidades e barreiras que correlacionam o *trabalho, a educação financeira, a habilidades sociais e recaídas, a abstinência/redução de danos e a geração de renda.*

No movimento de construção do Rio da vida, os envolvidos no estudo por vezes relataram situações que provocam paralisia, confusão, mudanças repentinas de humor, tristezas, alegrias, saudade, esperança, euforia, dentro manifestações afetivas e emotivas, pois, sabemos que é isso move homem de lugar em lugar. Revisitar esses sentimentos foi um processo diferente para cada um, a individualidade de lidar com as dificuldades, barreiras, fragilidades que geraram potência. No início do processo de convivência no CAPSad, uma narrativa me chama muito atenção pela perseverança e idealização de projetos de vida.

Figura SEQ Figura * ARABIC 7 - Recorte do Rio da Vida do Florêncio 4.



Fonte: elaborado
pelo coprodutor.

no

*"[...] Vêi, é difícil ter os passos
chão, igual aquela música do
Capital Inicial, porque, igual ele
fala, o destino não é de ninguém,
mas, claro que é meu, né? [...]"
(cantada pelo Florêncio 1)*

“[...] Prefiro seguir pelos caminhos dos apoios, mesmo sabendo que volta e meia eu saio [...].” (Florêncio 5)

A realidade vivida pode ser aparentemente parecida (comum) para uma parcela dos envolvidos, mas a forma de enfrentar certos desafios não é igual. Cada pessoa, no seu lugar e no seu tempo, utiliza e constrói estratégias a partir dos acontecimentos e se torna matéria prima para customizar da maneira com que vão surgindo os desafios. Mas nem todos têm essa capacidade, no entanto, é possível desenvolvê-la por meio da subjetividade e objetividade gerando autoconhecimento.

O passante não domina as expectativas de vida, mas, torna-se elas a partir do momento que se enxerga (tomada de consciência) e tem poder de modificar, considerando o mito da igualdade difundido por hegemônicos, das impotências do empoderamento, imobilidade social e estratificação social, como estratégias desgastadas. No entanto, há sim uma oportunidade de enfrentamento por meio das parcerias e no fazer com a união de forças. Ainda mais, hoje não tem como não se colocar frente aos desafios, porque eles se sobrepõem no cotidiano, nas instituições, na família, entre outros. Nesse sentido, o ato de construir e protagonizar sua própria história desenhada pelo caminho percorrido possibilita obtenção de maior controle sobre si (WALLERSTEIN, 2017).

“[...] Teve três momentos aqui que marcaram minha vida, primeiro quando comecei com alcoolismo e outras drogas e morar com meus tios. E uma coisa boa foi ir ao CAPS II do Guará e de Samambaia, fui batizado na igreja evangélica. O pessoal da redução de danos que ficam na rua. Uma coisa boa hoje foi auxílio emergencial e o bolsa família, tem me ajudado muito [...].” (Florêncio 6)

Assumir o controle de sua própria vida é um mecanismo de resgate de autonomia e independência, importante nas relações em sociedade. Aprende-se que estar cansado é normal e que desistir não significa fracasso, mas uma oportunidade para traçar novas rotas. Esta pode também se expressar no aumento da densidade participativa mediante o envolvimento coletivo (empoderamento comunitário) e no desenvolvimento da autoestima, competência individual e autoeficácia (empoderamento psicológico). Tendo em vista as situações para melhorias ao longo do tempo, que possibilitem caminhar aprendendo e saber lidar com mais consciência com as problemáticas, tendo a equidade como aliada. E assim compondo caminhos que fogem do encaixar e do acomodar, mas que produzem trajetos que permitem deslocamentos colocando em disputa a própria

evidência vivida. Esta se apresenta como um convite para agir a favor do “poder-fazer” (WALLERSTEIN, 2017). Os coprodutores evidenciaram caminhos de oportunidade, de enfrentamento e mudança numa mesma sintonia, como é na vida, a partir de construções de bifurcações como uma janela de oportunidade para transformação de sua realidade.

Figura SEQ Figura * ARABIC 8 - Recorte do Rio da Vida do Florêncio 3.



Fonte: elaborado pelo coprodutor.

“[...] Se não tivesse escolhido o caminho da droga, terminado meus estudos e pensado direitinho no meu futuro, porque antes eu não pensava assim não [...].” (Florêncio 6)

Figura SEQ Figura * ARABIC 9 - Recorte do Rio da Vida do Florêncio 1.



Fonte: elaborado pelo coprodutor.

“[...] E não fui escolhido. Era meu sonho, mas não deu certo. E voltei a trabalhar na fazenda com o meu pai, né? E aprendi uma profissão, açougueiro [...].” (Florêncio 3)

“[...] Para mim nada tem fragilidade, se cara tiver vontade para aprender consegue realizar as coisas. Tem que querer. Eu mesmo aprendi lavar carro, vender balinhas, vender fruta no CEASA, descarregar caminhão. Eu me considero que aprendo rápido as coisas [...].” (Florêncio 1)

Dentre os desafios narrados ao construir o Rio da Vida estão: encontrar um emprego, fazer bicos, ter dinheiro no bolso. A busca ferrenha pela tão sonhada estabilidade financeira foram pontos mais marcados, simplesmente aparecem em todas as narrativas.

“[...] Trabalhei de engraxate, lavador de carro no ministério da aeronáutica [...].” (Florêncio 4)

“[...] Vou ver se faço uns bicos, trabalhar por contra própria vendo bugiganga do Paraguai, original, né? Eu já trabalhei em mercado e como balconista de bar. Eu já sei as manhas [...].” (Florêncio 6)

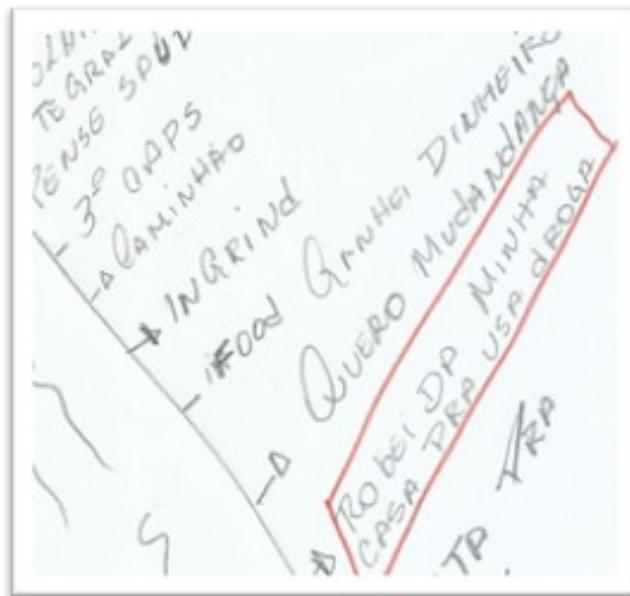
“Trabalhei como lavador de carro, vendi balinha no metrô, ônibus e no sinal[...].” (Florêncio 10)

“[...] Ai eu trabalhei no bombeiro militar de Brasília, fiquei lá por dois e pouco e saí de lá por causa de drogas[...].” (Florêncio 5)

A educação financeira é um ponto pouco explorado nos serviços de saúde mental, sendo também pouco trabalhada e valorizada na escola ou como ciência. Historicamente marcada por disputas de grupos sociais, tem gerado interesse sobre o papel transformador que possibilita acesso à informação e conhecimento, para que as pessoas possam dessa maneira melhorar suas compreensões e trabalhar melhor a relação de oportunidades e riscos. A educação financeira orienta para escolhas conscientes e responsáveis, condizentes com a realidade singular de cada um, uma vez que, não é algo necessariamente formal e delimitado (CUNHA, 2020). O que não é muito distante das investidas dos envolvidos na pesquisa, a relação com trabalho está no nível básico de conceito de saúde, ou seja, ter trabalho é significativamente sinônimo de saúde. Tendo

isso em vista que os processos de cuidados e IT devem estar vinculados e ultrapassar a aquisição reducionista de trabalho como sustento, devem funcionar como exercício de cidadania fortalecido que foge unicamente da contratualidade e do vínculo salarial muito embora se fortaleça como um valor social. Importante ressaltar que as narrativas a seguir expressam a exaltação dos valores e atitudes relacionados com essa temática (SILVA, 2020).

Figura SEQ Figura * ARABIC 10 - Recorte do Rio da Vida de Florêncio 5.



Fonte: elaborado pelo coprodutor.

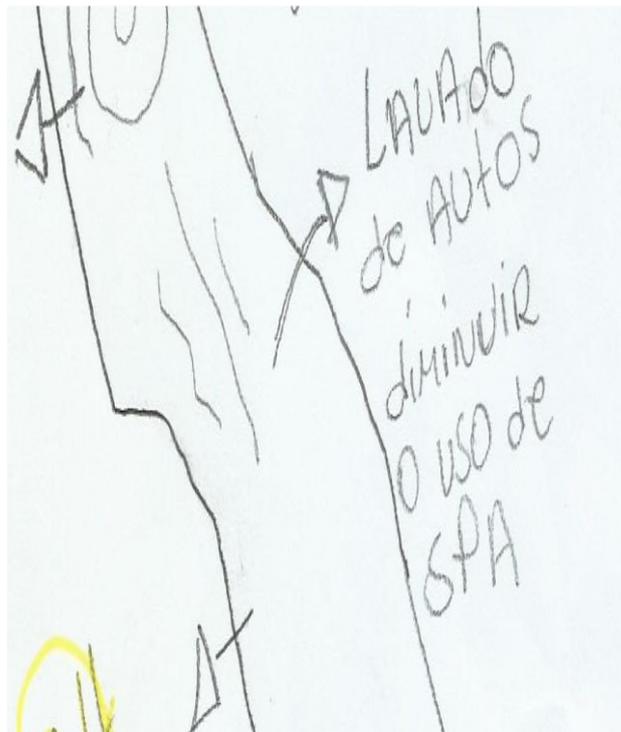
“[...]Eu sempre trabalhava, esporadicamente ou não. Mas dez reais na mão de quem bebe não é a mesma coisa de quem não bebe, né? [...]” (Florêncio 5)

“[...]E quando eu trabalho eu fico focado, mas, quando eu recebia o pagamento eu desandava. Quando eu pegava dinheiro, ficava naquela agonia e ia direto para boca para comprar droga. Eu só usava, depois que sai da cadeia parei de roubar de traficar. Eu trabalhava para o meu consumo, é? [...]” (Florêncio 3)

O trabalho pode ser visto como um fator de risco ou de proteção, ou seja, pode ser potência ou barreira, tudo depende dos objetivos e projetos de vida das pessoas. No âmbito da pesquisa, os envolvidos declararam que na maioria das vezes, o trabalho foi descrito como um recurso terapêutico, provedor de subsistência. Por ser um recurso

terapêutico, pode ajudar mudando o foco no uso de SPA, num processo de ressignificação. A importância do trabalho também foi valorizada pelos envolvidos no estudo de Silva *et al* (2016), que relacionaram o trabalho como um lugar de aprendizagem, responsabilização e implicação dentro de subjetividades, que inclui as relações cotidianas. Utilizá-lo como ferramenta de cuidado possibilita a renovação de propósitos de vida, autoconhecimento, descobrir sentidos para o desenvolvimento de habilidades (SILVA, 2020).

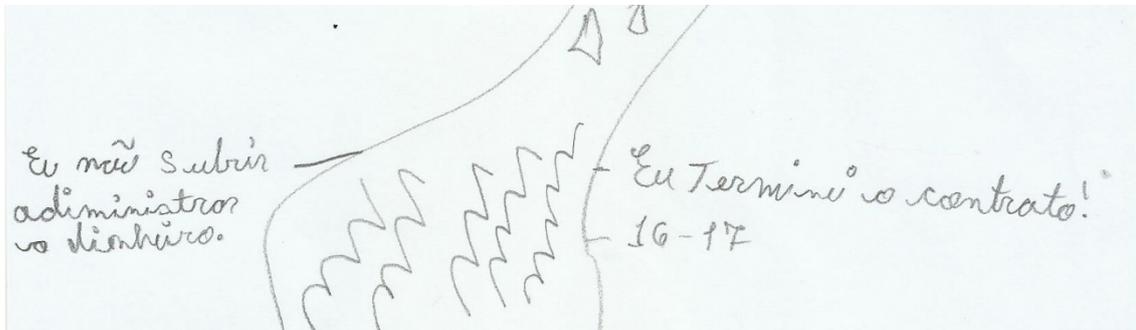
Figura SEQ Figura * ARABIC 11 - Recorte do Rio da Vida de Florêncio 3.



Fonte: elaborado pelo coprodutor.

"[...]No momento? Só se eu estivesse trabalhando, véi! Porque aí que eu ia ocupar minha mente. Podia ser até um bico, tipo aqui. Aqui eu estou trabalhando que eu estou ocupando minha mente com alguma coisa. Mas se eu estivesse trabalhando fixado, todo santo dia, de domingo a domingo, porque para mim não tem dia para trabalho, para eu ocupar a mente. O meu gatilho é minha mente desocupada. Minha mente desocupada só pensa em besteira. Mas se eu tiver com minha mente ocupada fica tranquilo[...]." (Florêncio 1)

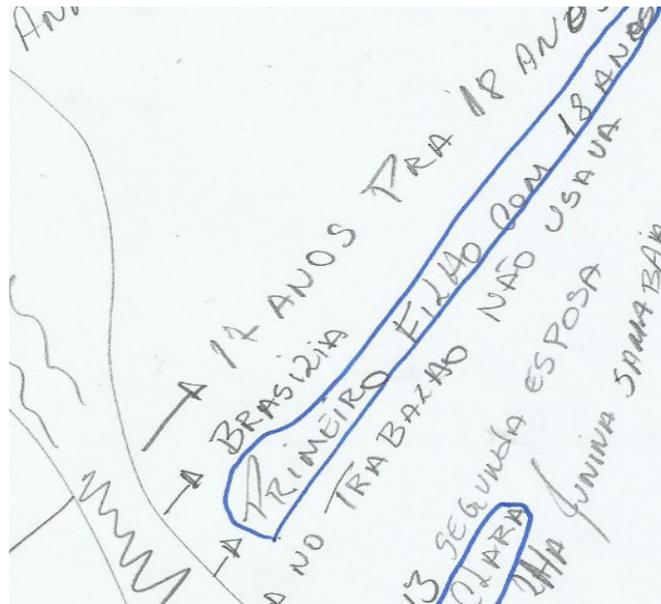
Figura 12 - Recorte do Rio da Vida Florêncio 7.



Fonte: elaborado pelo coprodutor.

A Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, citada pelos autores, referente à RAPS para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS, discorre sobre a importância do exercício da cidadania e consolidação das redes sociais como parte dos processos de cuidados centrados nos territórios (SILVA *et al*, 2016; SANCHES; VECCHIA, 2018). Esta fundamenta na possibilidade do fortalecimento de redes de apoio comunitárias, como um elemento estratégico de inclusão social, resgate da cidadania e engajamento social. As pessoas que fazem uso problemático do álcool e outras drogas têm o trabalho não só como sobrevivência ou subsistência, mas como marca de resistência para existência. O trabalho os possibilita sair da invisibilidade social, que é um determinante social de reestruturação de perdas. Também, favorece a capacidade para o exercício da cidadania, tendo em vista o “valor social e contratualidade de diferentes cenários” (SILVA, 2020, p. 58).

Figura SEQ Figura * ARABIC 13 - Recorte do Rio da Vida do Florêncio 7.



Fonte: elaborado pelo coprodutor.

“[...]Meu foco agora é só cuidar do meu filho, voltar para minha mulher, tia! E voltar para minha vida como era antes. Eu era um cara gente boa acordava cedo para trabalhar, levava minha mulher na parada[...].” (Florêncio 10)

“[...]Eu trabalhava num quiosque de água de coco. E vi ela lá perto e acabei saindo com ela, foi olho no olho e fomos para uma boate[...].” (Florêncio 3)

A falta de trabalho ameaça a existência dos envolvidos no estudo, causando sofrimento mental. Silva (2020), em sua pesquisa com usuários de um CAPSad ao utilizar oficina de geração de renda, ressalta que os envolvidos em sua pesquisa fizeram relação de que o trabalho é para a maioria “uma luz no fim do túnel” (SILVA, 2020, p. 63). O autor entende que o trabalho é também uma ferramenta de emancipação, uma vez que o trabalho provoca mudanças e produção de vida, ao permitir desdobramentos de existências e estruturação de identidade e de subjetividade (SILVA, 2020, p. 63-64). Os envolvidos no estudo não se preocuparam em ter uma profissão formal ou trabalho de carteira assinada, muitos não olham as condições que os empregadores estabelecem, porque o desejo de estar no trabalho está atrelado à possibilidade de existir. “O trabalho assume centralidade na vida da pessoa pela transformação de potencialidades individuais” (RUMIN; GUEDES; SCHMIDT, 2021, p. 2).

“[...] O projeto da minha vida é o trabalho! Porque eu não gosto de ficar parado. O trabalho me fortalece e me cuida. O trabalho é uma saúde para mim, não é uma doença porque tem nego aí que corre de serviço, eu não! Eu quero abraçar o que tiver. Meu projeto de vida é isso! Porque sem trabalho eu não sou ninguém [...]!” (Florêncio 8)

“[...]A geração de renda é meu trabalho. O objetivo do meu projeto de vida, é o trabalho! Porque eu não posso ficar parado, desde que eu me conheço como gente eu trabalho. O meu primeiro trabalho eu tinha 11 anos de idade, trabalhava na feira do Pnorte, engraxate, vendendo picolé, vigiar carro, vender jornal e sempre estudando. Principalmente quando tinha passeios na escola, minha mãe não tinha dinheiro, então, eu trabalhava para ganhar meu dinheiro e ir. Eu sempre trabalhei, nunca fiquei parado na minha vida e toda vez que eu ficava parado eu ficava doente[...].” (Florêncio 4)

“[...]E se fizer esse trabalho vai abrir a mente da pessoa, tanto faz com usuário ou não. O meu Rio da Vida está bonito, uma maravilha. A única coisa que falta para ele ficar completo é o que? Trabalho. Mas isso não vai me abalar e ter recaída, porque eu tenho família, eu tenho duas irmãs que me apoiam demais[...].” (Florêncio 7)

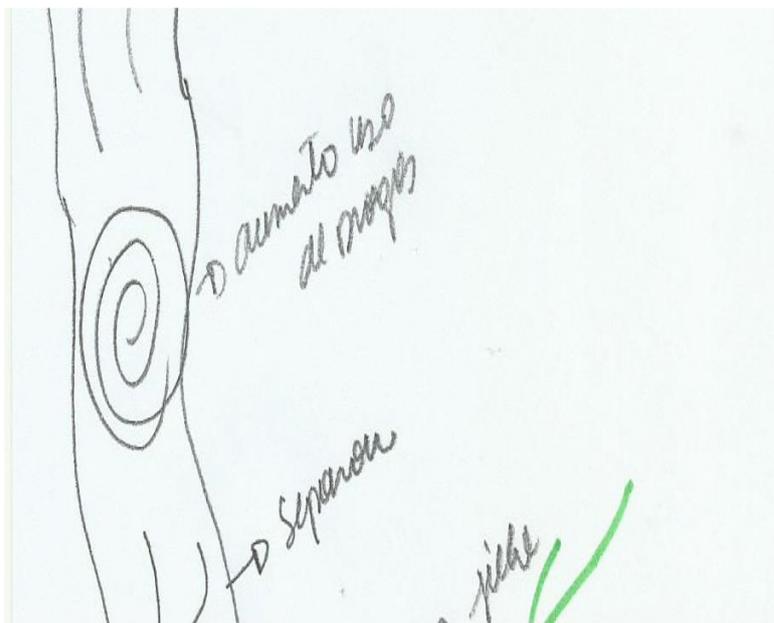
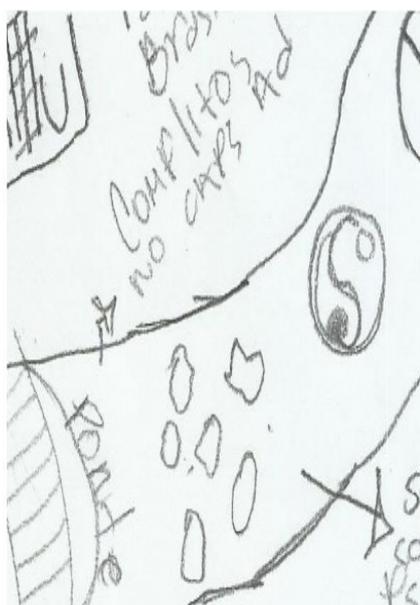
“[...]A única coisa que me vejo é trabalhando, né? Mas essas pessoas por aí a fora não confiam na gente, tem umas que confiam mais a maioria não, aí fica difícil fazer as coisas. Mas também a história de que o povo só vai me ver curado se eu tiver um emprego, trabalhando. Mas não tem como, né? De tudo isso se eu já tiver saúde já está bom demais[...].” (Florêncio 7).

Com relação às habilidades sociais, grande parte dos envolvidos declararam ter dificuldades de manter relacionamentos, sejam eles conjugais, familiares ou de amizades. Limberger *et al* (2017) afirmam que as habilidades sociais são fatores de proteção importantes e que estão implicados com diminuição dos riscos do uso problemático do álcool e outras drogas. Essa habilidade é desenvolvida de forma gradual e está relacionada à capacidade de expressar sentimentos, opiniões e acesso a direitos, e que estão muitas vezes ausentes do repertório dessas pessoas. Estas lacunas podem causar tensionamentos, discordâncias e até agressividade gerando um desgaste das relações (LIMBERGER *et al*, 2017), como observa-se na narrativa a seguir subsidiada pela Figura 14 do Rio da Vida de Florêncio 4 e 6.

“[...]Amigo? Eu não sei muito bem escolher amigo. Eu não tenho muitos amigos, hoje em dia tenho mais inimigos. Quando era mais

novo eu fazia muito amigo por onde eu passava. Acho que eu exponho minha opinião de uma forma errada, hoje em dia. Eu arrumo muita guerra na rua, aí eu fico muito vulnerável à violência e eu fiquei abalado emocionalmente porque as coisas não estavam dando certo, muito errado e muita traição[...].” (Florêncio 4).

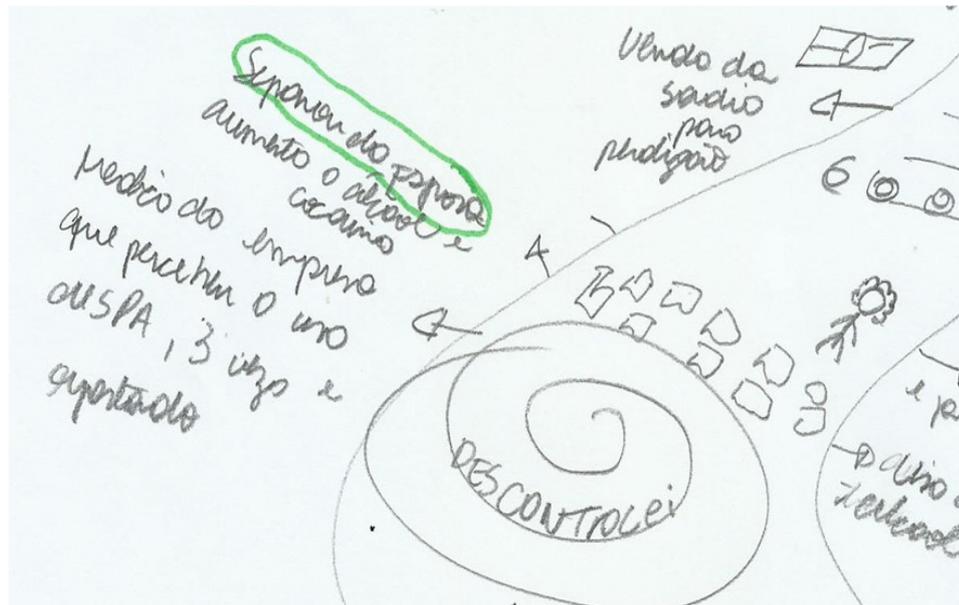
Figura SEQ Figura * ARABIC 14 - Recortes do Rio da Vida de Florêncio 4 e 6.



Fonte: elaborados pelos coprodutores.

Rosa e Antoniassi Junior (2017), em seu estudo de revisão sistemática que teve o objetivo de entender as habilidades sociais de usuários de drogas, afirmam que a família é o lugar onde nascem os primeiros contatos voltados às relações sociais e que esse processo envolve divisão e cuidado. Também pode envolver proteção e risco, muito embora familiares que fazem uso de drogas tenham influência direta aos demais dependendo das dinâmicas estabelecidas. Com relação à composição familiar, a maioria dos envolvidos no estudo relatou ser de família monoparental, tendo a mãe como a figura provedora do sustento familiar (ROSA; ANTONIASSI JUNIOR, 2017).

Figura SEQ Figura * ARABIC 15 - Recorte do Rio da Vida de Florêncio 8.



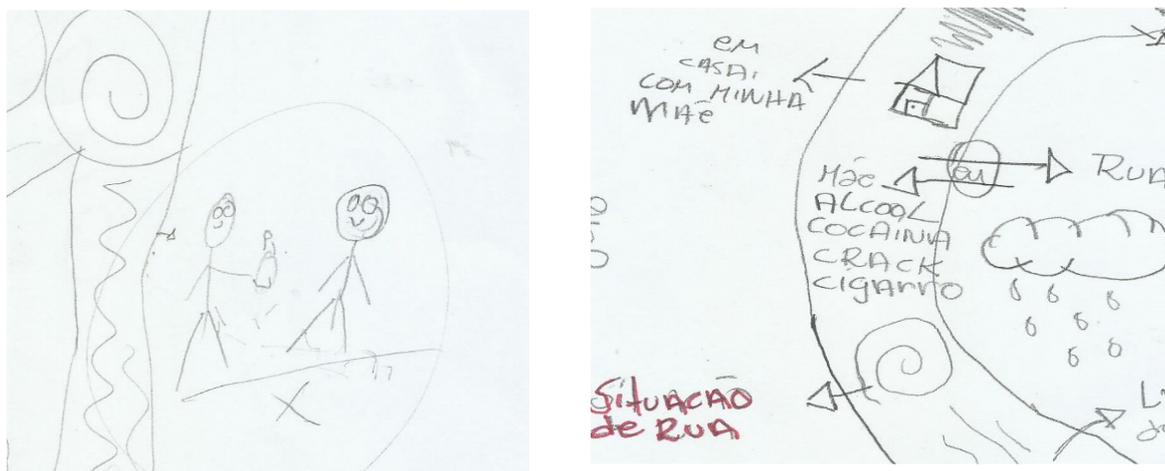
Fonte: elaborado pelo coprodutor.

“[...] Minha vó faleceu quando eu tinha 14 anos, entrando na adolescência. Meus tios venderam a casa que a gente morava e fiquei na casa dos parentes. Nessa época eu já consumia álcool com os amigos. Eu sempre fui muito hiperativo e muito burro, porque assim, ser inteligente na casa do outros, ser melhor que os filhos dos outros é ruim e eu não tinha essa mentalidade, porque era crianças e eu sempre me destacava em relação aos outros. Eu percebo hoje que eles se incomodam comigo, porque o cara não tem nada e mesmo assim se destacava. E foi difícil para mim porque estava formando minha personalidade, adolescente, minha mãe tinha escolhido morar com outra família. E meu pai ausente que mexeu muito com meu psicológico. Sozinho, criado com vó, eu durmo agarradinho com minha vó[...].” (Florêncio 9).

Schneider e Andretta (2017), em seu estudo com usuários de crack, afirmam que o uso de drogas pode causar prejuízos nas habilidades sociais e interferir significativamente nos processos de cuidados. Os autores descrevem as habilidades sociais como sendo um “conjunto de comportamentos eficazes para a interação entre dois ou mais indivíduos” (SCHNEIDER; ANDRETTA, 2017, p. 464). A dificuldade nas habilidades sociais está ligada à “capacidade de resolução de problemas”, déficits na qualidade de vida, dificuldades de aprendizagem, desenvolvimento de sofrimento mental

e algum transtorno associado à ansiedade e depressão, como também o uso problemático do álcool e outras drogas (SCHNEIDER; ANDRETTA, 2017, p. 465).

Figura SEQ Figura * ARABIC 16 - Recortes dos Rios da Vida de Florêncio 2 e 3.



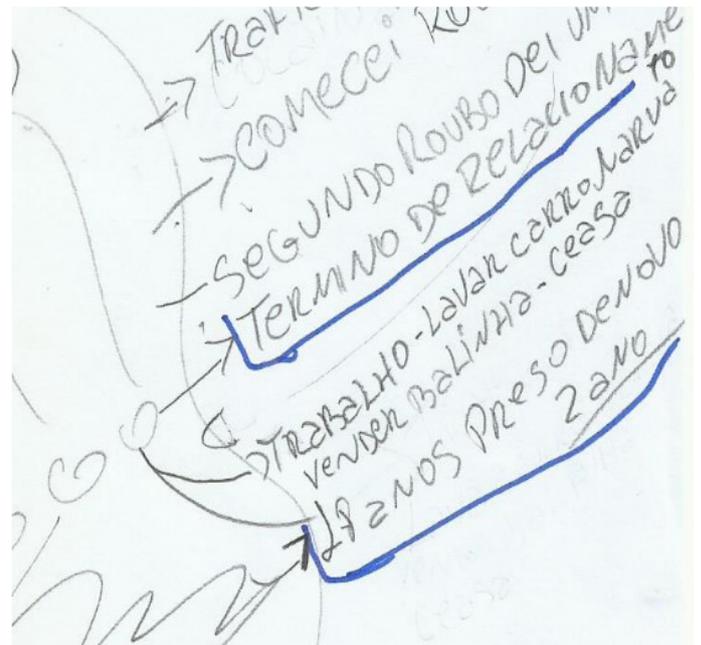
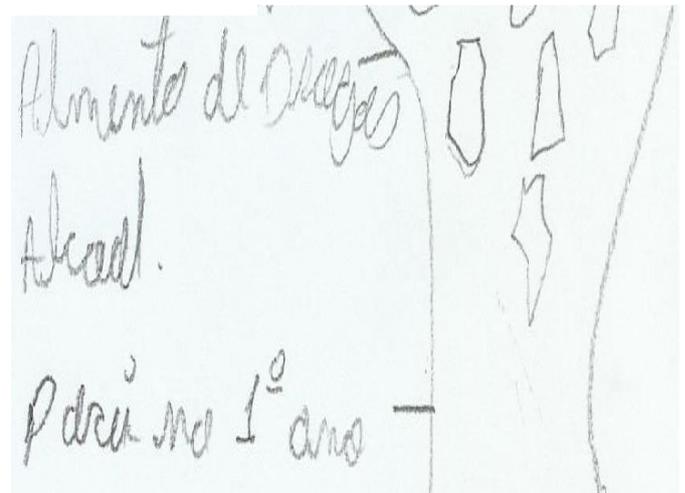
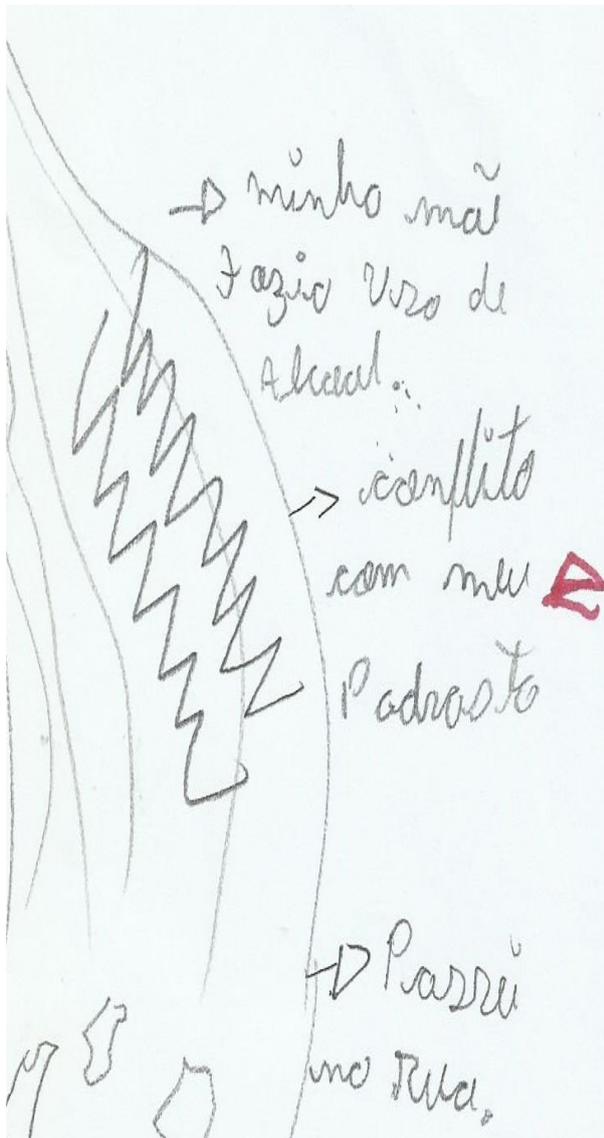
Fonte: elaborados pelos coprodutores

Usuários com uso problemático apresentam menores índices de habilidades sociais. A pesquisa de Schneider e Andretta (2017) apresentou que essa falta de habilidades tem como consequência pouca desenvoltura social, com destaque para a falta de autocontrole e manejo de situações de agressividade. Os autores afirmam ainda que o tipo, tempo e frequência no uso de SPA tem relação direta com as habilidades sociais. Usuários de crack têm especificidades dentro das habilidades sociais com relação aos usuários de maconha ou álcool. O contexto de exclusão social afeta diretamente as habilidades sociais cívicas e de convivência, o que resulta em “relações interpessoais neutras” que dificultam o desempenho em situações “aversivas” e podem ser um impedimento para manter relacionamentos, além de apresentar um risco para recaída. Ainda, a organização das habilidades sociais possibilita reinserção social (SCHNEIDER; ANDRETTA, 2017, p. 465).

*“[...] A separação mexeu muito comigo e era todo dia, foi a pior recaída. E fui afastado de novo do emprego e estou até hoje [...].”
(Florêncio 8)*

“[...] Só piora o uso de álcool, depois da separação minha. E eu sinto muito, por causa de ficar longe dos meus filhos, né? Principalmente da minha caçula. E eu era muito apegado à minha menina, onde eu saía ela vinha atrás. Hoje ela já tem 18 anos[...].” (Florêncio 1)

Figura SEQ Figura * ARABIC 17 - Recortes dos Rios da Vida
Florêncio 4, 3, 7.



Fonte: elaborados pelos coprodutores.

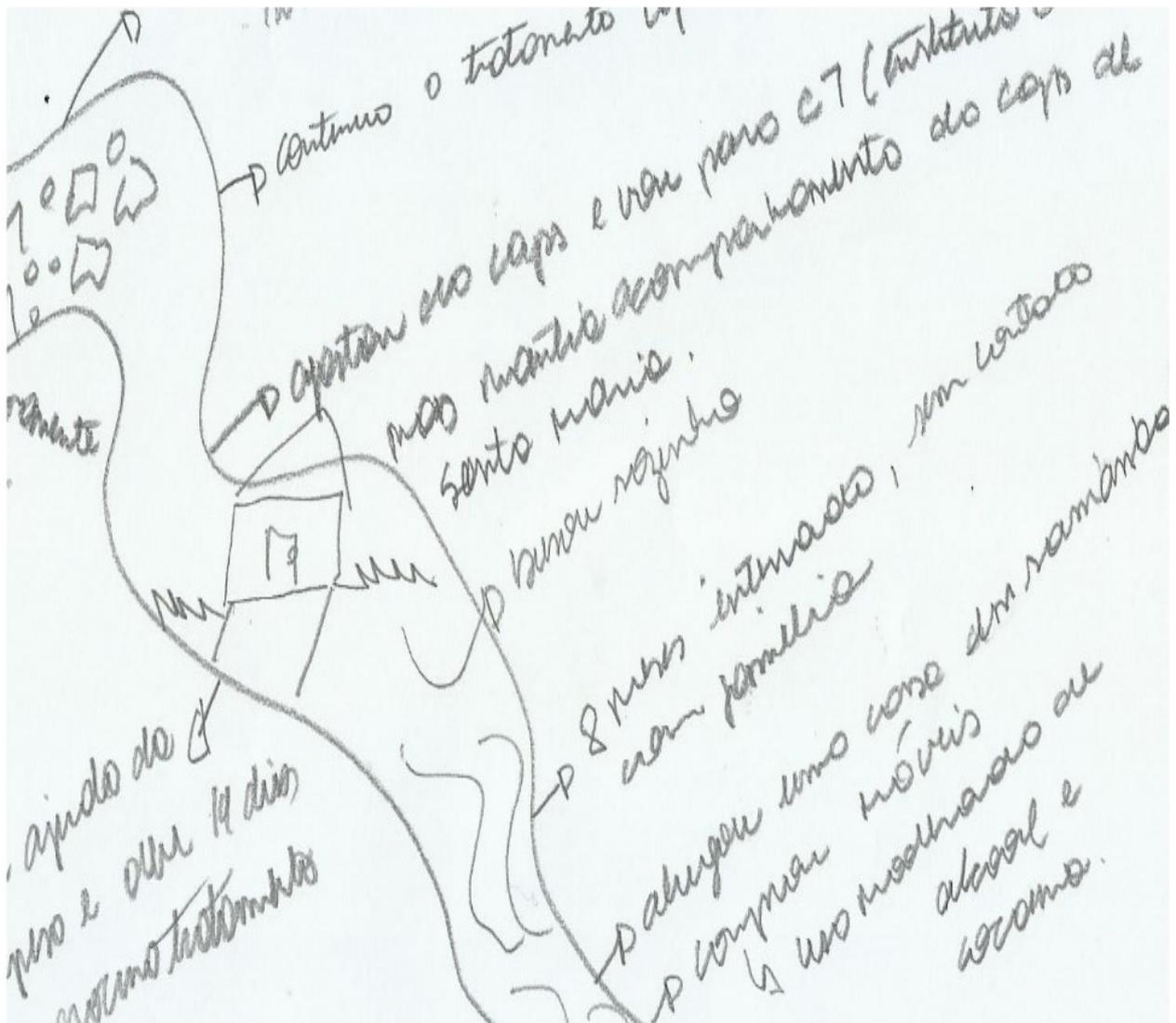
“[...]Minha esposa não sabia, teve um dia que tentei falar, mas não consegui, mas com tempo ela descobriu. Eu nunca tinha procurado um apoio, não. Olha, antes quando alguém dizia que tinha cocaína aqui para você cheirar eu conseguia me segurar, sabe? Hoje em dia não consigo. Aí a gente se separou, foi bebida, pelo menos ela achou que tinha sido porque não sabia das drogas. Até um dia que chamei ela para irmos embora da casa da mãe dela e ela disse que não ia não. A casa da gente era toda montadinha como de qualquer outra pessoa, tudo combinando. Como minha casa é também hoje, tenho tudo arrumadinho que a minha esposa cuida[...].” (Florêncio 5)

Quanto aos paradigmas e abordagens das políticas de drogas vivenciadas nos processos de cuidados, constatou-se a coexistência dos modelos de redução de danos e de abstinência. Esses emergiram de forma diferente do identificado na literatura. Os coprodutores relatam que diante do objetivo iminente de parar com uso do álcool e outras drogas, o modelo de abstinência se alinha melhor com os seus objetivos. Ainda, associam os processos de cuidados aos valores religiosos. Esta abordagem é ofertada pelos CT. A reabilitação é sustentada pela abordagem de autoajuda e tem por objetivo auxiliar mudanças para interrupção do uso de SPA. Também, se alicerça em aspectos/princípios religiosos para focar na cura. Esta vinculação traz questionamentos sobre a função desse serviço: seria uma instituição religiosa ou um equipamento voltado para saúde? Ou, ainda, seria uma abertura para comercialização de bens religiosos?

“[...]Foi parar na Crescer, fica em Vicente Pires e no Pedregal. Foi bem ruim e bom lá, os colchões eram ruins, eu fiquei lá quase dois meses. Bom porque me deixou limpo, né? Esse é o meu objetivo terapêutico. É ruim porque não tinha boas condições, né? Tinha um negócio da religião, mas aceitava quem queira[...].”(Florêncio 10)

As questões religiosas no contexto da saúde mental apontam para uma realidade importante e necessária tendo em vista que o envolvimento com a espiritualidade possibilita satisfação com vida. (STROPPIA; MOREIRA-ALMEIDA, 2008), o que se torna um contraponto, pois a visão religiosa volta-se para um modelo de saúde mental divergente das expectativas do movimento de Redução de Danos (DAMECENA *et al*, 2019). As figuras a seguir ilustram a realidade apresentada:

Figura 18 - Recorte do Rio da Vida do Florêncio 1.



Fonte: elaborado pelo coprodutor.

As CTs atuais não surgem em contraposição ao modelo doença/crime, nem mesmo se abstêm do poder disciplinar, como já pudemos demonstrar em várias partes do texto. Elas se aliam a esses modelos sustentados no paradigma da abstinência e introduzem um novo ingrediente, “a moral religiosa”. (BASTOS; ALBERTI, 2021, p. 292)

Dos 10 coprodutores do estudo, apenas quatro tiveram seus itinerários percorridos dentro de CT, alguns relataram que utilizaram não como um serviço da atenção psicossocial, mas, como um abrigo como alternativa para não ficar em situação de rua. Apenas um relatou interesse de internação. Interessante, ainda, que todos que passaram pela CT tinham seu processo de cuidados baseado unicamente na religião, enquanto os que passaram pela Redução de Danos tinham uma perspectiva mais ampliada de diminuição de risco de danos.

As CT ainda são pouco transparentes no que se refere aos manejos e processos de cuidados, mas sabe-se que adotam a abstinência dentro da coercividade e da moralidade do eixo de “reeducação” (DAMACENA *et al*, 2017, p. 50). Nesse sentido, as CT revelam o “recrudescimento do paradigma do proibicionismo alinhada a questões morais da religião” (BASTOS; ALBERTI, 2021, p. 285), o que demonstra um velho e conhecido caminho dos processos de cuidados para usuários de drogas. A CT tem função muito distante de outros equipamentos psicossociais, ao ser inserida na RAPS não evoca tecnologias de cuidados importantíssimos para os acompanhamentos, como a concepção de integralidade e a equidade. Alguns envolvidos no estudo, por terem concepção ampla de saúde, ainda influenciados pela ideia biomédica voltada para queixa-problema e cura, demonstram dificuldade em diferenciar os cuidados fornecidos pelo CAPSad e um CT. Já outros entendem perfeitamente as diferenças e estão implicados no processo de fortalecimento do serviço.

Entender os processos de cuidados nos serviços de saúde é fundamental para fortalecer os IT que atendem às necessidades de curto, médio e longo prazo. Tinham isso os usuários que descreveram a redução de danos como tratamento mais adequado, pois é um modelo que se adapta às realidades singulares de cada um, trabalha a recaída como parte do processo e dá espaço para a pessoa desenvolver estratégias mais customizadas a sua realidade, além de intermediar compartilhamento de experiências de sofrimento e de superação. Vem como contraponto às heranças do paradigma do sofrimento, mas, deslocamento da doença para uma visão que não é supressão da abstinência, mas sim de um processo de cuidados que é coberto pela redução de riscos e danos aos usuários do álcool e outras drogas. A abstinência é um objetivo possível quando as questões giram em torno dos processos de aquisição e não da abstinência em si. (BASTOS; ALBERTI, 2021). Configurando a abstinência como paradigma que está entre as práticas antidrogas articulando a “justiça, moral religiosa e o políticas de redução da forma que pode ser vista como uma direção possível e muitas vezes necessária” (PASSOS; SOUZA, 2011, p. 157).

“[...]Olha, eu já fui evangélico e do candomblé, hoje, só acredito no meu Deus. Mas eu pretendo voltar para igreja evangélica, viu? Aí eu voltei para Cristiane, para casa, e passei a trabalhar no Ifood Ia quase todo dinheiro para o vício. Tive muitas recaídas, né? E vim para aqui, foi 2017. Dessa vez que a Cristiane de novo que me ajudou e fiquei no AI e participava dos grupos quando estava internado. Os grupos ajudavam bastante. E a terceira vez foi 2018 eu fiquei de novo no AI. Sempre por um uso descontrolado e alguém me trazia para o CAPS. E

nessa época eu já percebia que era mau. Ai eu fiquei 2019 trabalhando de caminhoneiro para viajar, eu não fazia uso de nada, foi uma época boa aqui[...].” (Florêncio 5)

É por meio da política de RD que ocorre a desestigmatização do usuário de drogas como uma pessoa perigosa. O paradigma que fundamenta a RD permite olhar para a problemática e traçar maneiras de enfrentamento mediante um processo de acolhimento de portas abertas. Antes, os serviços substitutivos estavam voltados para ações e serviços baseados nas políticas de Redução de Danos, em um processo de retrocesso houve uma virada para fortalecimento para política moralista do antidrogas. O contexto de hoje aplicado no CAPSad III se mescla num paradoxo fornecido pela nova (velha) política sobre drogas. É interessante destacar que cerca de seis coprodutores tiveram experiências com Redução de Danos, seja na abordagem de rua ou nos serviços que compõem a RAPS, todas elas de forma positiva. Alguns relataram que a abordagem de rua foi essencial para conhecer outros serviços, como o próprio CAPSad.

“[...] Nessa época que era atendido no CAPS do Guará, aí teve falta de remédio, eu me desestabilizei, tive uma recaída, aí depois não deu certo e eu fui morar na rua. Nesse período tinha kombi de redução de danos e eles me levaram para de volta para CAPSad II do Guará [...].” (Florêncio 9)

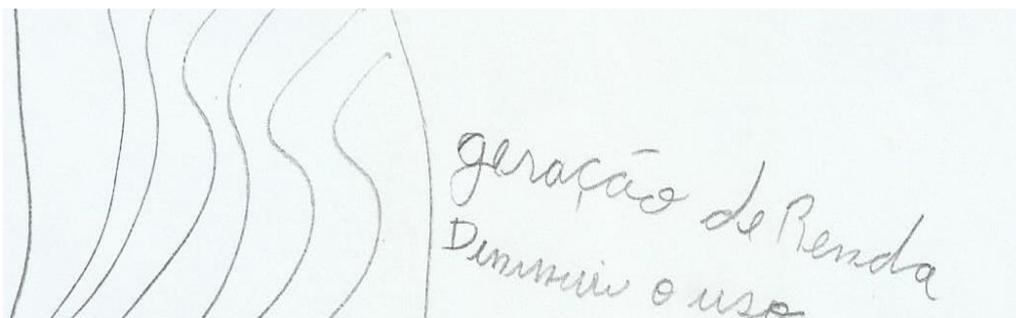
“[...] Lá no Amazonas, o trabalho era muito barato, não dava para a junta nenhum centavo e volta pra Brasília. E sempre em uso de drogas, viu? E voltei para rua, e voltei para casa do meu pai, melhor do que está na rua, né? Fui abordado pela pessoa da redução de danos e voltei de novo para casa do meu pai. Eles me trouxeram para UPA ali e depois eu vim para cá. Mas eu não consegui atendimento aqui na época, acho que não tinha vaga no AI, e não tinha profissional para acolhimento. Daí eu fui para casa do meu pai e conseguir marca consulta no CAPS e fazer o acolhimento, isso foi em 2016, tem que olhar no meu prontuário. A bebida, as drogas, maconha não faz mal, é uma mentira deslavada que faz. E isso vai de cada pessoa, assim como alguma não tem a sua memória bom ou ruim, com o contato com as drogas pode alterar ou não[...].” (Florêncio 4)

“[...] Teve três momentos aqui que marcaram minha vida, primeiro quando comecei com alcoolismo e outras drogas e morar com meus tios. Outra coisa boa foi ir ao CAPS II do Guará e de Samambaia, fui batizado na igreja evangélica. E a terceira foi o pessoal da redução de danos que ficam na rua[...].” (Florêncio 2)

Entre os desafios e enfrentamentos, surge a arte, o fazer humano através dos encontros e desencontros. Oliveira (2021), em sua pesquisa sobre “a minha arte que é cura”, afirma que saúde mental é entrelaçada pelo “re-construir” mundos, expectativas, sentimentos, caminhos, afetos, entre outros (OLIVEIRA, 2021, p. 460). Marcada pela história “oral viva do tempo como presente que aprofunda em construções de novos horizontes” (OLIVEIRA, 2021, p. 465). Marcados pelas “experiências das mudanças e traços do vivido que evocam a importância da arte em suas vidas” (OLIVEIRA, 2021, p. 468). É com esse sentido que os processos de cuidados precisam reconhecer a importância da arte para a vida, empreender um movimento para trabalhar a criatividade, elevando e expandindo suas atuações para além dos serviços dos CAPSad III. Os envolvidos no estudo relataram a sua participação no grupo de geração de renda como uma oportunidade para extrapolar a esfera de doente e desafiar o tradicionalismo e o moralismo.

“[...]O grupo de geração de renda aqui do CAPS ajuda muito. Porque as coisas que eu fazia me deixavam mais organizado e também porque eu fazia com amor e carinho, eram coisas pra crianças, sozinho e cama de casa de boneca, querendo ou não a geração é uma família, né? E tinha, eu gostava de ajudar meus companheiros, eu deixava de fazer o meu para ajudar os deles. Ajudar o próximo, meu companheiro na geração de renda era muito bom, me sentia bem com isso, sabe? Eu nem vinha pelo dinheiro, mas pelo amparo e para ficar junto deles. As terapias aqui do CAPS, todas, são boas para mim, eu aprendo muito[...].” (Florêncio 2)

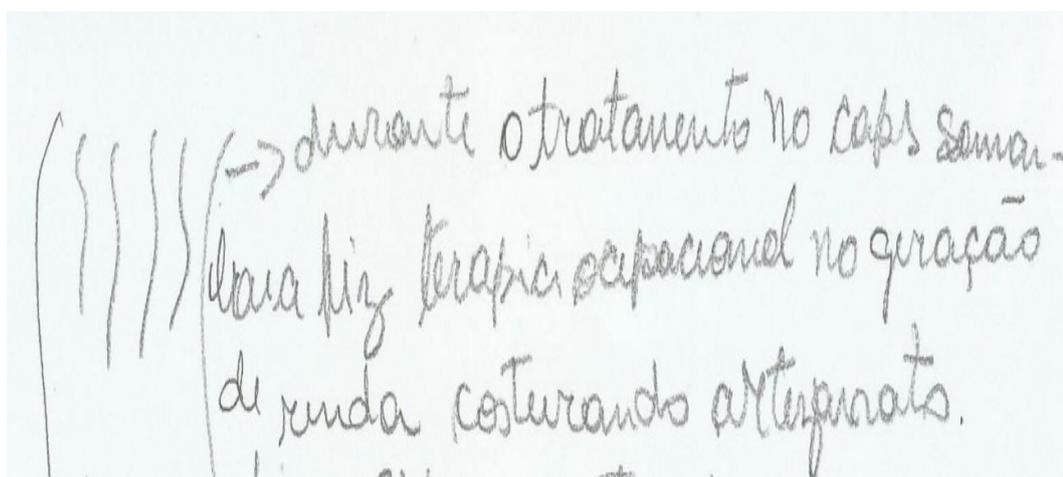
Figura 19 - Recorte do Rio da Vida de Florêncio 2.



Fonte: elaborado pelo coprodutor.

O “Feito à Mão”, nome da oficina de geração de renda, apareceu nas narrativas como potência para motivação, trabalho e identidade profissional. Esta oficina de geração de renda acontece no CAPSad III há mais de seis anos e tem como objetivo a economia solidária. Constitui um espaço para desenvolvimento de habilidades para trabalho, como também um espaço para expressividades artísticas. Para Sampaio e Ferro (2021), é também uma atividade que fortalece a “inclusão pelo trabalho ancorada na vivência de dificuldades e potencialidades próprias ao trabalho em rede, assumindo a importância da construção orgânica e humana de parcerias” (SAMPAIO; FERRO ,2021, p. 1). A educação popular, que tem o compromisso com as raízes culturais de cada território, pode contribuir com processos de cuidados por oportunizar uma “estrutura apoiadora” para empreendimentos que se sustentam não apenas pela produção e venda, mas pelo que acontece no fazer juntos e separados.

Figura 20 - Recorte do Rio da Vida de Florêncio 2.



Fonte: elaborado pelo coprodutor.

[...]O geração de renda foi muito interessante, porque eu vi que precisava melhorar muito como pessoa. Como eu nunca tive muita coisa minha, sempre morei nas casas dos outros, tudo que conquistava eu era muito apegado e isso me atrapalhou no geração de renda. Comprava uma linha eu não queria dividir com outros, e isso é mau e é errado. Mas não era o racional meu, era instintivo. Na verdade, era uma espécie de mecanismo de proteção. Porque também a organização era na economia solidária, esse lado meu me atrapalhou lá, só hoje eu via isso, e eu via na época também mas era diferente como um reflexo.

Aí eu saí, por causa disso, conflitos, eu me sentia sustentando a geração[...].” (Florêncio 9)

Contudo, os coprodutores identificaram como fragilidade a questão do trabalho, enquanto a empregabilidade é um lugar social que atende sustento e também pode ser uma posição de realização social, que está intimamente ligada à educação financeira, um processo que almeja por mudanças de comportamentos que envolvem não questões cognitivas, mas prioridades de vida de cada um. Já com relação às habilidades sociais, é uma barreira para continuidade dos processos de cuidados, o que pode ser fortalecida na formação de vínculos reais. Os enfrentamentos ficaram circunscritos ao paradoxo das vivências das abstinências e da redução de danos. O grupo de geração de renda vem como um desafio transformador da realidade, moldada pela arte, cotidiano e espontaneidade para ter uma resposta criativa diante de contexto de vulnerabilidades. Entre os encontros e desencontros restauram-se o chão, que é o sentido para se fazer, sentir e experimentar.

5.3 Cartas flutuantes de cuidados: nada é para nós sem nós

“Quando andamos pelo mundo, o que conta não é a cabeça, são os pés: você tem que saber onde põe os pés; são eles os grandes leitores do livro do mundo, da geografia. Não é sobre a cabeça que se anda, os pés são o lugar da recepção. Trata-se de ficar de pé, de fazer uma distribuição do tônus para ir a algum lugar, mas é com os pés que se vai, não com a cabeça” (François Tosquelles).

As cartas flutuantes surgem com o interesse de identificar os equipamentos percorridos nas buscas por cuidados pelos coprodutores. Fazem referência simbólica à cartografia social, por se tratar de uma construção representativa dos “sujeitos mapeadores” à luz de uma “cartografia participativa” motivada pelos “processos autônomos”, que são os elementos de legitimidade para compor os processos de territorialização e para o reconhecido potencializados pela realidade “sociopolítica de apropriação social dos limites do sujeito histórico” (ACSELRAD, COLI, 2028, p16). Tendo em vista o caminhar consciente geográfico oriundos das experiências e dos desejos de cuidados individuais e coletivos, tem a proposta de construir mapas vivos que integram um mosaico de saberes imergido pelas experiências e concepções de saúde em saúde

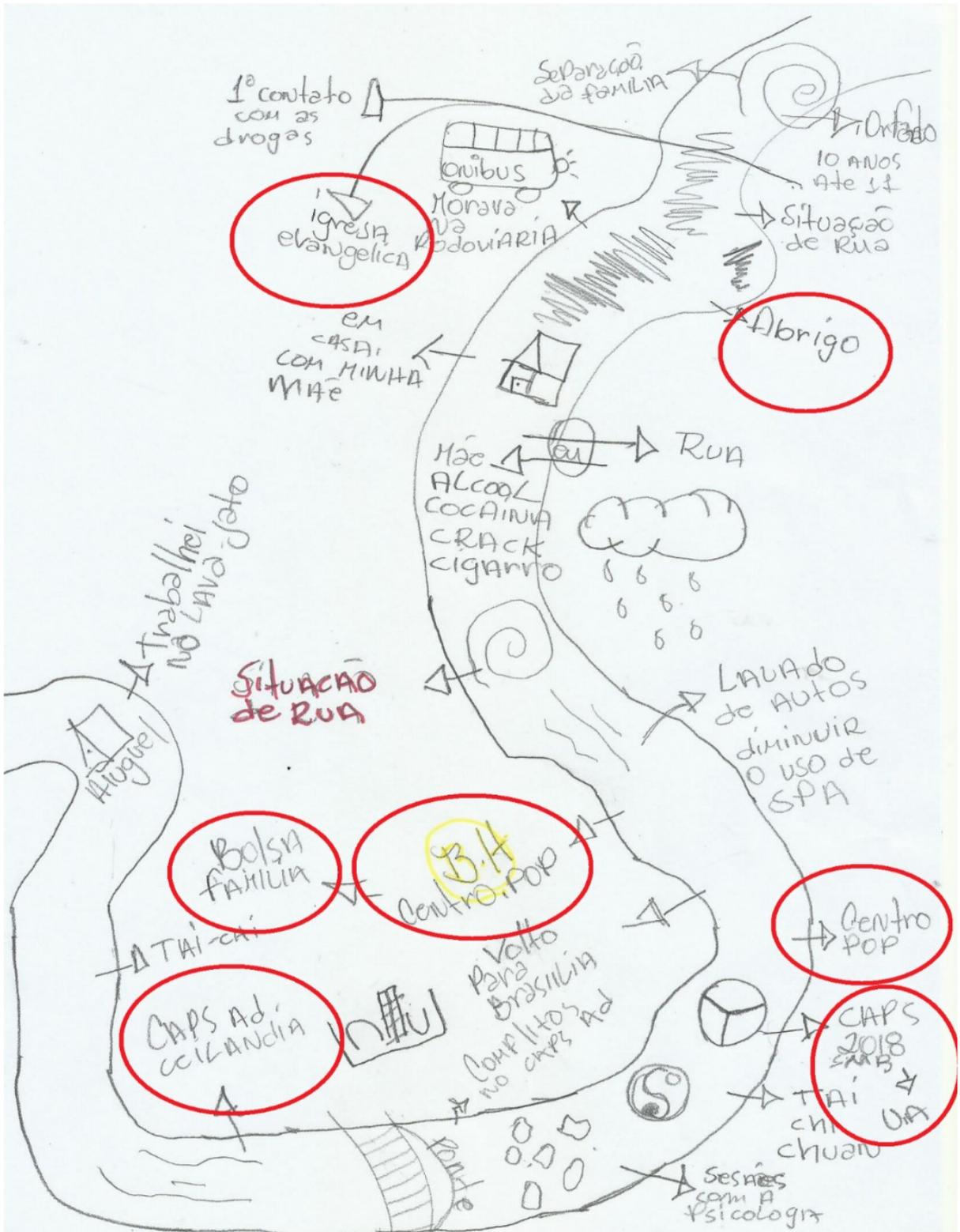
mental. Como forma de exemplificar, na figura a seguir, é possível identificar para além da linha histórica da pessoa, os serviços/equipamentos que estiveram presentes para suprir o desejo de cuidados, sejam eles informais ou formais.

E a RAPS se compõem como um espaço que reúne diversos tipos de serviços e de saberes em diferentes níveis de atenção, que estão em constante movimento. Estes processos de cuidados são incorporados aos equipamentos pelo compartilhamento das ações e serviços criados para se adequar a cada realidade singular, um mapa organizativo de cuidados formais e informais que existe para acompanhar os ciclos de buscas de cuidados, que tem a premissa de alcançar os interesses dos trabalhadores conciliados aos desejos de cuidados dos usuários. Nessa perspectiva, é fundamental a figura centralizadora dos usuários dos serviços de saúde mental. A estruturação de umas RAPS antimanicomial favorece maior autonomia dos usuários da saúde mental e com isso gera oportunidade de efetivação de integralidade e acesso universal.

A figura 21 é um exemplo de mapa de cuidados estruturado nas dimensões da RAPS. O coprodutor enxerga os equipamentos para além de sua condição de saúde, abre, para muitas questões relacionadas e, algumas delas, com o território. Nesse em questão, está marcada a igreja como um aparato que não só abrange as questões espirituais, mas, da sua maneira, promove integração social. Assim como o abrigo, que foi identificado como um importante suporte transitório de cuidados os Centro Pop e CAPSad aparecem em momentos diferentes e vinculados a territórios diferentes. Condição recorrente com as pessoas em situações de rua.

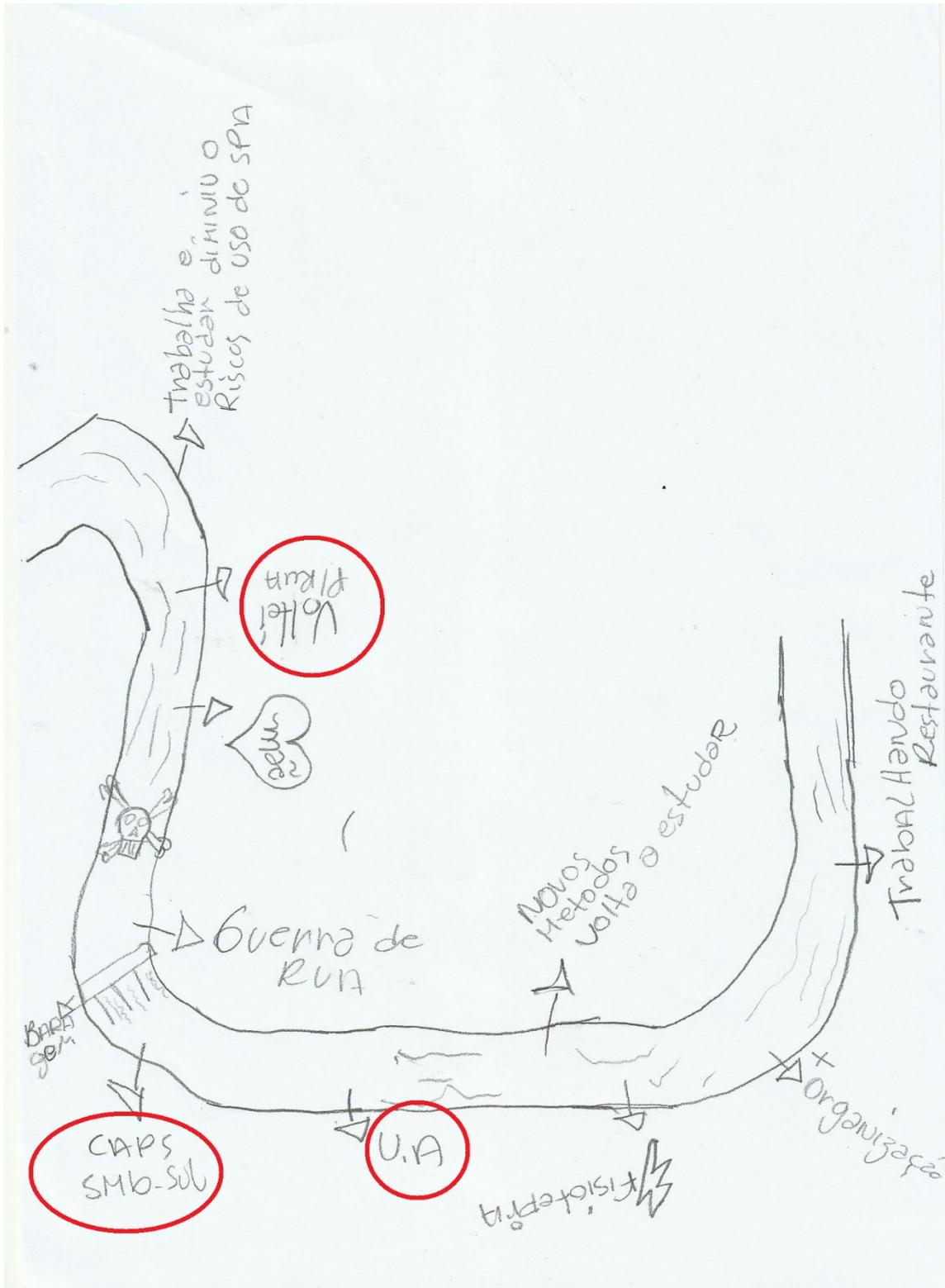
Mostra que os interesses de buscas de cuidados estão condicionados a cada serviço. Mesmo quando são equipamentos regidos pelas mesmas políticas de saúde. Destaca-se a rua, demarcada em vermelho, como também um equipamento para esse coprodutor, que se enxerga vivendo e convivendo nesse ambiente. Novamente, o CAPSad tem o olhar capturado pelo coprodutor, no círculo vermelho, sendo possível afirmar que o serviço permite que o próprio usuário maneje seu PTS a partir do seu interesse de ser cuidado. A UA também foi destacada, pois, nesse caso específico favorece as intencionalidades do CAPSad.

Figura 21 - Rio da Vida Florêncio 3.



Fonte: elaborado pelo coprodutor.

Figura 22 - Rio da Vida Florêncio 3.



Fonte: elaborado pelo coprodutor.

O Rio da Vida, por ser uma ferramenta que se utiliza da demarcação dos acontecimentos, pode ser útil para entender as relações de estabilidade entre os serviços buscados, e nesse processo pode ser afirmado, ainda mais, a importância de alguns acontecimentos e aparecimento de outros não previstos pela rede. Assim, constituem rede formal os equipamentos já conhecidos na RAPS, os quais estão sob uma expectativa dialógica com outros pontos de atenção, previstos pela sua inserção. Já a rede informal são os serviços que não têm essa previsibilidade de compor os processos de cuidados, são evocados quando há necessidade individual ou coletiva.

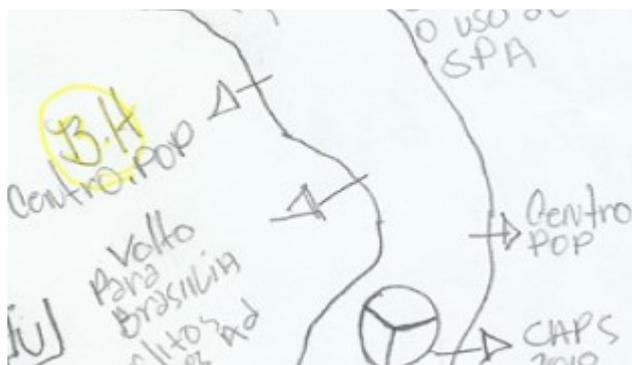
Cada território terá um aparato de equipamento diferente dos outros. A sua inserção tem a ver com a história de vida da pessoa, como quesitos sociais, espirituais, relacionais, entre outros. Eslabão *et al* (2017), em sua pesquisa sobre a rede de cuidado em saúde mental, afirmam que a rede é contextualizada de acordo com a realidade dos territórios e que gera corresponsabilidade de cuidado. A forma organizativa pressupõe também os recursos do território, que muitas vezes são aqueles de característica singular de um para outro, mas, que são indispensáveis para a integração até mesmo da rede formal (ESLABÃO *et al*, 2017).

Não se contorna os processos de cuidados em saúde mental apenas com os equipamentos dispostos na rede, é preciso extravasar as linhas de cuidados previamente estabelecidas, e tecer IT mais condizentes com realidade singular da pessoa e não do equipamento. Todos os territórios são ricos em ponto de cuidados, haja vista que Barreto e Paula (2014), no seu livro sobre a Terapia Comunitária Integrativa sustenta, afirmam que “comunidade tem problemas, comunidades tem soluções” (BARRETO; PAULA, 2014, p. 22). E são essas soluções que estruturam as cartas flutuantes de cuidados, dentro dos quintais. Ampliar a visão de processos de cuidados é fundamental para confirmação da reforma psiquiátrica, para que não sejam levantados novos muros como cobertura de equipamentos “substitutivos”. Como o duplo da doença mental que é a “condição do doente institucionalizado” (AMARANTE, 1996).

Assim, o aparecimento de pontos de rede informais pode ser uma demonstração da existência de uma rede fluida, com capacidade de modular os IT que partem da necessidade do território e da pessoa, “pois ela é um componente que fortalece a autonomia e participação das pessoas para manutenção desses espaços” (ESLABÃO *et al*, 2017, p. 5). Já a rede formal da saúde mental se estrutura ainda sob a paradigma da corresponsabilização, procurando envolver a pessoa nos processos de cuidados e tem outros que se voltam para terceirização dos cuidados.

Os coprodutores reconhecem a rede formal da saúde mental como essencial para processos de cuidados autônomos. Ao descrever os serviços, muitos estavam agradecidos pelos atendimentos. Alguns afirmam ainda que a passagem pelo serviço possibilitou acesso a outros pontos da rede, como informações sobre benefícios e como garanti-los. Dentre os serviços mais citados pelos coprodutores, o Centro Pop foi o que mais apareceu para os que estão ou estavam em situação de rua e fazendo uso problemático de drogas. A formação de vínculo, por meio de acolhimento individualizado a cada demanda, foi visto nas narrativas como elemento importante para a adesão aos processos de cuidados. Tendo em vista a promoção de relações de “solidariedade colocando a pessoa como protagonista de suas existências, saúde e sobrevivências” (PINHEIRO; POSSAS, 2018, p. 40).

Figura SEQ Figura * ARABIC 23 - Recorte do Rio da Vida de Florêncio 3.



“[...]E pelo Centro Pop eu consegui o Bolsa Família, quando estava em BH e também recebi Auxílio Emergencial, gastei tudo com droga e besteiras. E eles falavam direito para eu conhecer o CAPS, aí teve um dia que eu resolvi vir[...].” (Florêncio 3)

Fonte: elaborado pelo coprodutor

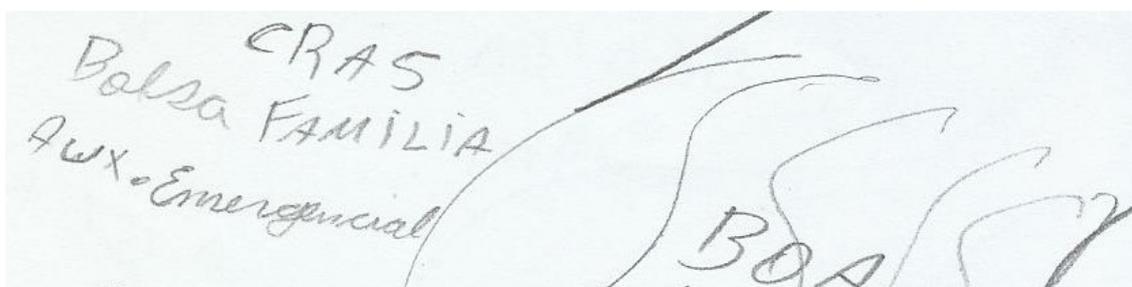
Pinheiro e Possas (2018) problematizam em seu estudo “Centro Pop: uma política pública que incomoda” a importância deste equipamento tendo em vista a trama de causalidades que levam a pessoa ficar nessa situação, que se relaciona com o desemprego, desilusões amorosas, álcool e outras drogas, entre outros, que hoje é vista como uma política que ultrapassa estigmas e discriminações. Mesmo sendo um equipamento que desloca críticas pela sociedade em geral, o Centro Pop se fortalece pelas necessidades de quem precisa do serviço. Mais que isso, é trabalhar o olhar social para variações de condições de existência de vida (PINHEIRO; POSSAS, 2018). O CRAS também forma equipamentos das políticas de desenvolvimento social citados pelos coprodutores, tendo

em vista os benefícios do Bolsa Família e Auxílio Emergência em decorrência da pandemia pela covid-19.

Vicente Neto e Silva (2018) ratificam que a RAPS além de ser uma rede permeada por outros equipamentos não previstos, precisa ser marcada pela fluidez da intersetorialidade, sinalizando para IT mais potentes para melhoria da oferta e garantia dos direitos, do mesmo modo que o CRAS se insere como equipamento de oferta de serviços socioassistencial para pessoas em vulnerabilidade, contemplando a população em uso problemático do álcool e outras drogas. Isso pressupõem uma variabilidade de ofertas de serviços aos quais os próprios buscadores podem amarrar àqueles que correspondes seus dilemas de processos de cuidados. No entanto, os IT precisam ser mais destacados e não os serviços, sendo intersetoriais para que possam fluir nas redes do diálogo e de proteção dos direitos. A narrativa do Florêncio 5 a seguir reflete um pouco sobre esse processo de busca, compondo um rio fluindo de correntes boas, assim como as descritas pelo Florêncio 6.

“[...]CRAS já fui já! Mas só para ver esse negócio de benefício do Bolsa Família e o Auxílio Emergencial. Ai eu não vou no centro pop e nesses negócios ai não[...].”(Florêncio 5).

Figura 24 - Recorte do Rio da Vida de Florêncio 6.



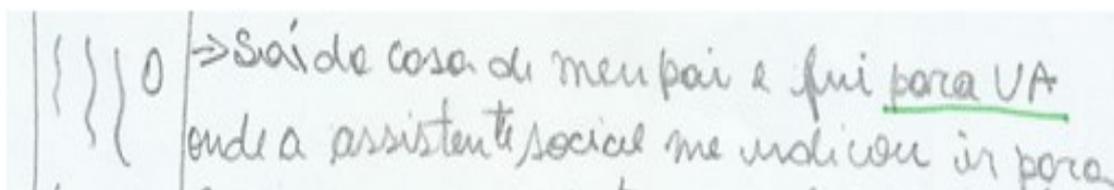
Fonte: elaborado pelo coprodutor.

Ainda percorrendo os equipamentos, o CAPSad foi o equipamento mais citado pelos coprodutores. Talvez por já estarem vinculados aos serviços, muitos expressaram grande gratidão e corresponsabilidade de promover seus próprios cuidados incentivados pelo serviço. Foram destacados a oferta de acolhimento integral, oficinas de Práticas

Integrativas e complementares em saúde (PICS) e a Unidade de Acolhimento Transitório (UA).

Almeida e Cunha (2021) descrevem a UA como um serviço de saúde com caráter residencial, destinado a pessoas que fazem uso problemático de drogas, que estão inseridos no modelo psicossocial, “uma modalidade de cuidado que se contrapõe a lógica de confinamento e proibicionismo das CTs, além de facilitar a relação entre a comunidade e os usuários de SPA” (ALMEIDA; CUNHA, 2021, p. 105). Tal fato é corroborado pela descrição dos envolvidos no estudo quando citam a UA como importante para a reinserção social em liberdade.

Figura 25 - Recorte do Rio da Vida Florêncio 9.



Fonte: elaborado pelo coprodutor.

A UA integrada ao CAPSad de Samambaia oferece um serviço que alido às atividades desempenhadas pelos serviços, garante o direito à moradia, convivência familiar e social e ainda assegura a singularidade das pessoas (ALMEIDA; CUNHA, 2021, p. 107). A narrativa a seguir mostra a integralidade entre os serviços:

*“[...]E aqui fui pro acolhimento integral, fiquei lá uns 7 dias e pedi para me colocar na UA. E um grupo que gostei muito, foi o seu Tai chi chuan. E depois eu fui ao CAPSad de Ceilândia e lá era um cara. Eu arrumei uma guerra aqui, mas, eu queria continuar o tratamento e me colocaram no CAPSad de Ceilândia, eu fui fazer Tai chi chuan lá[...].”
(Florêncio 5)*

O CAPSad foi repetidamente citado pelos coprodutores como um serviço de portas abertas. Não apenas uma vez, mas, várias vezes. Relataram que a qualquer momento se pode contar com serviços do CAPSad, mesmo quando não “aderem” os processos de cuidados. Nesse caso, o serviço também é visto como saída para situações problemáticas. Os coprodutores relatam que o CAPSad de Samambaia é um lugar onde eles são vistos e cuidados, respeitando seus dilemas e concepções, mas ainda têm um

lugar para onde voltar quando as coisas apertam, é fundamental para fortalecer os cuidados em saúde mental. Muitos desses indivíduos estão com vínculos familiares rompidos e outros já não têm contato com a família há algum tempo. É interesse que um serviço cumpra esse papel de extensão familiar. Como pode-se ver na Figura 26, que representa o CAPSad aberto para pessoas, questões, cuidados etc., e na narrativa, o apressa pelo serviço.

“[...]E hoje o CAPS para mim é como uma família, não importa o que eu faça lá fora. Quando eu estou bem eles estão comigo e quando eu estou mal eles me colocam para cima, me ajuda, me acolhe[...].”
(Florêncio 2)

Figura 26 - Recorte do Rio da Vida Florêncio 2.



Fonte: elaborado pelo coprodutor.

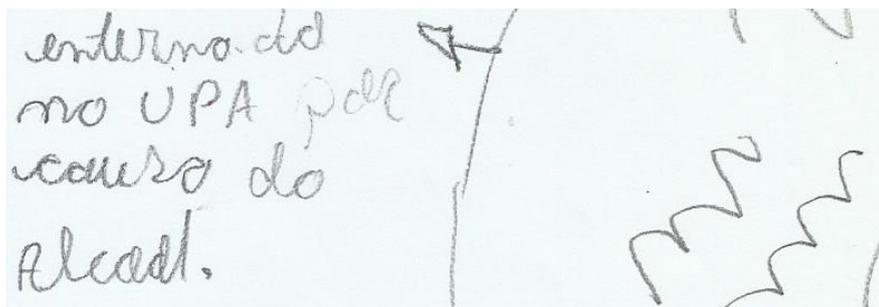
“[...]Porque eu já conhecia as pessoas aqui e pensei que ia ter mais sossego e tinha UA. E seria uma oportunidade de criar objetivos na vida e não sair por aí não arrumando mais problema, entendeu? E dessa vez vi que estava precisando bem mais do que da primeira vez. Porque a primeira vez que estava mais na questão de droga e nessa segunda vez eu estava muito, muito vulnerável, com risco de vida. Se eu continuasse num ritmo que estava, tinha morrido já. Precisava de um freio[...].” (Florêncio 4)

“[...]Quando eu cheguei já fui acolhido pelo assistente social. Explicou tudo para mim tal e tal e quando foi no outro dia eu passei pela psicóloga, aí explicou para mim assim, assim é assado. E foi uma corrente maravilhosa, o CAPS para mim. Eu comecei fazendo o diurno, eu não sabia que almoçava, tomava café. Sabia de nada, era leigo de tudo aqui. E com o passar do tempo eu comecei a fazer artesanato, geração de renda[...].” (Florêncio 10)

Os hospitais gerais que também constituem serviços substitutivos da reforma psiquiátrica apareceram nas narrativas como um lugar para situações de crise. Hospitais psiquiátricos também aparecem de forma crítica, mediante o relato de condutas que fugiam do esperado pelo coprodutor. Em contrapartida, os CAPSad destoavam dessas realidades. Eram anunciados como sendo um serviço que se adequava ao que eles procuravam como processo de cuidados. É notória a vinculação do entendimento acerca da abordagem dentro do paradigma de atenção de saúde mental nas narrativas, como a busca de atendimento nas Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

*“[...]A primeira vez foi no HRT que fiquei internado e depois fui parar no HSVP. Mas foi porque eu tive um surto aí. Depois eles encaminharam para o CAPS. Oh, para mim no HSVP não foi bom não! Principalmente por causa do tratamento que combina com a gente não, porque eles querem obrigar! Eu discutia com vigilante lá, quase que sair na porrada com ele. Eu fiquei no isolamento, isso tudo em uma semana. Aí eu vim embora para casa, aí estava no mesmo jeito e vim andando, andando e vim para aqui. A sorte que fui internado aqui[...].”
(Florêncio 2)*

Figura 27 - Recorte do Rio da Vida Florêncio 7.



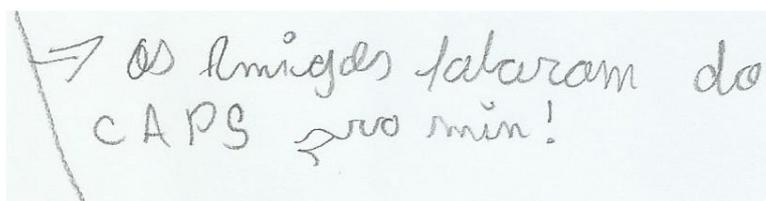
Fonte: elaborado pelo coprodutor.

“[...]Eu nunca usei tanta droga como foi essa época. Eu trabalhava, mas gastava com amigos, bebida, amigo. Teve um dia que tomei tanto que passei mal e fui internado na UPA. Aí o povo de lá mandaram eu vir para cá! E tinha um amigo que me disse para eu procurar o CAPS, que lá era bom e tinha tratamento. Foi nessa internação que comecei a ver que estava me fazendo mal. Eu pensei muito em casa e revolvi vir a aqui, sozinho. Eu fiquei quase cinco dias esperando vaga para internação no AI. Teve um dia que revi minha namorada, e ela não sabia que eu estava esperando vaga no CAPS. Aí não dava certo com meu padrasto, bebia muito e ficava doidão. Ele também bebia eu tive

que morar na rua, o Leo aqui do CAPS que me dava lanche[...].”
(Florêncio 3)

Ressalta-se o vínculo dos usuários com trabalhadores do CAPSad, um serviço feito a muitas mãos para muitas mãos; um cotidiano de serviço no qual se encontram muitas pessoas com diversos tipos de situações problemáticas necessitadas de trabalhadores comprometidos com a realidade. Os coprodutores foram unânimes em relatar o apoio e o acolhimento recebido no serviço como de excelência. A figura 28 a seguir marca a indicação do CAPS pelos outros usuários do serviço para coprodutor da pesquisa. Na narrativa, ressalta-se o CAPSad sempre como alternativa por mais que os coprodutores estabeleçam outras correntes, há sempre um que os leva de volta ao CAPSad.

Figura 28 - Recorte do Rio da Vida Florêncio 7.



⇒ Os amigos falaram do
CAPS pro mim!

Fonte: elaborado pelo coprodutor.

“[...]No CAPS diminuí muito o uso das drogas, mas aí eu me casei de novo e me separei e caí de novo nas drogas sem parar. Porque a separação mexeu muito comigo e era todo dia, foi a pior recaída. E fui afastado de novo do emprego e estou até hoje. E dessa última vez que me internei foi numa casa de recuperação, instituto crescer, eu fique por oito meses, e eu me afastei desse CAPS aqui e eu fui atendido pelo CAPS de Santa Maria[...].” (Florêncio 7)

“[...]Achei bom aqui, antes que só pensasse em beber e beber, ficando aqui no CAPS eu vi que posso controlar isso e estou sem beber, porque meu objetivo aqui é parar de beber e estou no caminho, e vou chegar lá[...].” (Florêncio 9)

Figura 29 - Recorte do Rio da Vida Florêncio 3.



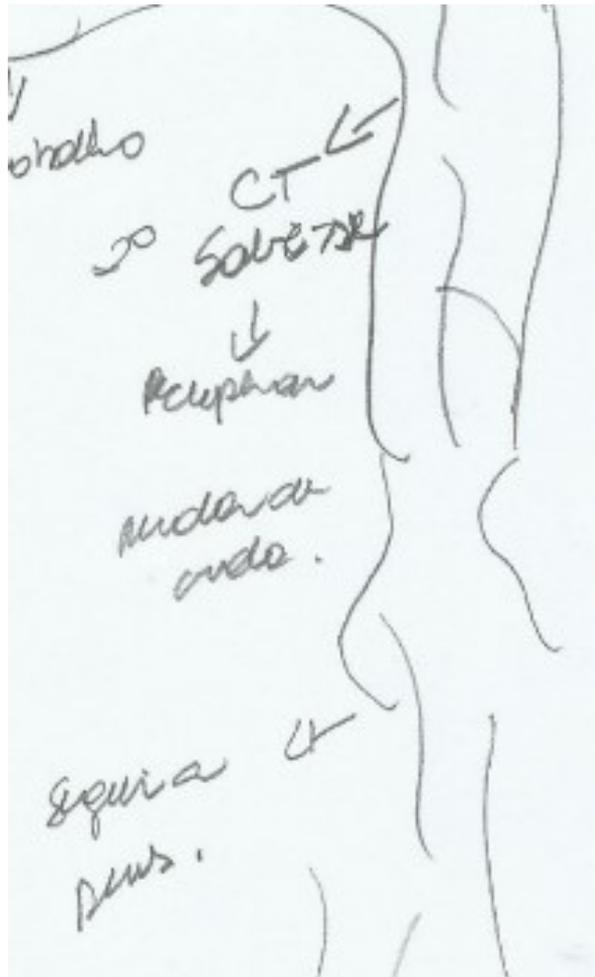
Fonte: elaborado pelo coprodutor.

As políticas de Redução de danos estiveram presentes nas narrativas vinculadas aos serviços dos CAPSAd, como da abordagem de rua. Para os usuários coprodutores deste estudo, o CAPSAd foi fundamental para amenizar os efeitos negativos do uso álcool e outras drogas. As críticas que apareceram estavam relacionadas com a infraestrutura e baixa cobertura de profissionais no serviço, e não à concepção ou abordagem de saúde mental. A narrativa a seguir demonstra a linha de pensamento do coprodutor diante dos serviços ofertados por um CT, voltado para uma visão de busca de cuidado atrelada à religiosidade. Já a figura 30 representa o caminho que se deseja percorrer. O coprodutor descreve como desejaria que acontecesse seu processo de cuidado pautado nas concepções da CT.

“[...]As drogas destroem e roubam seus sentimentos, você não tem prazer pela sua companheira e ela pode te estimular do jeito que for e não vai. Destrói tudo, lares, pessoas, acaba com bens e acaba com tudo. É uma coisa que eu queria que ninguém passasse. Eu fico às vezes perguntando pra Deus, “o que eu fiz e que pecado foi esse que eu tenho que carregar e que tenho que pagar por isso?” Mas não tem como não dizer que prazeroso, o pecado é bom! Associo às drogas ao pecado. Mas depois vem as cobranças, né[...]?” (Florêncio 6)

“[...]Meu foco agora é só cuidar do meu filho, voltar para minha mulher, tia! E voltar para minha vida como era antes. Eu era um cara gente boa, acordava cedo para trabalhar, levava minha mulher na parada. Eu vou para clínica de reabilitação, Salve a si lá penso em me recuperar mais ainda. É mais de boa é uma chácara tem até mulher. Aí dar para eu mudar de vida, tia! Eu falo assim é porque está no meu coração mesmo, seguir a Deus. Viver na benção, do lado de Deus é maravilhoso, né tia[...]?” (Florêncio4)

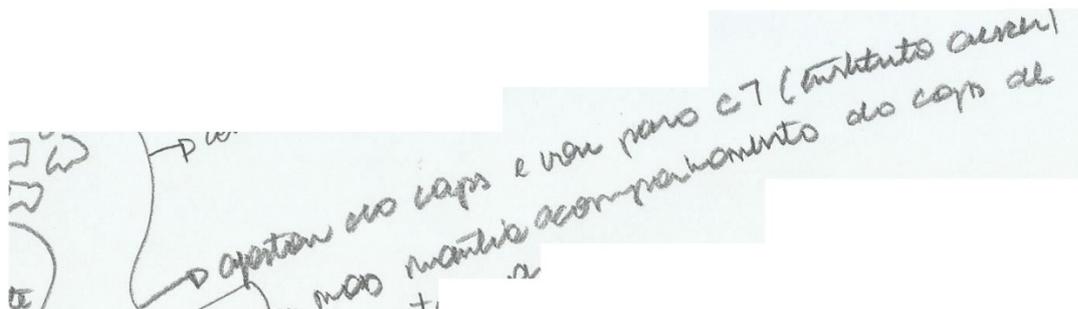
Figura 30 - Recorte do Rio da Vida Florêncio 4.



Fonte: elaborado pelo coprodutor.

Os coprodutores, em sua maioria dizem não acreditar nos processos de cuidados das CT, um contingente pequeno diz acreditar e de ter experiências boas. Ressalta-se que pelo viés da singularidade, vão ter pessoas que vão preferir serviços como esses e isso não é um retrocesso, é a maneira como a pessoa desenha o Rio da Vida, inspirado em acontecimentos que o levaram até esse serviço. Por isso, é importante validar essas decisões. O que não se pode fazer é limitar o acesso e as informações sobre outros serviços como do CAPSad como mais uma ou a oportunidade de cuidado. A pessoa ao desenhar o seu Rio da Vida, coloca todas as suas experimentações de vivências e reverbera na maneira como vão se portar perante as suas próprias decisões. E dessa maneira os coprodutores afirmam o seu lugar dentro da sociedade e em convivência.

Figura 31 - Recorte do Rio da Vida Florêncio 8.

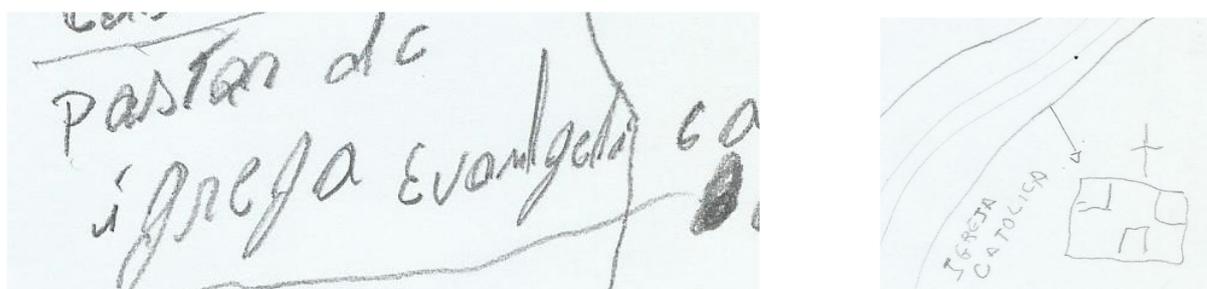


Fonte: elaborado pelo coprodutor.

A igreja foi um serviço informal que apareceu em todas as narrativas dos coprodutores. Não há como negar um vínculo forte como esse, aparecendo como um lugar onde se promove a esperança e a transformação. Muitos a relacionaram como um lugar de manifestação da fé, mas também como um lugar de desenvolvimento pessoal e de ampliação de rede social, a partir da formação de vínculos comunitários. A igreja surge como um lugar de proteção, pela sua ascensão social, de caridade, estruturação de parceria e de ajuda mútua.

"[...]Igreja católica, e porque é o seguinte na minha crise(ressaca) eu fico muito desanimado. E o meu negócio é só ficar deitado descansando para me recuperar. E fico assistindo só televisão para tirar o foco no uso, porque é momento também de reflexão e só saio para comprar comida. Eu não como nada quando estou bebendo, nadinha e no outro dia eu não sou ninguém[...]." (Florêncio 7)

Figura 32 - Recortes dos Riso da Vida de Florêncio 5 e 3.



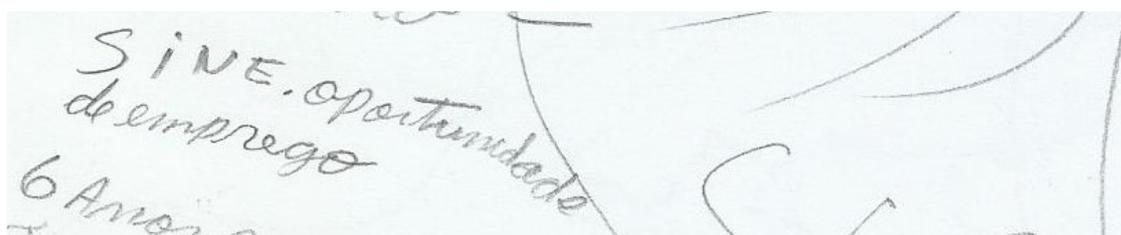
Fonte: elaborada pelos coprodutores.

Os coprodutores descreveram esse relacionamento de duas formas: o primeiro com sentido de espiritualidade, que é a busca pelo sentido de vida voltado para um relacionamento com o transcendente, com objetivo de superação de si mesmo; e o segundo, como a religiosidade tem a ver com adesão às práticas e dogmas, está relacionada com a doutrina de um grupo (BATISTA, 2020). Há também, ainda não tenha aparecido no discurso dos coprodutores, o tratamento moral imposto pela igreja vindo do próprio movimento antidroga, que acredita em intervenções higienistas e na exclusão social.

Outro serviço que apareceu foi o Sistema Nacional de Emprego (SINE) que está relacionado à busca de emprego, tendo relevância significativa nos desenhos do Rio da Vida dos coprodutores. Muitos utilizavam o serviço para engajamento de propostas de emprego, sendo uns do maior serviço público de empregos no país. A narrativa abaixo confirma a importância do serviço nas cartas flutuantes de cuidados.

“[...]E de lá para cá sempre ia para o SINE e fiz uma porrada de entrevista. Mas o que empata mesmo é o trabalho meu é idade e minha profissão. Eu sou metalúrgico e aqui em Brasília, não tem. Em plena capital federal não tem metalurgia. Se eu fosse um cara mais novo e tivesse outra profissão já estava empregado, porque eu tenho estudo, ensino médio completo[...].” (Florêncio 1)

Figura 33 - Recorte do Rio da Vida do Florêncio 1.

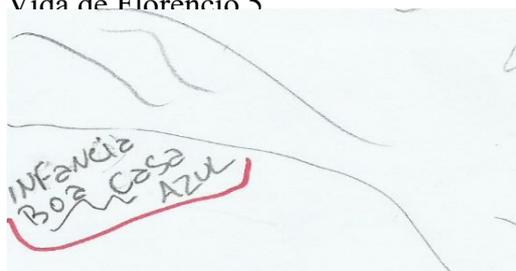


Fonte: elaborado pelo coprodutor.

As organizações sociais também surgiram nas narrativas das cartas flutuantes. Uma delas é a Casazul, uma instituição voltada para o acolhimento de crianças e adolescentes em vulnerabilidade social, que tem o objetivo de promover inclusão social

e o fortalecimento de vínculos familiares, com filosofia de foco nos desejos e inspiração para concretização de sonhos. Tem um compromisso com a responsabilidade social, a valorização das pessoas, a integralidade, além de excelência e amor no que faz (A ASSOCIAÇÃO..., 2021). A narrativa a seguir confirma o serviço dentro das cartas flutuantes de cuidados, assim como o desenho no Rio da Vida.

Figura SEQ Figura *
ARABIC 34 - Recorte do Rio da
Vida de Florêncio 5



"[...]Quando eu era pequeno eu ia na Casa Azul. E hoje minhas irmãs estudam lá também. Foi antes de tudo de ruim acontecer[...]." (Florêncio 5)

Fonte: elaborado pelo coprodutor.

"[...]Ah, eu me lembro que na Casa Azul é muito de boa, eu fazia percussão, bateria e fazia apresentações na esplanada e no parque da cidade. Eu gosto de tocar música. E ela dá uma força para minha mãe com minhas irmãs. Lá no final do ano tinha presentes, ganhava roupa, material escolar, coisas que meus pais não podiam me dar. Eu penso se que eu não tivesse saído da Casa Azul eu era mais de boa. Se não tivesse escolhido o caminho da droga e terminado meus estudos e pensado direitinho no meu futuro, porque antes eu não pensava assim não[...]." (Florêncio 6)

Outra instituição a aparecer nos relatos dos coprodutores é o Centro Salesiano de Aprendiz, um serviço não governamental que tem a proposta de qualificação para o primeiro emprego. Hoje está presente em três estados: Minas Gerais, Goiás, Espírito Santo e o Distrito Federal. Assim como SINE que está relacionado ao emprego, o Centro Salesiano de Aprendizagem direciona jovens para o primeiro emprego, com ofertas cursos para inserção social pelo trabalho. A narrativa abaixo destaca a importância do serviço no cotidiano dos coprodutores.

"[...]Aí minha tia disse que o CESAM tinha me chamado para menor aprendiz e eu fui trabalhar na câmara dos deputados, era auxiliar de escritório. Eu recebia um salário-mínimo e ajudava em casa[...]." (Florêncio 5)

As cartas flutuantes descritas pela vivência dos coprodutores trouxeram um aparato de serviços elencados na rede e fora dela. Fica nítido a conformação de uma rede permeada pela construção de IT singulares, favorecida pela comunicação entre os serviços e usuários. E são nessas interligações que se constituem as redes, a cartografia participativa, que acompanha os processos e não apenas o produto, olhando para território como um lugar de existência e não neutralidade. Nota-se na narrativa a seguir, uma representação de mapeamento participativo dos serviços demarcados pelo coprodutor autônomo, relevando fluidez e permeabilidade na caminhada de buscas de cuidados articulando-se entre os serviços para alcançar seus desejos de busca.

“[...]Foi boa, fiz o acolhimento e fui encaminhado para as terapias. Eu participava da terapia em grupo com a psicóloga. Aí eu cismeí de sair da casa do meu pai e fui parar na UA, e eu fiquei seis meses. Aí tinha uma psicóloga que me disse que tinha um curso de pintor lá no IFB. Aí eu comecei a receber dinheiro, do Pronatec, para alimentação e abriu um curso edificações e me inscrevi nesse também, e comecei a receber o auxílio permanência. Nesse mesmo período uma assistente social me indicou procura o CRAS para dar entrada no auxílio aluguel e consegui e passei um ano recebendo e sair da AU e passei a morar sozinho de aluguel. Eu sempre trabalhava, esporadicamente ou não. Mas dez reais não de quem bebe não é a mesma coisa de quem não bebe, né? Quem fuma compra uma carteira de cigarro e foi e quem não fuma como dez vezes no restaurante comunitário. Essa é diferença de quem bebe e não bebe, e eu desci não beber[...].” (Florêncio 7)

O Rio da Vida a seguir, como na narrativa anterior, é um exemplo das buscas de cuidados que acionam vários serviços da rede formal e informal. O IT perpassa serviços de lógicas de saúde mental paradoxal, dentro do cotidiano deste coprodutor. Há destaque para CAPSad, assim como para os benefícios sociais – por exemplo, o auxílio emergencial –, um verdadeiro mapa vivo do cuidado, que de forma transversal rompe com paradigmas e verdades absolutas, porque as cartas representam os serviços utilizados, ou seja, os serviços que são evocados pela necessidade de cuidados.

Figura 35 - Recorte do Rio da Vida Florêncio 1.



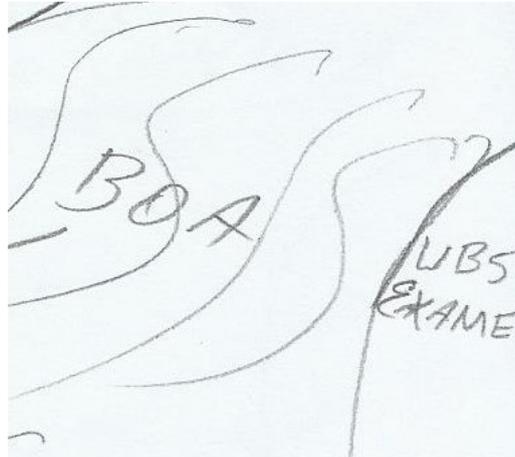
Fonte: elaborado pelo coprodutor.

Um outro serviço que apareceu nas construções do Rio da Vida foi Unidade Básica de Saúde (UBS). Sendo porta preferencial de entrada do SUS, foi citada para realização de acompanhamento preventivo de risco de uso de drogas. Os coprodutores identificam o serviço como importante acompanhamento para realização de consultas e exames laboratoriais. A visibilidade do serviço no contexto dos coprodutores pode ter sido viabilizada pelo matricialmente entre as equipes, uma metodologia de trabalho que dispõe de especialista na retaguarda para suporte em casa específicos e complexos. O acesso a UBS complementa as ações serviços promovidas pela saúde mental, além de desmitificar processo de estigmatização e marginalização, colocando a pessoa num processo de autonomia (MARTINS; BUCHELE; BOLSONI, 2021).

O resgate da autonomia que está na dimensão da singularidade de cada pessoa, promove cuidado em liberdade. A UBS também divide o papel com os CAPSad de se corresponsabilizar pelos processos de cuidados de manejo no nível da atenção primária. A figura do Agente Comunitário de Saúde configura a promoção de ações mais estreitadas com a comunidade, o que pode facilitar na construção de IT mais condizentes com as

realidades. Além disso, presta auxílio para família junto com acompanhamento já previsto pelo CAPSad.

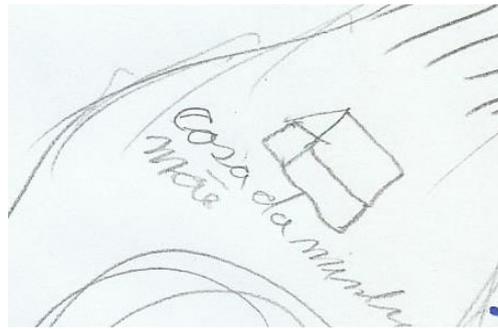
Figura 36 - Recorte do Rio da Vida Florêncio 2.



Fonte: elaborado pelo coprodutor.

Tendo em vista a perspectiva do CAPSad, que é a reinserção social e fortalecimento de vínculos sob a construção de apoio e incentivo para promoção da autonomia e a cidadania, a participação da família tem sido considerada essencial para o suporte, uma vez, que o seu engajamento nos processos de cuidados possibilita a ampliação desses processos, e a torna potencial colaboradora na construção e implementação dos PTS. As questões do uso problemático de drogas devem ser pautadas pelo pensamento sistêmico das multiplicidades de fatores que possam ser envolvidos, considerando a complexidade dos processos (BORGES *et al*, 2020).

Figura 37 - Recorte do Rio da Vida Florêncio 8.

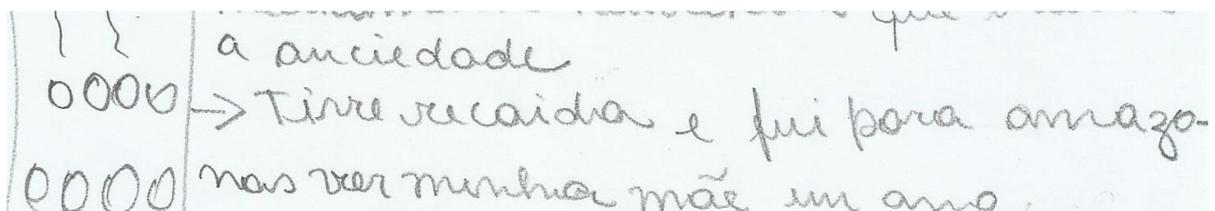


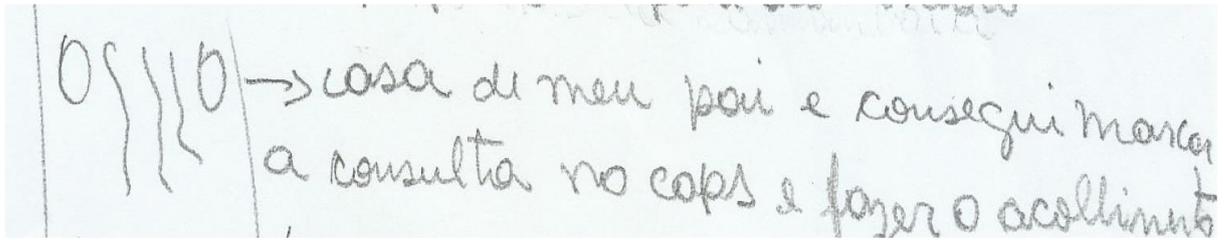
Fonte: elaborado pelo coprodutor.

Borges *et al* (2020) afirma ainda, em seu estudo, que a família é vista pelos usuários do serviço como um bem e um lugar, que remete à proteção e ao acolhimento, que se mesclam com afetividade e relacionamentos tumultuados. Os coprodutores do estudo desta dissertação afirmam que a busca pelo serviço do CAPSad se deu principalmente pelo incentivo dos familiares, não apenas pela questão do uso de drogas. Corroborando, assim, Borges *et al* (2020), que em sua pesquisa também constatou que a “procura pelo serviço esteve vinculada a outros fatores diversos não especificamente em razão do uso de drogas” (BORGES *et al*, 2020, p. 240).

A família deve ser implicada nos processos de cuidados de pessoas em uso problemático do álcool e outras drogas, assim o serviço pode se aproximar da realidade de vida da pessoa e aumentar seu escopo de atenção, uma vez que as intervenções precisam caminhar dentro da subjetividade, abrangendo os relacionamentos, vínculos afetivos e sociais, e não focar apenas no uso de drogas (BORGES *et al*, 2020).

Figura 38 - Recortes do Rio da Vida Florêncio 9.





Fonte: elaborado pelo coprodutor.

Contudo, as *Cartas flutuantes de cuidados: nada é para nós sem nós* refletiu as construções participativas de construção de mapas de cuidados feitos por muitas mãos e por quem coloca o pé no chão. Os coprodutores relacionaram vários equipamentos como pontos preferenciais de cuidados, houve uma predominância nos equipamentos já reconhecidos pelas RAPS, modelos substitutivos e formalizados. O que não desmerece os equipamentos informais relacionados pelos coprodutores.

Os equipamentos informais têm uma particularidade quanto aos formais, porque eles se estruturam pela caracterização do território, sendo comum encontrar um serviço em um lugar e em outros um diferente. As cartas flutuantes revelaram o princípio de ações e serviços centrados na pessoa, centramento esse que possibilitou caminhada, oportunidade criativa e espontaneidade de fluxos de buscas mais aproximados à realidade de desejos e formas de cuidados singulares. Por esse motivo, é importante deixar marcado nessa parte do estudo que os processos de cuidados precisam envolver os caminhantes, fazendo referência ao subtítulo de “nada é pra nós sem nós”.

5.4 Catalisadores afetivos: aprender fazendo

É fazendo que se aprende a fazer aquilo que se deve aprender a fazer.

(Aristóteles)

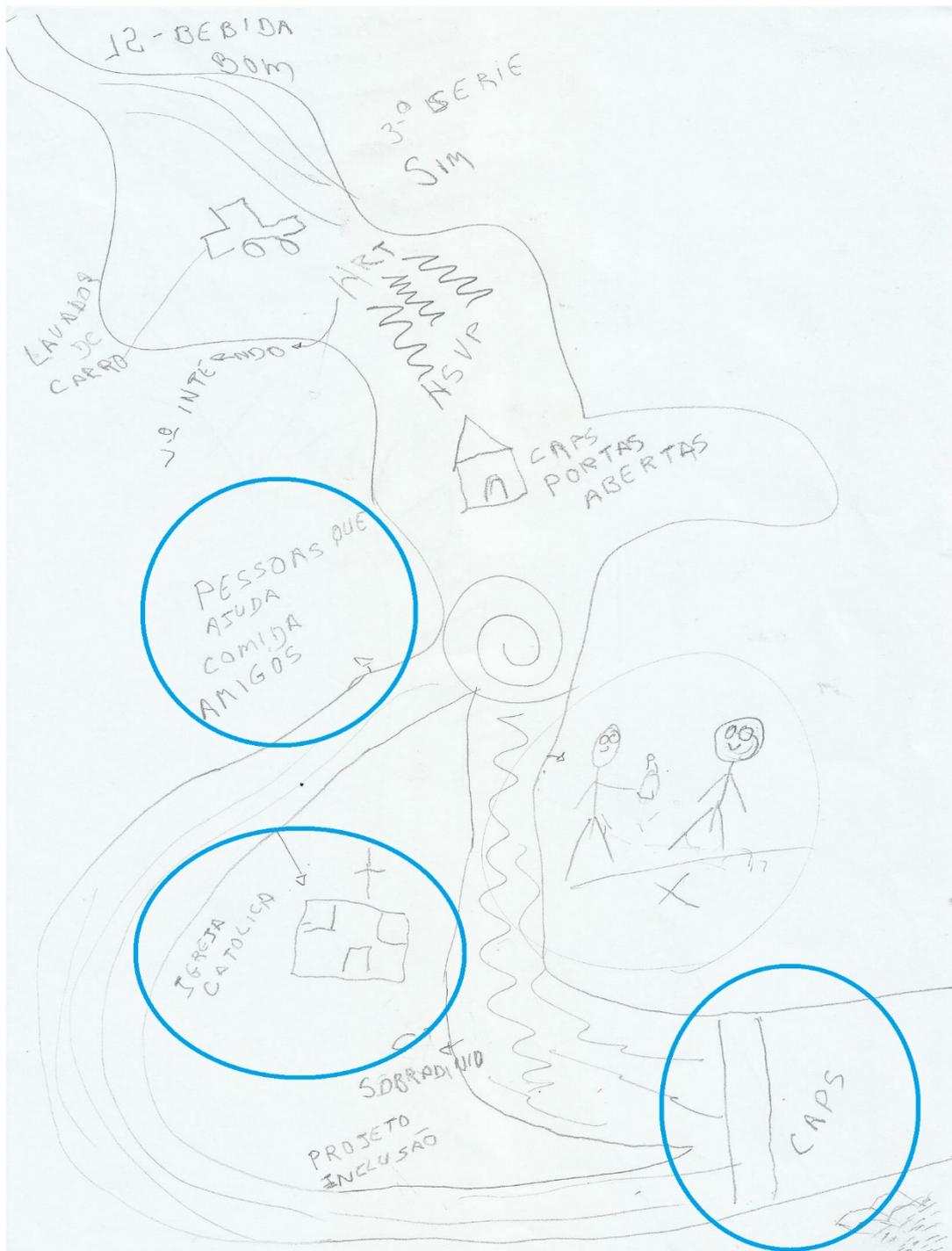
Essa categoria chama atenção para as construções próprias de cuidados em saúde mental dos coprodutores, que vem das itinerâncias produzindo estratégias e ferramentas de cuidados customizados a sua realidade. É um catalisador, porque almeja melhorar a qualidade de vida e diminuir os riscos inerentes às problemáticas do uso abusivo de drogas. É afetivo porque toca com coração, movido pelos desejos e criatividade cotidiana. Ao mesmo tempo que é ativa, pois se move e se adapta às questões singulares de cada

pessoa, por isso é um fazer aprendendo, num construir, destruir e reconstruir. Os catalisadores afetivos relevados pelos coprodutores se assemelham com as ações de promoção da saúde e prevenção de problemáticas. A promoção aqui se relaciona com processo de melhorias e visibilidades para emissão das potencialidades, protagonismo social e a valorização de todas as experiências de cuidados possíveis. A prevenção num caminho para diminuição dos danos causados pelo uso de drogas, com atenção para a integralidade da pessoa.

Fazer aprendendo está muito relacionado com os movimentos peripatéticos, o que significa abrir da clínica para fora, um modo simples e muito eficiente de criar estratégias ao caminhar, ou seja, customizando sob as realidades, experienciar o quintal. E quando os usuários abrem o território para clínica, num processo de fora para dentro? Chama-se de desinstitucionalização do cuidado, a entrada do território no posto e no CAPSad para acontecer a verdadeira noção de centralidade nos contextos, e isso envolve humildade e alteridade das equipes de saúde que coloca o seu trabalho na práxis dos cuidados. O Rio da Vida dos coprodutores revelou diversas estratégias de superação e enfrentamentos diante do contexto problemático de drogas. Essas estratégias se mesclam aos contextos já experimentados dos serviços de saúde como outros que aprendeu vivendo. É possível observar na figura a seguir a subjetividade de estratégias baseados nas comunidades, como *setting* mais importante para compor tecnologias e metodologias de cuidados em saúde mental (WALERSTIEN, 2017).

Tendo em vista os dimensionamentos que fortalecem as ações de cuidados baseados na luta antimanicomial, o sentido de promoção trabalhada aqui não está ligado ao fato de terceirizar tecnologias, mas fazer trabalho vivo. Ainda mais que no contexto álcool e outras drogas ainda existem paradigmas de prevenção, focados na coibição e promoção das políticas antidrogas. A figura 39 destacada em azul mostra as tecnologias e serviços que fazem sentido de cuidado para o coprodutor. O vínculo com amigos é tido como uma estratégia para enfrentamentos das problemáticas, sendo alicerçados pelo apoio dos serviços que compõem a sua rede de cuidado. Já a figura 40 expõem outros catalisadores aguerridos da sua vivência, como trabalho, a sua condição de saúde, a terapia e grupo de geração de renda, comum dos serviços do CAPSad. Ter a possibilidade de mesclar e reinventar tecnologias baseados na proximidade afetiva promover o viver com significado, sustentada na centralidade e na singularidade da pessoa que busca ocupações menos problemáticas.

Figura 39 - Rio da Vida Florêncio 2.



Fonte: elaborado pelo coprodutor.

Figura 40 - Rio da Vida Florêncio 2.



Fonte: elaborado pelo coprodutor.

Nesse sentido, Nise da Silveira ao pensar em processos de cuidados pautados pela liberdade e atividades também trouxe a afetividade como elemento importante nas intervenções de saúde mental mediante o fazer artístico. Essa arte servia como recurso terapêutico para promover cuidados de saúde mental mais humanizados. Hoje, o uso de atividades manuais, artísticas e artesanais se difundiu nos serviços substitutivos da RAPS, ampliando o conceito de saúde mental ao mesmo tempo que se abre para incluir a comunidade como elemento chave. A pesquisa de Silveira teve o foco nas expressividades das emoções, ou seja, no afetar-se, conjugados entres o catalisar e o inibir das relações afetivas, pois a autora acreditava que o afeto possibilita reorganização. A afetividade de Nise se tornou um sustentáculo para tecer processos de cuidados com capacidade de superar o sofrimento, se ancorando na ocupação como significado (OLIVEIRA; MELO; VIEIRA-SILVA, 2017; SILVEIRA, 1977)

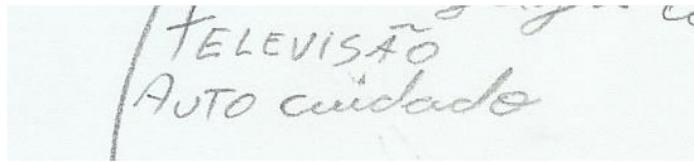
As ocupações significativas tiveram um alcance majoritário entre os coprodutores, motivadas pelo desejo de desenvolver habilidades sob a perspectiva de enfrentar algo que esteja em desordem. A construção significativa é uma das vertentes da Terapia Ocupacional que “reconhece que as ocupações não repousam em si, mas no desvelar do sentido que envolve cultura, contexto dentre outros” (MELO; DITURI; MARCOLINO, 2020, p. 356). A narrativa a seguir sugere uma construção desse tipo quando ressignifica o cotidiano a partir de atividades básicas de vida diária.

“[...] Na minha crise(ressaca) eu fico muito desanimando. E o meu negócio é só ficar deitado descansando para mim me recuperar. E fico assistindo só televisão para tirar o foco no uso, porque é momento também de reflexão e só saio para comprar comida. Eu não como nada quando estou bebendo, nadinha e no outro dia eu não sou ninguém. No outro dia, acordo cedinho faço meu cafezinho e volto ao normal minha vida, e recomeça meu autocuidado, me cuido! Graças a Deus[..].” (Florêncio1)

“[...]Não, eu sempre fiz isso! Quando eu bebo, fico muito fraco, fico me tremendo. Aí eu penso se eu passar o dia inteiro sem comer nada vai ser pior, aí, eu arrumo alguma coisa para fazer, faço meu café, cuscuz, tomo leite com meu café que eu não tomo leite puro. Eu vou me alimentando aos poucos até chegar no que eu estava antes, normal. Aí quando fico normal, beleza! Vou para o CAPS[...].” (Florêncio 2)

“[...]O meu gatilho é minha mente desocupada. Minha mente desocupada só pensa em besteira. Mas se eu tiver com minha mente ocupada fica tranquilo[...].” (Florêncio 5)

Figura 41 - Recorte do Rio da Vida de Florêncio 5.



Fonte: elaborado pelo coprodutor.

Observa-se que os coprodutores em busca das ocupações significativas corresponderam ao arco de produção de sentido da Terapia Ocupacional que é o “fazer, ser e transformar-se” por meio de atividades. Esse processo de ressignificar-se torna ainda mais importante no contexto de drogas quando há descaracterização dos papéis ocupacionais, que descarrega um valor social. Esse processo de ressignificação das ocupações vai além de uma autodescoberta para promover a existência. São condições reais para resolução de problemáticas, pois a “ocupação pode fornecer uma direção e um foco para fazer, ser e transformar-se” (MELO; DITURI; MARCOLINO, 2020, p. 359). O ocupar a mente descrita pelos envolvidos na pesquisa tem relação direta com a promoção de bem-estar, ou seja, o bem-estar ocupacional significativo, e nesse lugar também promove pertencimento e ajuda a movimentar a vida para caminhos conscientes (MELO; DITURI; MARCOLINO, 2020, p. 361).

As atividades terapêuticas desenvolvidas no CAPSad foram citadas como ferramentas importantes para compor processos de promoção de qualidade de vida. O grupo de geração de renda teve destaque entre os que participaram do grupo, o que supera as expectativas de grupo terapêutico, passando a integrar e potencializar o cotidiano de cuidados, como pode ser visto na narrativa a seguir.

“[...]O grupo de geração de renda aqui do CAPSad. Porque as coisas que eu fazia me deixa mais organizado e também porque eu fazia com amor e carinho, eram coisas pra crianças, sozinho e cama de casa de boneca, querendo ou não a geração é uma família, né? E tinha, eu gostava de ajudar meus companheiros, eu deixava de fazer o meu para ajudar os deles. Ajudar o próximo, meu companheiro na geração de renda era muito bom, me sentia bem com isso, sabe? Eu nem vinha pelo dinheiro, mas pelo amparo e para ficar junto deles. As terapias aqui do CAPS, todas, são boas para mim, eu aprendo muito[...].” (Florêncio 3)

Não apenas o grupo de geração de renda, mas outras atividades desempenhadas pelo CAPSad foram incrementadas nos modos de fazer cuidado pelos coprodutores. E assim, as pessoas vão tecendo novos sentidos formando o que poderia ser uma ação interventiva de autoria própria. A narrativa acima permite apreender a emergência de sentimentos (“amor, carinho, amparo”) e valores como solidariedade (“ajudar o próximo”) e convivência mobilizados a partir de oportunidades do trabalho grupal com propósito.

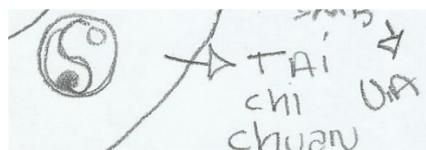
Nesses processos que reconhecemos autonomia, que só apareceu devido aos modelos de cuidados em saúde mental em liberdade e redução de danos. É possível ver essa construção de lógicas de cuidados singularizados nas narrativas a seguir.

“[...]Eu tento aplicar as coisas que eu aprendo. Dos grupos que me lembro, entendeu? Eu vou voltando às coisas, paro e aplico esses ensinamentos. Eu aprendi com um cara uma vez que a abstinência dura um certo período, ele falou para eu deitar e levantar os pés acima da minha cabeça. Pra diminuir um pouco minha ansiedade. Por exemplo, aqui nos grupos eu aprendi a desfocar dos pensamentos ruins e focar no presente, sentir o que está acontecendo ao meu redor. Pesquiso na internet. Eu parei de fumar cigarro, eu pesquisei na internet, para diminuir as coisas que atraem o cigarro, e eu fui diminuir gradativamente, e deu certo. Eu busco viver uma vida normal, porque desde os 11 anos de idade eu não sei o que é viver um ano sem usar drogas. Então dessa vez que vim para cá, decidi passar um ano sem usar droga nenhuma[...].” (Florêncio 4).

“[...]Eu participava da terapia em grupo com a psicóloga. Aí eu cismeie de sair da casa do meu pai e fui parar na UA, e eu fiquei seis meses. Aí tinha uma psicóloga que me disse que tinha um curso de pintor lá no IFB. Aí eu comecei a receber dinheiro do Pronatec, para alimentação e abriu um curso edificações e me inscrevi nesse também, e comecei a receber o auxílio permanência[...].” (Florêncio 9)

“[...]E um grupo que gostei muito, foi o seu Tai chi chuan. E depois eu fui ao CAPS de Ceilândia e lá era um cara. Eu arrumei uma guerra aqui, mas, eu queria continuar o tratamento e me colocaram no CAPS de Ceilândia, eu fui fazer Tai chi chuan lá[...].” (Florêncio 4)

Figura 42 - Recorte do Rio da Vida de Florêncio 4.



Fonte: elaborado pelo coprodutor.

As ferramentas construídas a partir dos catalisadores de afetos, cuidar de si, encontram no fazer uma qualidade de movimento que carrega a amorosidade. A amorosidade vista sob ponto de vista da saúde é a intenção e ato de afeição viva e dedicar-se a si ou ao outro. Não se trata de um sentimento incerto, mas do ato de amar que busque se organizar e se encorajar para promover mudanças (CRUZ; CARVALHO; ARAÚJO, 2018). Nessa perspectiva, de trazer a amorosidade como componente dos processos catalisadores de afeto ao criar e recriar estratégias de enfrentamento advindos do cotidiano, os coprodutores relacionaram a própria atividade do Rio da Vida como um elemento de cuidado a ser incorporando nos seus processos de cuidados, seja como uma forma de avaliação das expectativas ou como um processo de identificação de potenciais e fraquezas.

A proposta de aprender fazendo é também um processo de valorização dos processos singulares das pessoas em sofrimento. Os coprodutores trouxeram muitas vezes que precisavam aprender a fazer ou aplicar aquela ou outra técnica, sendo que na verdade eles próprios tinham as respostas que funcionam para suas inquietações e angústias. Ao desenvolver o Rio da Vida, percebemos que a caminhada de cada um é taxada pelo cuidado, ou pelo menos o que cada um chama de cuidado, dentro desses mosaicos de saberes. Muitos demonstraram estar em busca apenas de receitas para sustentar a ideia de que a saúde vem de procedimentos e protocolos que o modelo biomédico preconiza até hoje.

“[...] Pois é, tudo que eu quero nesse momento é tomar conta da minha vida, e tentar não piorar, porque nada pode estar tão ruim que não possa piorar. Eu não sei o que fazer na real. Talvez ter percepção e colocar o meu pé no chão e ir caminhando, mesmo com medo de dar errado. A gente não sabe, né? Ir com a cara e coragem[...].” (Florêncio 4)

A experiência de construção do Rio da Vida trouxe à tona a validação de novos saberes. A visualização do eu em proporções antes não vistas. Um obscuro tocado, uma felicidade pouco vivida, um amor. Trabalhar com histórias de vida tem disso, de sofrer e querer, uma dualidade necessária. A colaboração foi participativa e compartilhada igualmente para realização dessas atividades, mas o fato da credibilidade do CAPSad foi fundamental para a abertura e desenvoltura dos envolvidos, o elo já estava

construído. No final do processo de construção, os coprodutores deram sua opinião sobre a produção do Rio, como compartilho nas narrativas seguintes:

“[...]Falar da sua vida, né? Você não vai falar da sua vida pra qualquer um. Eu não vou chegar ali comprar um pão e falar: rapaz eu estou assim, eu estou fazendo uso eu estou no CAPSad. Aqui é bom porque a gente se abre! E consegue ver o que a gente fez no passado, está fazendo no presente e está vendo o futuro. A forma como foi feita está boa demais, e ainda indicaria essa atividade pra outros, né? Tipo assim, o cara pode não ter consciência do que ele fez, o que ele vai fazer. E se fizer esse trabalho vai abrir a mente da pessoa, tanto faz com usuário ou não. O meu Rio da Vida está bonito, uma maravilha. A única coisa que falta pra o meu ficar completo é o que? Trabalho. Mas isso não vai me abalar e ter recaída, porque eu tenho família, eu tenho duas irmãs que me apoiam demais[...].”(Florêncio 1)

“[...]Eu achei que não ia dar certo, tia! Minha vida é ruim demais. Não quero ter contato com eles, não. Só esquecer assim. Para mim é só seguir em frente, quero só coisas boas, neste momento que melhorar. Esse negócio aqui de escrever as coisas é muito bom, né? Porque o cara dá um refletida na mente. E refletir que essa vida aqui não é boa. Está aqui no CAPS está sendo gratificante. Eu gosto como os pessoa daqui fala com gente, mais amigável, tia[...].” (Florêncio 5)

“[...]Isso aqui me levou para o passado. Um passado que eu não lembrava e hoje eu lembrei muito dele. Foi bom voltar e lembrar. Porque eu vou poder olhar para a frente e dizer, “eu venci”. Se a vida fosse só felicidade não teria graça. A vida tem que ter esses altos e baixos, emoção e ir a uma linha reta, que graça tem? Se eu pudesse voltar mudaria era não teria usado droga. Essa proposta foi massa, positivo. Porque aqui o rio da vida é retrato bem-feito da vida da gente, cara! Tem suas correntes leves e seus trancos e barrancos, tem as cachoeiras que você cai. E quando num fundo a única saída é você se levantar. Tudo isso aqui é vida do ser humano, não adianta, porque isso aqui além de relembra o passado faz a gente revisar o presente. Faz a gente olhar o que está fazendo de errado e que continua fazendo, né? Olhar o rio da vida pode mudar muitas coisas, mudar vidas[...].” (Florêncio 2)

“[...]Foi bom porque precisava desabafar, conversar com alguém e falar dos momentos da vida que eu passei. Falar sobre as minhas dificuldades para ver se encontro uma melhora, para eu ser outra pessoa. Pela nossa conversa que tivemos aqui eu posso ver que nada é impossível, se quiser. O cara tem que lutar, o cara não pode desistir, não! Eu depois vou poder fazer um rio melhor, o que foi já foi, eu tenho que ver daqui para frente e tentar criar um rio novo e diferente do que já se foi. Esse rio aqui do que já foi é como se estivesse poluído, sabe? Poluído de dificuldade e agora que quero um rio limpo, que possa fluir mais tranquilo, que a água seja limpa e que der para beber. Fazer esse

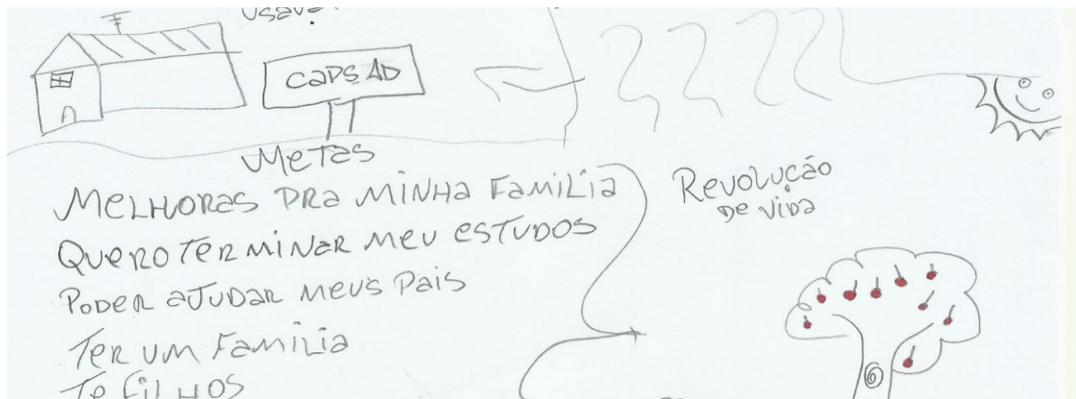
rio me fez me sentir melhor. Meu desejo é não voltar a fazer aquelas coisas e tentar não ficar com mente vazia, não dar para fazer as velhas coisas de novo não[...].” (Florêncio7)

“[...]Foi bom, porque eu revi as coisas boas e coisas ruins, porque sempre acontecem, né? Construir algumas certas, tipo assim, essas drogas podem destruir a vida da gente. Foi bom voltar para ver onde foi que errei e pensar em não cair nessa cilada de novo, né? Acho que ficou o desejo de sair daqui trabalhar e fazer uma faculdade. Estou com muita vontade, mas eu sei que tenho que ir com calma também, né? Esse trabalho aqui do rio é muito bom porque tem muita coisa que você esquece, né? E aqui você consegue ver as coisas que você de bom e de ruim, e eu vi que o rio tem coisa boa também estava achando que só tinha ruim[...].” (Florêncio3)

“[...]Eu achei bom porque a gente desabafa o que está dentro da gente. Eu nunca tinha contado minha história, assim, para ninguém. Sei lá, eu consegui ver melhor os acontecimentos, né? Eu me interesse, sabe? Teve um menino da UA lá que me contou como é eu falei que queira fazer isso também. Porque foi quando eu tirei para fora que estava no meu coração e tem coisa aqui que eu nunca contei para ninguém e fica aqui guardado e parece que machuca também. Pensar as coisas da minha vida no rio aliviou muita coisa aqui dentro, e fui dizendo as coisas sem medo de julgado, fui lembrando das coisas e te contando como foi, estou me sentido mais leve e mais legal. Eu adorei, cara! Para mim não precisa mudar nada, desse jeito que você fez foi bom. O medicamento tem me ajudado muito também. Indicaria para outras pessoas porque a pessoa pode ficar mais leve e alma ficar melhor. Ter pensamento bons e cabeça para boa também. Eu penso que é um incentivo para pessoa dar a volta por cima, porque quando pessoa fala dos problemas ela tira o peso do coração, alma e do corpo. Fala o que você não fala para ninguém, aqui, já alivia muito, entendeu[...]? (Florêncio 9)

O Rio da Vida como ferramenta ainda não experienciada foi o próprio efeito de fazer aprendendo. Aprovado pelos coprodutores como uma ferramenta que tanto serve para ações terapêuticas reflexivas individuais quanto como uma forma de organizar e efetivar projetos de vidas, com base no que já viveu. Por não necessitar de intermediação de terceiros, favorece a tomada de consciência e move para ações redução de danos, mostrando-se como um catalisador de afetos, motivados pela esperança, objetivos e metas que mostraram mais alinhando a realidade, saindo do campo imagético para o real (OLIVIERA; MELO; VIEIRA-SILVA, 2017). O Rio da Vida permite que a pessoa se olhe e dê tempo para que ela possa perceber suas emoções e desilusões ao mesmo tempo, mas, tomada pelo afeto, que move e mexe com a alma. Como pode ser observado na figura 43, que cria um espaço de subjetividade e só a própria pessoa pode falar sobre isso.

Figura 43 - Recorte do Rio da Vida de Florêncio 6.

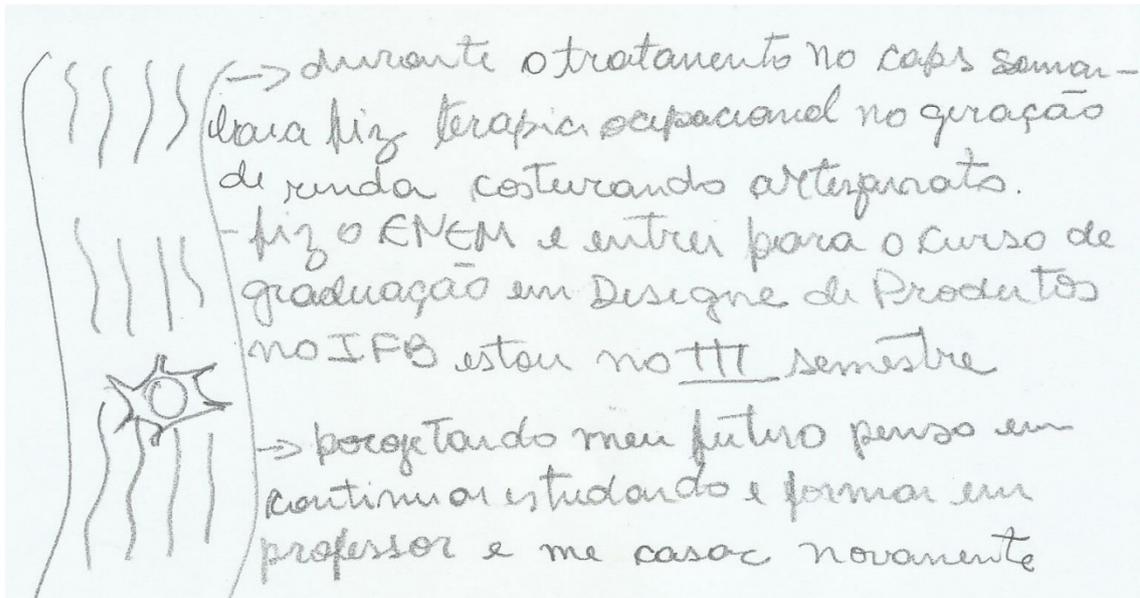


Fonte :elaborado pelo coprodutor.

Tisott *et al* (2019), no seu estudo com redutores de danos, afirmam que o contexto de saúde mental do campo álcool e outras drogas firma-se em relações necessariamente mais efetivas quando pautadas na afetividade, que é o compromisso e satisfação com atividade empenhada. Apontam também que é um espaço de reflexão no qual o redutor de danos se envolve dentro da dimensão da reciprocidade da vida. “O mundo da vida não pode ser experienciado de modo solitário, é preciso apreender os processos de consciência afetiva” (TISOTT *et al*, 2019, p. 3). O afeto é conduzido no dia a dia pela troca de saberes e satisfação pessoal em realizar suas ações e atividades cotidianas (TISOTT *et al*, 2019). Catalisar afeto é uma estratégia essencial para promover saúde mental e prevenir atos problemáticos.

Da guerra às drogas para o protagonismo de cuidados em liberdade, uma jornada que foi do objeto indesejado, para sujeito intersubjetivo, proveniente do afeto que potencializa modos peripatéticos de ser e estar, que rompe com linhas previamente estabelecidas para o fazer, que não é apenas identificar espaços geográficos, mas adentrar em territórios existentes. Na figura 44 se pode observar atividades e ferramentas elencadas sob uma perspectiva de cuidados da afetividade, um caminho mais curto para se chegar à autonomia para se construir IT mais ajustados aos seus desejos de saúde mental. O coprodutor relaciona essa oportunidade de fazer com correntes leves.

Figura 44 - Recorte Rio da Vida Florêncio 9.



Fonte: elaborado pelo coprodutor.

Nise da Silveira, ao estudar e experimentar o afeto como elemento de cuidado em saúde mental, encontra nele uma forma de provocar desejo de mudança em contraponto a desorganização. Catalisados por ocupações significativas, os coprodutores têm a oportunidade de compreender melhor os acontecimentos em sua história de vida, num processo de vincular a si mesmo e seu meio, com potencial para escrever e apagar no seu Rio da Vida (OLIVEIRA; MELO, VIEIRA-SILVA, 2017).

Portanto, a ideia é catalisar afetivos entendidos também como elementos de promoção e prevenção, mantendo um olhar sem preconceito para pessoa e se deixando ver como ela quer ser vista; não como um objeto carente de mudanças e intervenções de saúde, mas como alguém que quer ser exaltado em sua singularidade e respeitado por suas decisões. Esse modo de trabalho envolve cidadania, pois quando o cuidado e a cidadania se misturam no formato de amorosidade pela que valoriza as pessoas, pode transpor limites, barreiras. Deixa florescer a individualidade, assim acontece quando catalisamos afetos e nos deixamos nos reconhecer no fazer aprendendo.

CONSIDERAÇÕES POSSÍVEIS

“O rio muda seu percurso conforme sua necessidade. Assim, deveríamos aprender com ele para cada fase da nossa vida”.

(Suelen França)

Motivada por muitas intenções e com os pés no chão, essa dissertação veio trazer um olhar não anestesiado da experiência, por meio das partilhas de um mosaico de saberes delineados pelas histórias de vida contempladas em um rio, que se intercala entre o vivido, passado; vivo, presente; o viverei futuro, alcançado por um processo de construção singular do pertencimento e do empoderamento social. Abriu-se, então, um caminho para dizer e encarar o real e não o produto genérico. A gente é aquilo que a gente faz? As construções do IT sob moldes do Rio da Vida revelaram que sim, pois, é no fazer que a gente aparece para vida, com olhar que interpreta e reage às correntes, oportunizadas por uma experiência sensível que aparece pelos encantamentos advindos da coprodução.

Os coprodutores em suas buscas de cuidados de saúde mental encontram barreiras, potencialidades e desafios advindos do uso problemático do álcool e outras drogas. Notou-se várias particularidades ou singularidades entre os envolvidos, mas também muitas semelhanças nos ciclos de cuidados, como nos ciclos de uso problemático. A questão do trabalho foi o ponto mais tocado durante os encontros, ora como um papel de salvador da pátria e ora como o motivo do uso abusivo de drogas. Assim, o trabalho constitui tanto fator protetivo quanto fator de vulnerabilidade nos redemoinhos e correntes desenhados nos Rios da Vida. A sua presença e ausência compadece e vivifica dentro de uma estrutura de sociedade que reprime, marginaliza e cria depósitos de vidas ao colocar as pessoas de modo estático ou meras observadoras de sua própria história.

Entre as barreiras ao acesso destacaram-se a dificuldade em se encontrar trabalho formal e se manter; a falta de orientação no manejo dos recursos financeiros; ausência de uma educação financeira; habilidades sociais; e relacionamentos interpessoais no contexto familiar e não familiar. Ressalta-se o desgaste referente a recaídas. Já os potenciais ou facilitadores mais mencionados foram: as ocupações significativas, como estratégias terapêuticas para manutenção de ações interventivas focados em processo mais protetivos; o trabalho como uma forma de reinserção social; a família como apoio nas correntes pesadas; a espiritualidade manifestada pelos coprodutores como complementar aos processos de cuidados em saúde mental; e o CAPSad como um serviço

aberto e resolutivo, contextualizado aos territórios com oportunidade de potencializar ações e serviços, por exemplo, o grupo de geração de renda, importante para construções de solidariedade e autonomia para realização de atividades de interesse pessoal, como estruturação projetos de vida.

Quanto aos paradigmas e abordagens das políticas de drogas vivenciadas nos trajetos percorridos nas buscas de cuidados, foi possível apreender a coexistência de dois modelos de cuidados antagônicos: enquanto um foca na atenção psicossocial tendo os CAPSad como articulador principal dos cuidados, o outro, das CT, vem com uma proposta focada na abstinência, nos dogmas religiosos e isolado da rede. Foi possível perceber também as dramáticas e implicações relacionadas a RAPS, a existência de vários pontos de atenção importantes, que até tem comunicação, mas, deixa os usuários circularem sem os projetos terapêuticos que se combinem e sem um acompanhamento integrado, caracterizando uma rede híbrida, fragmentada, no qual os usuários acessam simultaneamente pontos de mesmos serviços, em diferentes territórios que não se conectam.

O lugar, de onde está e para onde se quer ir. A rede, a conexão que direciona os passantes pelo desejo de cuidado e outras trocas. Em seus inúmeros pontos de atenção a rede se estrutura nessa dissertação não como uma linha que liga os equipamentos de saúde, mas, com o usuário, o verdadeiro ponto de atenção que constrói suas próprias ligações, por exemplo, quando se decidiu para uma CT ou um CASPad. Por muito tempo, quando se falava de rede, a primeira coisa que vinha na cabeça era a ligação entre os serviços e não entre as pessoas que é quem faz os fluxos de cuidados se movimentarem. Não é uma questão de desvalorizar as características específicas de cada serviço, mas de mostrar que as necessidades dos territórios são permeáveis. Destaca-se o conhecimento sobre os equipamentos de saúde pelos coprodutores, eles sabem o que os serviços oferecerem e manejam isso de acordo com sua necessidade e desejo de cuidado.

Os delineamentos de IT fixos, centrados no saber técnico que medicaliza e criminaliza, não dando espaço para processo composto de cidadania, que é cuidado e cidadania juntos como promotor de cuidado em liberdade. Nota-se que IT mais fluídos funcionam melhor para essa população específica. Os serviços informais foram elementos que abriram o território para os outros pontos da rede. E mostraram potência para o ponto de partida, o primeiro contato com realidade dos buscadores de cuidados, e isso gera confiança nos processos de cuidados.

O Rio da Vida foi bem avaliado e “aprovado” pelos coprodutores como uma ferramenta que tanto serve para ações terapêuticas reflexivas como uma forma de organizar projetos de vidas. A partir da reflexividade os envolvidos, identificaram-se muitas ações de redução de danos motivados pela esperança, saindo do campo imagético para o real. Nesses caminhos, as barreiras vistas de cima se reduzem diante das potências de cada coprodutor, que se enche de esperança ao saber que muito foi feito que ainda tem espaço dentro da folha branca para desenhar. Surge então a inventividade, que é a uma criação original misturada com criatividade, que coloca o timão na mão para navegar por outras rotas de cuidados.

Os catalisadores afetivos delinearão uma nova forma de se compreender a promoção e prevenção, dentro dos significados associados por cada um. Mas para quê catalisar afetos? A emergência dessa categoria pelos coprodutores revelou o cuidado sob muitas maneiras diferentes, que se contradizem ao mesmo tempo que se fortalecem como estratégias para enfrentamento de crises nos cotidianos. Foi um rompimento duro com as realidades de processos de cuidados que não se encaixam, mas que necessitam do toque da própria pessoa. As estratégias e ferramentas quando não combinadas com as pessoas que as utilizaram não têm o efeito esperado para promoção de mudanças. Tendo em vista isso, elas precisam ter abertura para serem passíveis de customização segundo as realidades dos envolvidos.

Assim, é importante não fechar totalmente as ferramentas e não as roteirizar, mas, se caso for preciso, realizar com participação ativa de quem irá experienciar os processos, para que, efetivamente, possam tornar “remédio” em meio às dores. A caminhada pelas buscas de cuidados trouxe à tona muitos serviços, ferramentas, metodologias de processos de trabalhos e de cuidado em saúde mental que no cotidiano dos coprodutores serviram como força criativa para pensar e construir em cima dessas já estabelecidas. Essa descoberta é importante, porque mostra os olhares sobre elas, que é o crítico reflexivo. Sem isso não é possível fazer saúde mental e sim alienados mentais. Saber que os coprodutores estão investindo tempo, conhecimento para produzir cuidados é sinal de que os serviços estão, na medida do possível, promovendo saúde mental e prevenindo problemáticas. E ainda mais, oferecendo um espaço para existência e saboreamento o mundo, compondo mosaicos de saberes pelas experiências. Essa ideia não ter um projeto terapêutico generalizante está implicado em promover química bem prescrita nas ações para possa ir além das ofertas artesanais para explorar outras formas de processos de cuidados que utilize a arte e fazer com para transformar, contato do sentir.

Um fator decisivo que possibilitou o desenvolvimento de uma proposta interventiva nova foi a confiança dos envolvidos da pesquisa no CAPSad. Os serviços e abordagens de atenção desenvolvidos a partir da Rede CAPS relatados pelos coprodutores permitem afirmar que estes estão predominantemente orientados pela visão de RD com enfoque nos direitos humanos e desenvolvimento social. Esta foi caracterizada por Petuco (2021) como circunscrita à terceira onda das políticas de RD no país.

Com bases nas políticas de redução de danos, no cuidado em liberdade e na reinserção social, o CAPSad, é uma expressão positiva da concretização da Reforma Psiquiátrica e tem aprovação dos usuários. Mais que um equipamento substitutivo, ele atua hoje na ressignificação e com a coprodução de cuidados contextualizados e capilarizados sobre as problemáticas dos territórios.

A saúde mental vista para além de ações das quatro paredes do CAPS para integralidade vinda por meio da individualidade e do engajamento social. Mesmo sabendo que luta pela manutenção a garantia desses cuidados ainda continua. Essa perspectiva de cuidado também é marcada pelas trocas de experiências entre os coprodutores, que é o compartilhamento das estratégias de enfrentamento, elevando ainda mais as possibilidades de existência e resistência. Com trajetórias de cuidados não lineares, que se atravessam e se complementam nutridas por muitas mãos.

Outro ponto destacado deste estudo, é a minha proximidade com as histórias de vida dos coprodutores, seja como profissional de saúde ou como moradora da comunidade. Poder fazer ciência com a minha própria realidade, problematizar, tomar consciência e partir para as transformações possíveis foi uma oportunidade necessária. Um olhar para mim mesma, para o outro e para o entorno sendo assim um mundo mais possível de viver. Como não sair ileso dessa coprodução? A história escrita, falada, trocada se eterniza na imagem da minha relação com outro num passeio pela espontaneidade criativa, texturas que me atravessaram para o sentir mais, comprometida com a caminhada de cada um(a) que confiou e acreditou neste estudo.

Destaco a relação da ausência do sexo feminino entre os coprodutores deste estudo, que se constitui um processo sócio-histórico e cultural de marginalização dos cuidados do contexto das drogas, envolvido de estigmas sociais. A necessidade de implementações nos serviços do campo álcool e outras drogas para que estejam em consonância com as expectativas de cuidados dessas pessoas, questões que vão desde a infraestrutura e ambiência dos serviços até os processos de educação permanente dos trabalhadores.

Este estudo informa para as políticas públicas a necessidade de se ter serviços mais alinhados as expectativas de cuidados singulares dos usuários, mediados pela equidade, integralidade e participação social. Com a valorização de estratégias e construção de ferramentas não previstas, mas que se tornam essenciais nas intervenções individuais e coletivas. Também o fortalecimento, valorização e a continuidade da reforma psiquiátrica, reforçada e comprometida com as problemáticas dos tempos atuais, não se prendendo ao vivido apenas na década 1970, e que não seja uma formulação de novas ferramentas ou instrumentos, mas que potencialize os que já experienciados, e voltando-os para qualidade e corresponsabilidade.

No que tange ao programa de pós-graduação, destaco a inserção de componentes curriculares que propiciem o desenvolvimento crítico e reflexivo sobre as imersões de diversos contextos metodológicos, como as oportunizadas nas abordagens participativas em pesquisa científica e na pesquisa-intervenção, tendo em vista um ensino que se comprometa não apenas com as intencionalidades dos pesquisadores, mas que amplie e possibilite trajetórias de pesquisas que desenvolvam um olhar influenciado pela coprodução e não colonização do conhecimento, agregando valor vivencial. Tem-se, portanto, o desafio de formar profissionais com maior sensibilidade para os contextos em relação a apenas uma aplicação tecnicista, que saiba aliar sensibilidade e técnica nas pesquisas científicas. Ressalta-se que no campo da saúde coletiva ainda é insipiente de produções voltadas à saúde mental no campo álcool e outras drogas, vale o investimento do programa, ainda mais por se tratar de uma agenda da saúde coletiva.

Para os serviços, percebe-se que apesar do sucateamento da saúde mental no contexto nacional pelo não financiamento, ainda assim é possível ver beleza nos processos de cuidados ofertados nos CAPSad como em outros serviços que compõem a RAPS, que são representações de equipamentos da resistência da reforma psiquiátrica que carrega um olhar para potências. No entanto, ainda há necessidade inserção de outras categorias profissionais, que no contexto do DF ainda não são considerados cargos da saúde, como: músico, educador físico, sociólogo, pedagogo, entre outros, para ampliação do olhar e construção IT mais consistentes aos desejos de cuidados. Assim, podendo potencializar ainda mais as ações que ofertamos. As narrativas revelaram que os CAPSad têm uma atuação importante na orientação para a construção de IT. É possível notar que os usuários que passaram pelo CAPSad antes de outros serviços não substitutivos, como CT, desenvolveram uma visão mais crítica e reflexiva sobre processos de cuidados

ancorados em ferramentas de cuidados utilizadas, e com isso desenvolverem autonomia e corresponsabilização.

Mais que recomendações, acredito que seja imperativo o fortalecimento da educação popular como estratégia de preenchimento de lacunas antes não visadas pelos trabalhadores, quando chamamos a comunidade para compor junto, e assim desenvolver protagonismo de ambos os lados, numa sinergia que nos provoque transformações. Os serviços substitutivos ainda são muitos jovens se comparado com toda a história da psiquiatria no Brasil. Devemos consolidar e seguir transformando, como a formação acadêmica dos profissionais de saúde, que pouco tem contato com saúde mental no contexto álcool e outras drogas ou ainda pouco conhecem como se estruturam as políticas. Destaca-se a Residência Multiprofissional em Saúde Mental que dentro do processo de ensino em serviço tem fortalecido o contexto dos serviços e sendo uma proposta de pós-graduação de imersão completa.

Entre as lições aprendidas nesse estudo, fica aqui as vozes e narrativas que expressam potências e lacunas nos serviços e modelos do campo álcool e outras drogas, para que possam influenciar para novas pesquisas que combine imersão no território e do fazer com, assim poder levantar um debate científico sobre IT, Rio da Vida, o fazer peripatético, metodologias participativas em saúde e questões das drogas. Portanto, é bom saber o que sustenta o nosso céu, para que possamos sair para rua e vive-lo intensamente. A saúde mental está ligada ao consumo da subjetividade, natureza, pessoas, viver em liberdade e não tão somente habitá-la. As buscas por cuidados ocasionados por essas ausências devem ser a razão para abrir os olhos e não se converter a alienação das desistências, mas provocar mudanças. Assim é a nossa vida, um mosaico fluido de saberes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACSELRAD, H; COLI, L.R. Disputas cartográficas e disputas territoriais. In: ACSELRAD, H. et al. (Org.). **Cartografias sociais e território**. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Pesquisa e Planejamento urbano e Regional, 2008.p. 13-43.

A ASSOCIAÇÃO Casazul. Associação CasAzul, São Paulo, 2021. Disponível em: <https://www.associacaocasazul.org.br/a-associacao-casazul/>>. Acesso em: 25 set. 2021.

ABBAGNANO, N. **Dicionário de filosofia**. São Paulo: Martins Fontes, 2012.

ABRASCO **.Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde** / Tatiana Engel Gerhardt, Roseni Pinheiro, Eliziane Nocolodi Francescato Ruiz , Aluisio Gomes da Silva Junior (organizadores).- Rio de Janeiro: CEPESC / IMS/ UERJ – ABRASCO, 2016.

ADAMY, P. E.; SILVA, R. A. N. Redução de danos e linhas de cuidado: ferramentas possíveis para o cuidado em saúde mental, álcool e outras drogas. *In*: TOROSSIAN, S. D.; TORRES, S.; KVELLER, D. B. (orgs.). **Descriminalização do cuidado**: políticas, cenários, experiências em redução de danos. Porto Alegre: Rede Multicêntrica, 2017. p. 145-158.

ALMEIDA, A. L. M.; CUNHA, M. B. Unidade de Acolhimento Adulto: um olhar sobre o serviço residencial transitório para usuários de álcool e outras drogas. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 128, p. 105-117, 2021.

ALMEIDA, I. S.; CAMPOS, G. W. S. Análise sobre a constituição de uma rede de Saúde Mental em uma cidade de grande porte. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 2715-2726, 2019.

ALMEIDA, J. M. C. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 11, p. 196, 2019.

ALMEIDA, S. A. A.; MERHY, E. E. Micropolítica do trabalho vivo em saúde mental: Composição por uma ética antimanicomial em ato. **Revista Psicologia Política**, Florianópolis, v. 20, n. 47, p. 65-75, 2020.

ALVES, P. C. Itinerário terapêutico, cuidados à saúde e a experiência de adoecimento. *In*: GERHARDT, T. G. *et al.* (orgs.) **Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC Editora, 2016. p. 125-146.

AMARANTE, P. D. C. Franco Basaglia: novas histórias para a desinstitucionalização. *In*: **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996, p. 65-106.

AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, 2018.

ARAUJO, F. S. Quebrando estigmas: uma alternativa ao proibicionismo das drogas por meio da redução de danos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, p. 1-3, 2019.

ARELARO, L.R.G.; CABRAL, M.R.M. Paulo Freire: por uma teoria e práxis transformadora. In: BOTO, C. (ed.). **Clássicos do pensamento pedagógico: olhares entrecruzados**. Uberlândia: EDUFU, 2019, p. 267-292.

ASSEF, F. S. Como se deu o avanço dos manicômios com tratamentos desumanos no Brasil entre os séculos XIX e XX? **Revista Internacional d'Humanitats**, São Paulo/Barcelona, v. 25, n. 54, p. 91-96, 2022.

BARBOSA, V. R. A. 2021. Itinerários terapêuticos de pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas no município de Teresina, Piauí. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2021.

BARRETO, R. O.; PAULA, A. P. P. “Rio da Vida Coletivo”: empoderamento, emancipação e práxis. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 1, p. 111-130, 2014.

BASTOS, A. D. A.; ALBERTI, S. Do paradigma psicossocial à moral religiosa: questões éticas em saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 285-295, 2021.

BATISTA, P. V. M. Comunidade terapêutica na política pública de saúde mental: tensões e divergências. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 9, n. 10, p. 1-22, 2020.

BELLATO, R.; ARAÚJO, L. F. S.; MARUYAMA, S. A. T.; RIBEIRO, A. L. História de vida como abordagem privilegiada para compor itinerários terapêuticos. In: GERHARDT, T. G. *et al.* (org.) **Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC Editora, 2016. p. 203-222.

BOITEUX, L. Brasil: reflexões críticas sobre uma política de drogas repressiva. **Revista Sur**, São Paulo, v. 12, n. 21, p. 1-6, 2015.

BORGES, C. D.; OMORÉ, C. L. O. O.; KRENKEL, S.; SCHNEIDER, D. R. Família, redes sociais e o uso de drogas: tensionamento entre o risco e a proteção. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João Del Rei, v. 12, n. 2, p. 405-421, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.028, de 1º de julho de 2005**. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 126, p. 5, 1 jul. 2005.

BRASIL. **Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019**. Aprova a política nacional sobre drogas. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2019. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/71137357/do1e-2019-04-11-decreto-n-9-761-de-11-de-abril-de-2019-71137316. Acesso em: 7 jan. 2022.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, Abingdon, v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006.

CAMPOS, G. W. S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-870, 1998.

CAMPOS, M.; POLICARPO, F. Para além da descriminalização: reflexões sobre a política de drogas. **Teoria e Cultura**, Juiz de Fora, v. 15 n. 2, p. 14-27, 2020

CECCARELLI, P. R. A patologização da normalidade. **Estudos de Psicanálise**, Belo Horizonte, n. 33, p. 125-136, 2010.

CLARKE, V; BRAUN, V. Teaching thematic analysis: Overcoming challenges and developing strategies for effective learning. **The Psychologist**, 26(2), 120-123.2013.

CONSELHO de políticas sobre drogas (Conen-DF). **Secretária de Estado, Justiça e Cidadania (SEJUS)**, Brasília, DF, 2021. Disponível em: <https://www.sejus.df.gov.br/conselho-de-politicas-sobre-drogas-conen-df/>. Acesso em: 25 jul. 2021.

CODEPLAN. Companhia de planejamento dos Distritos Federais. Disponível em <<https://www.codeplan.df.gov.br/>> Acessado 17 de Outubro de 2021

COSTA, D. M.; GHISLENI, A. C. A Pesquisa-Intervenção no Mestrado Profissional e suas possibilidades metodológicas. **Educar em Revista**, Curitiba, v. 37, p. 1-15, 2021.

COSTA, P.H. A, Ronzani, T.M.C, BASILE, F.A.No meio do caminho tinha um CAPSAD: centralidade e lógica assistencial da rede de atenção aos usuários de drogas. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2018, v. 23, n. 10.

COSTA, P. H. A.; RONZANI, T. M.; COLUGNATI, F. A. B. No meio do caminho tinha um CAPSAD: centralidade e lógica assistencial da rede de atenção aos usuários de drogas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 3233-3246, 2018.

CRUZ, P.; CARVALHO, L. E.; ARAÚJO, R. S. Amorosidade como princípio das práticas de saúde orientadas pela educação popular: um estudo bibliográfico. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 21, n 4, p. 68-634, 2018.

CUNHA, M. P. O mercado financeiro chega à sala de aula: educação financeira como política pública no Brasil. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 41, p. 1-14, 2020.

DEMÉTRIO, F.; SANTANA, E. R.; PEREIRA-SANTOS, M. O itinerário terapêutico no Brasil: revisão sistemática e metassíntese a partir das concepções negativa e positiva de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 7, p. 204-221, 2019.

DISTRITO FEDERAL - Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): contatos e endereços dos CAPS. Secretaria de Saúde do Distrito Federal, Brasília, DF, 2021. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/carta-de-servicos-caps/>. Acesso em: 17 jul. 2021.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de desenvolvimento social – SEDES,2021. Disponível em: <https://www.sedes.df.gov.br/> Acessado em: 20 de julho de 2021.

DISTRITO FEDERAL. Secretária de Estado, Justiça e Cidadania – SEJUS, 2021. Disponível em: <https://www.sejus.df.gov.br/> Acessado em 25 de julho de 2021.

ESLABÃO, A. D.; COIMBRA, V. C. C.; KANTORSKI, L. P.; PINHO, L. B.; SANTOS, E. O. Rede de cuidado em saúde mental: visão dos coordenadores da estratégia saúde da família. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 38, n. 1, p. 1-8, 2017.

ESQUIVEL, W. Faithful. **ONECommunity Church**, Dallas, 10 fev. 2013. Disponível em: <https://oncommunitychurchblog.wordpress.com>. Acesso em: 12 jan. 2021.

FERRUGEM, D. Guerra às drogas? **EM PAUTA**, Rio de Janeiro, n. 45, v. 18, p. 44 - 54, 2020.

IORE, M. O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. **Novos estudos CEBRAP**, São Paulo, n. 92, p. 9-21, 2013.

GERHARDT, T. E.; BURILLE, A.; MÜLLER, T. L. Estado da arte da produção científica sobre itinerários terapêuticos no contexto brasileiro. *In: GERHARDT, T. G. et al. (org.) Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC Editora, 2016. p. 27-98.

GIATTI, L. L. O caráter adaptativo da pesquisa participativa: rompendo com a monocultura de saberes. *In: TOLEDO, R. F. et al. Pesquisa participativa em saúde: vertentes e veredas*. São Paulo: Instituto de Saúde, 2018. p. 49-64.

GODOY, G. A. S. Uma análise dos programas de redução de danos das comunidades autônomas espanholas. **Revista do Direito de Língua Portuguesa**, Lisboa, v. 5, n.º9, p. 69-74, 2017.

GOMES-MEDEIROS, D.; FARIA, P. H.; CAMPOS, G. W. S.; TÓFOLI, L. F. Política de drogas e Saúde Coletiva: diálogos necessários. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 7, p. 1-14, 2019.

GONDIM, S. M. G. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 24, p. 149-161, 2002.

HEIDEMANN, I. T. S. B.; DALMOLIN, I. S.; RUMOR, P. C. F.; CYPRIANO, C. C.; COSTA, M. F. B. N. A.; DURAND, M. K. Reflexões sobre o itinerário de pesquisa de Paulo Freire: contribuições para a saúde. **Texto Contexto: enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 4, p. 1-8, 2017.

JESUS, M. G. M. Verdade policial como verdade jurídica: narrativas do tráfico de drogas no sistema de justiça. **Revista brasileira de ciências sociais**, São Paulo, v. 35, n. 102, p. 1-15, 2020.

LABATE, B. C.; RODRIGUES, T. Introdução: usos e políticas de drogas no Brasil em perspectiva. Política de drogas no Brasil: conflitos e alternativas. *In: LABATE, B. C.; RODRIGUES, T. (orgs.). Política de drogas no Brasil: conflitos e alternativas*. Campinas: Mercado de Letras, 2018. p. 23-38.

LANCETTI, A. **Clínica Peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2016.

LAURINDO, C. R. Drogas, racismo e violência. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 27, n. 2, p. 30-44, 2021.

LEMKE, R. A. SILVA, R. A. N. Um estudo sobre a itinerância como estratégia de cuidado no contexto das políticas públicas de saúde no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 979-1004, 2011.

LIMA, SHEILA SILVAO cuidado aos usuários de drogas em situação de privação de liberdade. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online]. , v. 29, n. 03,2019.

LIMBERGER, J.; TRINTIN-RODRIGUES, V. T.; HARTMANN, B.; ANDRETTA, I. Treinamento em habilidades sociais para usuários de drogas: revisão sistemática da literatura. **Contextos Clínicos**, Porto Alegre, v. 10, n. 1, p. 99-109, 2017.

LOPES, H. P.; GONÇALVES, A. M. A política nacional de redução de danos: do paradigma da abstinência às ações de liberdade. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João Del Rei, v. 13, n. 1, e1355, 2018.

MARTINS, M. E. R.; BUCHELE, F.; BOLSONI, C. C. Uma revisão bibliográfica sobre as estratégias de construção da autonomia nos serviços públicos brasileiros de atenção em saúde a usuários de drogas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 8, p. 1-18, 2021.

MENDES, R.; PEZZATO, L. M; SACARDO, D. P. Pesquisa-intervenção em promoção da saúde: desafios metodológicos de pesquisar “com”. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 16, p. 1737-1746, 2016.

MEZZA, M.; TORRENTÉ, M. O. N. A Reforma Psiquiátrica Brasileira como luta pelo reconhecimento e progresso moral. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 3, p. 235-249, 2020.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MONTENEGRO, Yuri Fontenelle Lima, Brilhante, Aline Veras Morais e Munguba, Marilene CalderaroParadoxo nas políticas sobre drogas: embates discursivos sobre a Lei 13.840/2019 em portais de notícia. **Saúde e Sociedade** [online]. v. 30, n. 4,2021.

MORAES, P. L. M.; PEREIRA, E. R.; SILVA, R. M. C. R. A.; MEDEIROS, A. Y. B. B. V. The perception of deinstitutionalization by mental health professionals in practice at the Psychosocial Care Center in the Brazilian context. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 9, n. 7, p. 1-19, 2020.

MOREIRA, C. R.; SOARES, C. B.; CAMPOS, C. M. S.; LARANJO, T. H. M. Harm reduction: trends being disputed in health policies. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 72, n. 3, p. 312-320, 2019.

MOREIRA, D. J.; BOSI, M. L. M.; SOARES, C. A. Uso de narrativas na compreensão dos itinerários terapêuticos de usuários em sofrimento psíquico. *In*: GERHARDT, T. G. *et al.* (org.) **Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC Editora, 2016. p. 223-236.

MOURA, D. V. O nascimento da psiquiatria acerca do tratamento moral da loucura. *In*: SOLIS, D. E. N. *et al.* (orgs.). **Filosofia francesa contemporânea**. São Paulo: ANPOF, 2019. p. 95-100.

NASCIMENTO, M. S.; SILVA, M. B. B. Desinstitucionalização em debate: uma etnografia em eventos de saúde mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 3, p. 33-44, 2020.

OLIVEIRA, D. I.; ALENCAR, F. C.; REIS, L. C.; VIANA, M. F. B.; OLIVIERA, A. R. C. Reforma psiquiátrica brasileira e suas influências europeias e norte americanas. **Revista AMazônica**, Manaus, v. 25, n. 2, p. 333-354, 2020.

OLIVEIRA, E. R. A arte é minha cura! A importância da arte para os usuários. **Muraquitã: Revista de Letras e Humanidades**, Rio Branco, v. 9, n. 2, p. 460-472, 2021.

OLIVEIRA, E.; SZAPIRO, A. Porque a reforma psiquiátrica é possível. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 3, p. 15-20, 2020.

OLIVEIRA, G. N. **O projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde**. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Faculdade Estadual de Campinas, Campinas, 2007.

OLIVEIRA, P. F.; MELO, W.; VIEIRA-SILVA, M. Afetividade, liberdade e atividade: o tripé terapêutico de Nise da Silveira no Núcleo de Criação e Pesquisa Sapos e Afogados. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João Del Rei, v. 12, n. 1, p. 23-35, 2017.

PARKER, M.; WALLERSTEIN, N.; DURAN, B.; MARGARATI, M.; BURGESS, E.; SANCHEZ-YOUNGMAN, S.; BOURSAW, B.; HEFFERNAN, A.; GAROUTTE, J.; KOEGEL, P. Engage for equity: development of community-based participatory research tools. **Health Education & Behavior**, Thousand Oaks, v. 47, n. 3, p. 359-371, 2020.

PASSOS, E. H.; SOUZA, T. P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. **Psicologia & Sociedade**, Recife, v. 23, n. 1, p.154-162, 2011.

PASSOS, R. G. Um manicômio em declínio ou o declínio do manicômio? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 9, p. 1-3, 2021.

PAULON, S. M.; ROMAGNOLI, R. C. Pesquisa-intervenção e cartografia: melindres e meandros metodológicos. **Estudos & Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 85-102, 2010.

PEDRINHA, R. D. Notas sobre a política criminal de drogas no Brasil: elementos para uma reflexão crítica. *In*: ENCONTRO PREPARATÓRIO PARA O CONGRESSO NACIONAL DO CONPEDI, 7., 2008, Salvador. **Anais**. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2008. p. 5486-5503.

PETUCO, D. As três ondas da redução de danos no Brasil. **Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, v. 21 n. 2, p. 94-103, 2020.

PIERRY, L. G.; TASSINARI, T. T.; SCHUCH, M. C.; SOUTO, V. T.; SOCCOL, K. L. S.; TERRA, M. G. Gênero e assistência psicossocial: perspectiva de usuárias sobre o Caps-AD. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, São João Del Rei, v. 16, n. 1, p. 1-13, 2021.

PINHEIRO, Z. A. C.; POSSAS, L. M. V. Centro pop: quando uma política pública incomoda. *Revista do Instituto de Políticas Públicas de Marília*, Marília, v. 4, n. 1, p. 35-54, 2018.

ROCHA, Andréa Pires, Lima, Rita de Cássia Cavalcante e Ferrugem, Daniela. Autoritarismo e guerra às drogas: violência do racismo estrutural e religioso. *Revista Katálysis* [online] v. 24, n. 1, pp. 157-167, 2021.

ROCHA, M. L.; AGUIAR, K. F. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. *Psicologia: ciência e profissão*, Brasília, DF, v. 23, n. 4, p. 64-73, 2003.

RODRIGUES, A. L. As três margens do rio e o vertiginoso fluxo da vida. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 30, n. 86, p. 221-233, 2016.

RODRIGUES, L. S. A.; SENA, E. L. S.; SILVA, D. M.; CARVALHO, P. A. L.; AMORIM, C. R. Perfil dos usuários atendidos em um centro de atenção Psicossocial - álcool e drogas. *Revista de enfermagem UFPE*, Recife, v. 7, n. 8, p. 5191-5197, 2013.

ROSA, B. S. ANTONIASSI JUNIOR, G. A constituição dos vínculos e estilos familiares quando os filhos fazem uso das drogas. *Revista Psicologia e Saúde em Debate*, Patos de Minas, v. 3, n. 1, p. 127-140, 2017.

ROSA, J. G. **Grande Sertão: veredas**. São Paulo: Nova Aguilar. 1994.

ROTELLI, F. A instituição inventada. In: ROTELLI, F.; LEONARDS, O.; MAURI, D. **Desinstitucionalização**. Organizado por Fernanda Nicácio. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 89-99.

RUMIN, C. R.; GUEDES, J.; SCHMIDT, M. L. G. Saúde Mental e Trabalho: a Reabilitação Profissional e as Contribuições da Psicologia. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, DF, v. 41, p. 1-13, 2021.

RYBKA, L. N.; NASCIMENTO, J. L.; GUZZO, R. S. B. Os mortos e feridos na “guerra às drogas”: uma crítica ao paradigma proibicionista. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, Campinas, v. 35, n. 1, p. 99-109, 2018.

SAMPAIO, F. R. R.; FERRO, L. F. Economia solidária e saúde mental: um relato sobre práticas de inclusão pelo trabalho. *Research, Society and Development*, Vargem Grande Paulista, v. 10, n. 10, p. 1-13, 2021.

SAMPAIO, M. L.; BISPO JÚNIOR, J. P. Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 19, p. 1-19, 2021.

SANCHES, L. R.; VECCHIA, M. D. Reabilitação psicossocial e reinserção social de usuários de drogas: revisão da literatura. *Psicologia & Sociedade*, Recife, v. 30, p. 1-10, 2018.

SANCHEZ-YOUNGMAN, S.; WALLERSTEIN, N. Appendix 7: Partnership river of life: Creating an historical timeline. *In*: WALLERSTEIN, N.; DURAN, B.; OETZEL, J.; MINKLER, M.(eds.) **Community-based participatory research for health: advancing social and health equity**. 3 ed. San Francisco: Jossey-Bass, 2017. p. 375-378.

SANTANA, R. T.; MIRALLES, N. C. W.; ALVES, J. F.; SANTOS, V. A.; VINHOLLES, U.; SILVEIRA, D. S. Perfil dos usuários de CAPS-AD III. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 3, n. 1, p. 1343-1357, 2020.

SANTOS, Mariana et al. Pesquisa-intervenção como mediadora de transformação das condições de saúde dos teleoperadores de Pernambuco. **Saúde e Sociedade**. 2021, v. 30, n. 4 e200984.

SCHNEIDER, J. A.; ANDRETTA, I. Prejuízos nas habilidades sociais em usuários de crack: diferenças entre usuários e não usuários. **Acta Comportamentalia: Revista Latina de Análisis de Comportamiento**, Cidade do México, v. 25, n. 4, p. 463-476, 2017.

SILVA, A. B.; PINHO, L. B.; OLSCHOWSKYA, A.; SINIAK, D. S.; NUNES, C. K. O cuidado ao usuário de crack: estratégias e práticas de trabalho no território. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 37, p. 1-7, 2016.

SILVA, A. F. L.; MENDES, A. M. P. Reabilitação psicossocial e cidadania: o trabalho e a geração de renda no contexto da oficina de panificação do caps Grão-Pará. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 12, n. 33, p. 55-74, 2020.

SILVA, A. P.; MORAIS, H. M. M; ALBUQUERQUE, M. S. V.; GUIMARÃES, M. B. L.; LYRA, T. M. Os desafios da organização em rede na atenção psicossocial especializada: o caso do Recife. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 128, p. 66-80, 2021.

SILVEIRA, N. **Terapêutica ocupacional: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Casa das Palmeiras. 1977.

STROPPIA, A., Moreira-Almeida, A. Religiosidade e saúde. In M. I. **Salgado & G. Freire (Orgs.)**, Saúde e espiritualidade: uma nova visão da medicina (pp. 427-443). Belo Horizonte: Inede.2008.

JUNIOR, A. G.; PINHEIRO, R.; ALVES, M. G. M.; LIMA, H. R. M. P.; SILVA, V. M. N. Práticas avaliativas centradas no usuário e suas aproximações com os estudos de itinerários terapêuticos. *In*: GERHARDT, T. G. *et al.* (org.) **Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC Editora, 2016. p. 99-124.

SILVA, N. G.; BARROS, S.; AZEVEDO, F. C.; BATISTA, L. E.; POLICARPO, V. C. O quesito raça/cor nos estudos de caracterização de usuários de Centro de Atenção Psicossocial. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 100-114, 2017.

SILVA, S. S.; NUNES, J. R. (Des)Institucionalização: teorias e práticas dos profissionais da RAPS. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, n. 13, v. 3, p. 19-34, 2021.

SILVA, W. C. Usuário ou traficante: uma análise do perfil do usuário de drogas em conflito com a lei na grande Teresina - Piauí. **Revista da Academia de Ciências do Piauí**, Teresina, v. 1, n 1, p. 99-112, 2020.

SILVEIRA, D. T.; CÓRDOVA, F. P. Unidade 2: A pesquisa científica. In: GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D.T. (orgs.). **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. p. 31-32.

STRECK, D. R. Metodologias participativas de pesquisa e educação popular: reflexões sobre critérios de qualidade. **Interface: Educação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 20, n. 58, p. 537-547, 2016.

SOUZA, L. K. Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a Análise Temática. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 71, n. 2, p. 51-67, 2019.

TISOTT, Z. L.; TERRA, M. G.; HILDEBRANDT, L. M.; SOCCOL, K. L. S.; SOUTO, V. T. Motivos da ação do redutor de danos junto ao usuário de drogas: um estudo fenomenológico. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 40, p. 1-7, 2019. TOSQUELLES, F. **Éducation et psychotérapie institutionnelle**. Mantes-la-Ville: Hiatus, 1984.

TRESIAN, R.; CASTRO, S.; O perfil dos usuários dos centros de atenção psicossocial: uma revisão. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v. 41, n. 4, p. 994-1012out./dez. 2017.

VASCONCELOS, M. R.; COSTA, H. A.; CARVALHO, N. C. C.; ESPIRITO SANTO, S. G.; MIRANDA, T. N. B.; ARAÚJO, T. S.; PAULA, P. P. Álcool e outras drogas na perspectiva da política de redução de danos. **Pretextos: Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas, Belo Horizonte**, v. 3, n. 5, p. 35-50, 2018.

VICENTE NETO, J. D.; SILVA, D. C. Produzindo indicadores em saúde mental-AD no contexto de um CRAS: potencializando o exercício da intersetorialidade. **Revista Saúde (Santa Maria)**, Santa Maria, v. 44, n. 1, p. 1-9, 2018.

WALLERSTEIN, N.; DURAN, B.; OETZEL, J.; MINKLER, M. **Community-based participatory research for health: advancing social and health equity**. 3 ed. San Francisco: Jossey-Bass, 2017.

WALLERSTEIN, N.; MUHAMMAD, M.; SANCHEZ-YOUNGMAN, S.; ESPINOSA, P. R.; AVILA, M.; BAKER, E. A.; BARNETT, S.; BELONE, L.; GOLUB, M.; LUCERO, J.; MAHDI, I.; NOYES, E.; NGUYEN, T.; ROUBIDEAUX, Y.; SIGO, R.; DURAN, B. Power dynamics in community-based participatory research: a multiple-case study analysis of partnering contexts, histories, and practices. **Health Education & Behavior**, Thousand Oaks, v. 46, n. 1, p. 19-32, 2019.

Rio da vida

É uma ferramenta que oferece um momento para que você possa relembrar situações e circunstâncias importantes ao longo da sua vida. É uma oportunidade para descrever, em um formato de linha do tempo, pensando na metáfora do rio. Se constitui um processo de ressignificação e reconhecimento dos caminhos já percorridos com ideia de projetar e organizar os próximos passos.



1

Imagine um rio fluído e dinâmico, que nasce, cresce, passa por mudanças, correntes pesadas e leves, ora é calmo, ora tem obstáculos e redemoinhos. Assim é nossa vida! Sempre vamos nos depararmos com a primeira vez das coisas, tomar decisões e fazer escolhas, que vão ser escritas em nossa história de vida. Em alguns momentos somos margens acolhedoras ou acolhidas e em outros precisaremos contornar.

2

Para começar agora você irá escrever ou desenhar o caminho do rio da sua vida. Comece por onde achar ser importante e pense num formato de etapas. Os principais afluentes/momentos importantes. Quais correntes/ caminhos te trouxeram até aqui? O que é importante conhecermos sobre você? O que facilitou e o que foi obstáculo no seu processo de construção de cuidados? Onde você quer chegar com os cuidados que desenvolveu?

3

Preliminarmente sugerimos alguns recursos simbólicos para facilitar seu trabalho. Para momentos problemáticos e enfrentamentos: erosões, chuva pesada, raios, trovões, correntes pesadas. E para situações de tomada de decisão: pontes, barragem, bifurcações. Em momentos de esperança e alegria: farol, barcos, sol, arco-íris, nascentes, correntes leves. Mudanças: redemoinhos, cata-ventos, cachoeiras. Assim como rio somos únicos, fique à vontade e seja criativo para construir suas representações simbólicas

4

Nessa caminhada desaguamos em situações que expõem nossas fragilidades e potencialidades, estamos caminhando para finalização, pense comigo: O que você ficou em destaque para você? Quais foram os facilitadores que você identificou como importantes? Quais foram os desafios ou obstáculos que você enfrentou para avançar em um bom caminho? Consegue identificar algo que lhe proporcionou mudanças?

5

Pensar a nossa vida como um RIO possibilita um novo olhar sobre as coisas passadas ao mesmo tempo que proporciona qualificação e desqualificação de situações presentes. Pois precisamos identificar quando estamos apegados a narrativas que são barreiras para fruição e de correntes leves, ou que são turbilhões. Aproveite esse momento para encontrar um lugar raso, uma margem seca para abrir novas nascentes.

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar voluntariamente do projeto de pesquisa - Itinerário Terapêutico: sobre as idas e vindas por cuidados em saúde mental de pessoas em uso problemático de álcool e outras drogas, sob a responsabilidade da pesquisadora Daniela Sousa de Oliveira. O projeto de natureza pesquisa-intervenção propõe fazer recortes sobre os processos de buscas de cuidados encaminhados por usuários. O objetivo desta pesquisa é caracterizar as buscas por cuidados de pessoas em uso problemático de álcool e outras drogas proveniente da construção dos Itinerários Terapêuticos.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação se dará por meio de participação em um atendimento individual que utilizará o método do rio da vida, que tem a finalidade de proporcionar reflexões sobre as práticas de buscas de cuidados no cotidiano. O estudo será realizado no CAPSad III de Samambaia-DF, você poderá poderão sentir cansaço por conta do tempo estimado máximo 1h30mn, a ser combinado o dia e horário com antecedência. Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são: exposição das necessidades no coletivo, em conjunto com os participantes será construído um contrato de boa convivência entre os participantes; constrangimento em utilizar um método que não conhece, no início e em todos os momentos que for reportado ou não os facilitadores estão disponíveis responder quaisquer dúvidas e criar adaptações necessárias de acessibilidade ao que for demandado; e o estresse, a dinâmica do atendimento individual propiciará abertura e dinamismo respeitará o seu tempo de produção e cognitivo de forma singular. Se o(a) senhor(a) aceitar participar, contribuirá para validação e construção de ferramentas de cuidados baseados nas experiências caracterizar a circularidade de vidas das pessoas que necessitam de cuidados.

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração. Todas as despesas que o(a) senhor(a) tiver relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) serão cobertas pelo pesquisador responsável.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, o(a) senhor(a) deverá buscar ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

A realização da proposta interventiva servirá como qualificação do Projeto Terapêutico singular quanto para valorização da centralidade da pessoa nos processos de cuidados. Garantimos o acompanhamento em até seis meses, depois da realização da proposta, com processos de cuidados compartilhados com serviço do CAPSad III, em atividades de grupo.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília – UNB podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Daniela Sousa de Oliveira no telefone (61) 984883620 ou (61)33593620, disponível inclusive para ligação a cobrar. E-mail: aleinda21@gmail.com. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o(a) Senhor(a).

Nome e assinatura do Participante de Pesquisa

Nome e assinatura do Pesquisador Responsável

Brasília, ____ de _____ de _____.

APÊNDICE C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE IMAGEM E DE SOM

Protocolo de Pesquisa, CAAE 39654020.0.0000.0030, CEP/FS-UnB, aprovado em 07/12/2020

Por meio deste termo, _____ CPF _____, participante do estudo “Itinerário Terapêutico: sobre as idas e vindas por cuidados em saúde mental de pessoas em uso problemático de álcool e outras drogas”, de forma livre e esclarecida, cede o direito de uso das fotografias, vídeos e/ou voz adquiridos durante a realização do tratamento clínico a que foi submetido ou durante sua participação em estudo/pesquisa anterior, e autoriza a pesquisadora, Daniela Sousa de Oliveira – CPF:01302203100, matrícula 20190132141 - Universidade de Brasília., responsável pelo trabalho a:

(a) utilizar e veicular as fotografias, vídeos e/ou voz obtidas durante seu tratamento clínico ou durante sua participação em estudo anterior na(o), caracterizar as buscas por cuidados de pessoas em uso problemático de álcool e outras drogas proveniente da construção dos Itinerários Terapêuticos, para fim de obtenção de grau acadêmico (e/ou divulgação científica), sem qualquer limitação de número de inserções e reproduções, desde que essenciais para os objetivos do estudo, garantida a ocultação de identidade (mantendo-se a confidencialidade e a privacidade das informações), inclusive, mas não restrito a ocultação da face e/ou dos olhos, quando possível;

(b) veicular as fotografias, vídeos e/ou voz acima referidas na versão final do trabalho acadêmico, que será obrigatoriamente disponibilizado na página web da biblioteca (repositório) da Universidade de Brasília – UnB, ou seja, na internet, assim tornando-as públicas;

(c) utilizar as fotografias, vídeos e/ou voz na produção de quaisquer materiais acadêmicos, inclusive aulas e apresentações em congressos e eventos científicos, por meio oral (conferências) ou impresso (pôsteres ou painéis);

(d) utilizar as fotografias, vídeos e/ou voz para a publicação de artigos científicos em meio impresso e/ou eletrônico para fins de divulgação, sem limitação de número de inserções e reproduções;

(e) no caso de imagens, executar livremente a montagem das fotografias, realizando cortes e correções de brilho e/ou contraste necessários, sem alterar a sua veracidade, utilizando-as exclusivamente para os fins previstos neste termo e responsabilizando-se pela guarda e pela utilização da obra final produzida;

(f) no caso da voz, executar livremente a edição e montagem do trecho, realizando cortes e correções necessárias, assim como de gravações, sem alterar a sua veracidade, utilizando-as exclusivamente para os fins previstos neste termo e responsabilizando-se pela guarda e pela utilização da obra final produzida. O participante declara que está ciente que não haverá pagamento financeiro de qualquer natureza neste ou em qualquer momento pela cessão das fotografias, dos vídeos e/ou da voz, e que está ciente que pode retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma, salvo os materiais científicos já publicados. É vedado ao(s) pesquisador(es) utilizar as fotografias, os vídeos e/ou a voz para fins comerciais ou com objetivos diversos da pesquisa proposta, sob pena de responsabilização nos termos da legislação brasileira. O(s) pesquisador(es) declaram que o presente estudo/pesquisa será norteado pelos normativos éticos vigentes no Brasil. Concordando com o termo, o participante de pesquisa e o(s) pesquisador(es) assinam o presente termo em 2 (duas) vias iguais, devendo permanecer uma em posse do pesquisador responsável e outra com o participante.

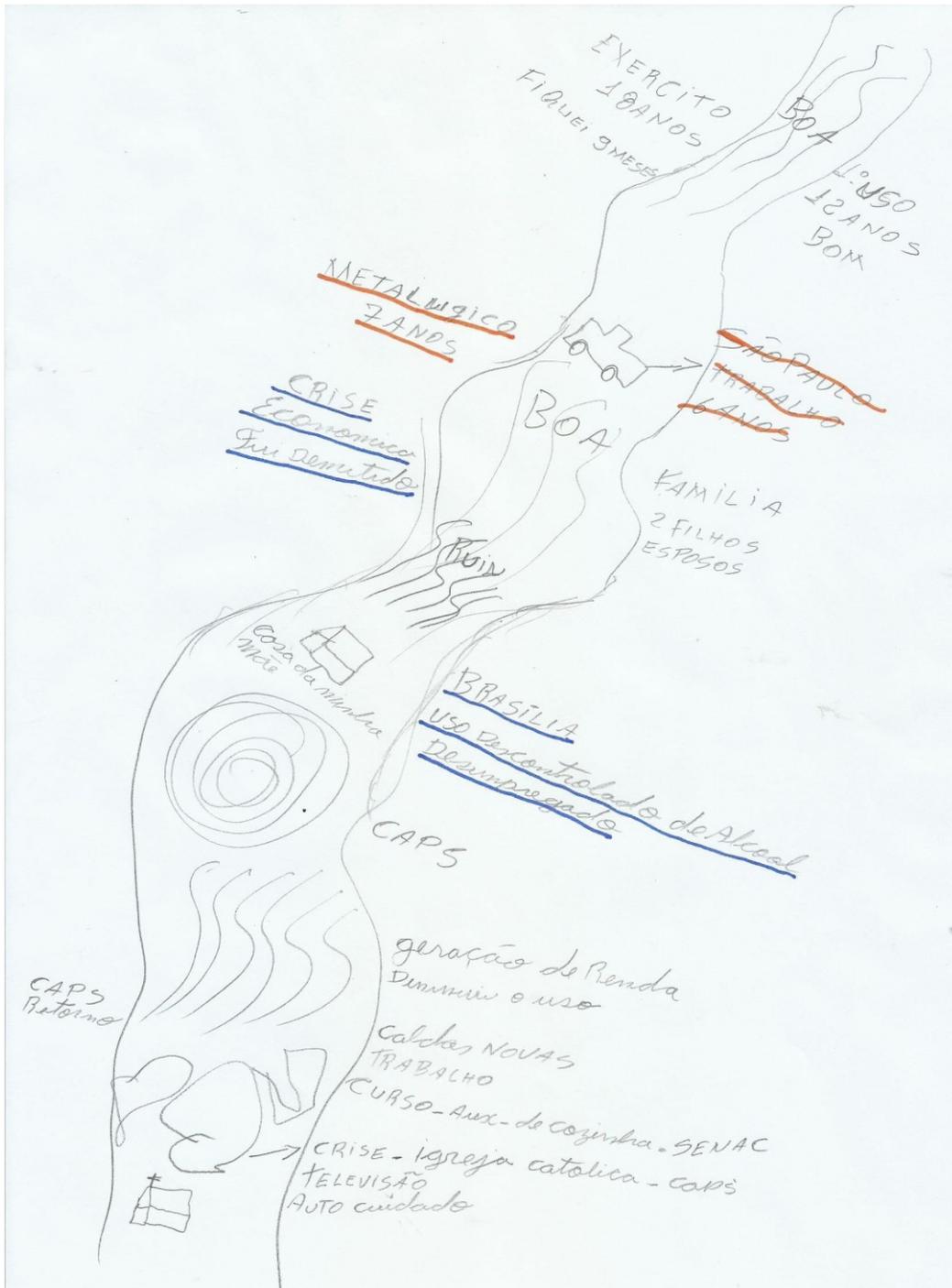
PESQUISADORA RESPONSÁVEL
CPF:01302203100

PARTICIPANTE DO ESTUDO
CPF:

___ de junho de 2021

ANEXO A – Rio da Vida

Florêncio 1



CRAS
Bolsa Família
Aux. Emergencial

Casero

SINE. oportunidade
de emprego

6 Anos sem ver meu
filho.
Carta do SINE

BOA

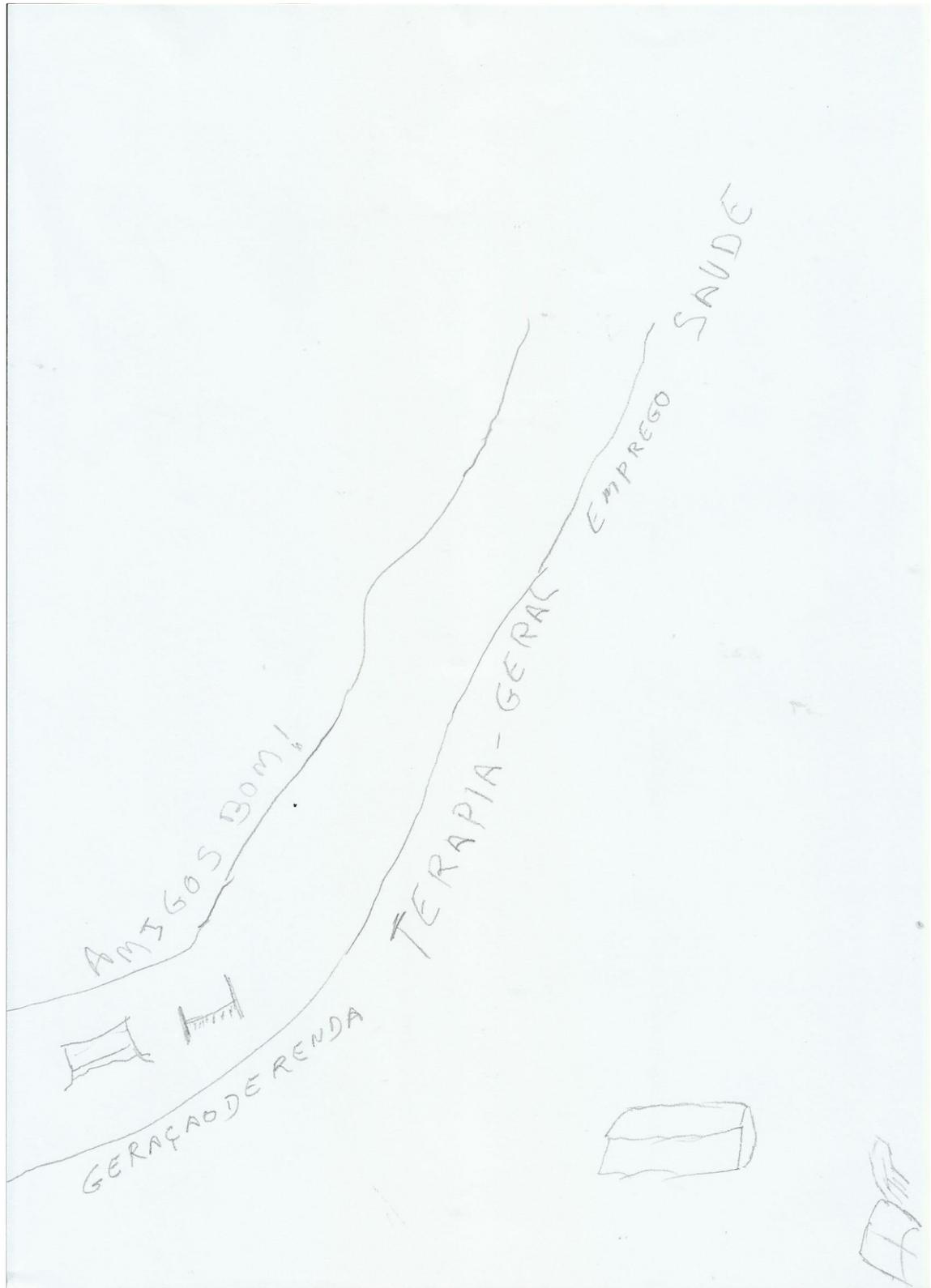
UBS
EXAME

BOA

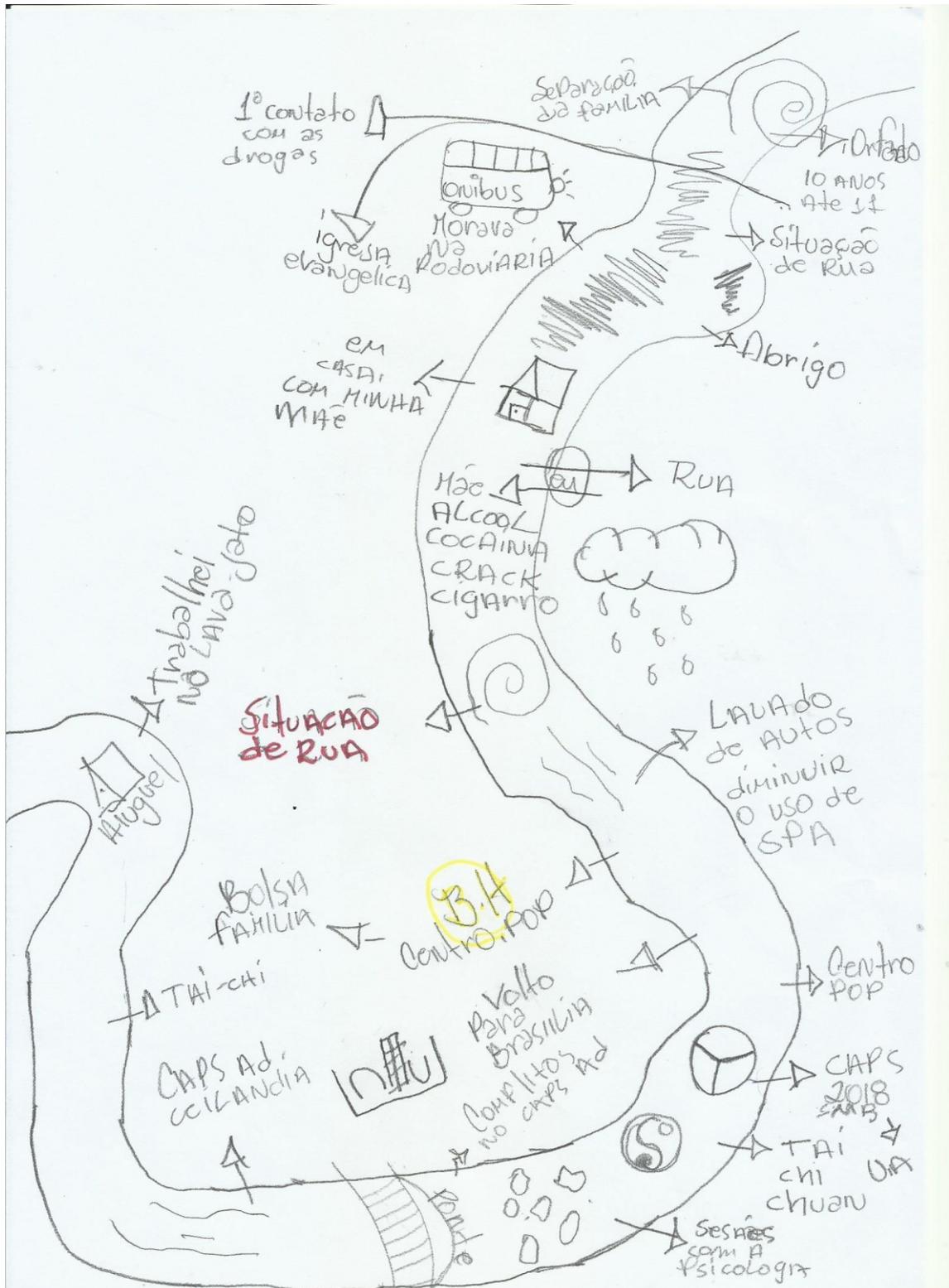
~~FR~~
BRLHO

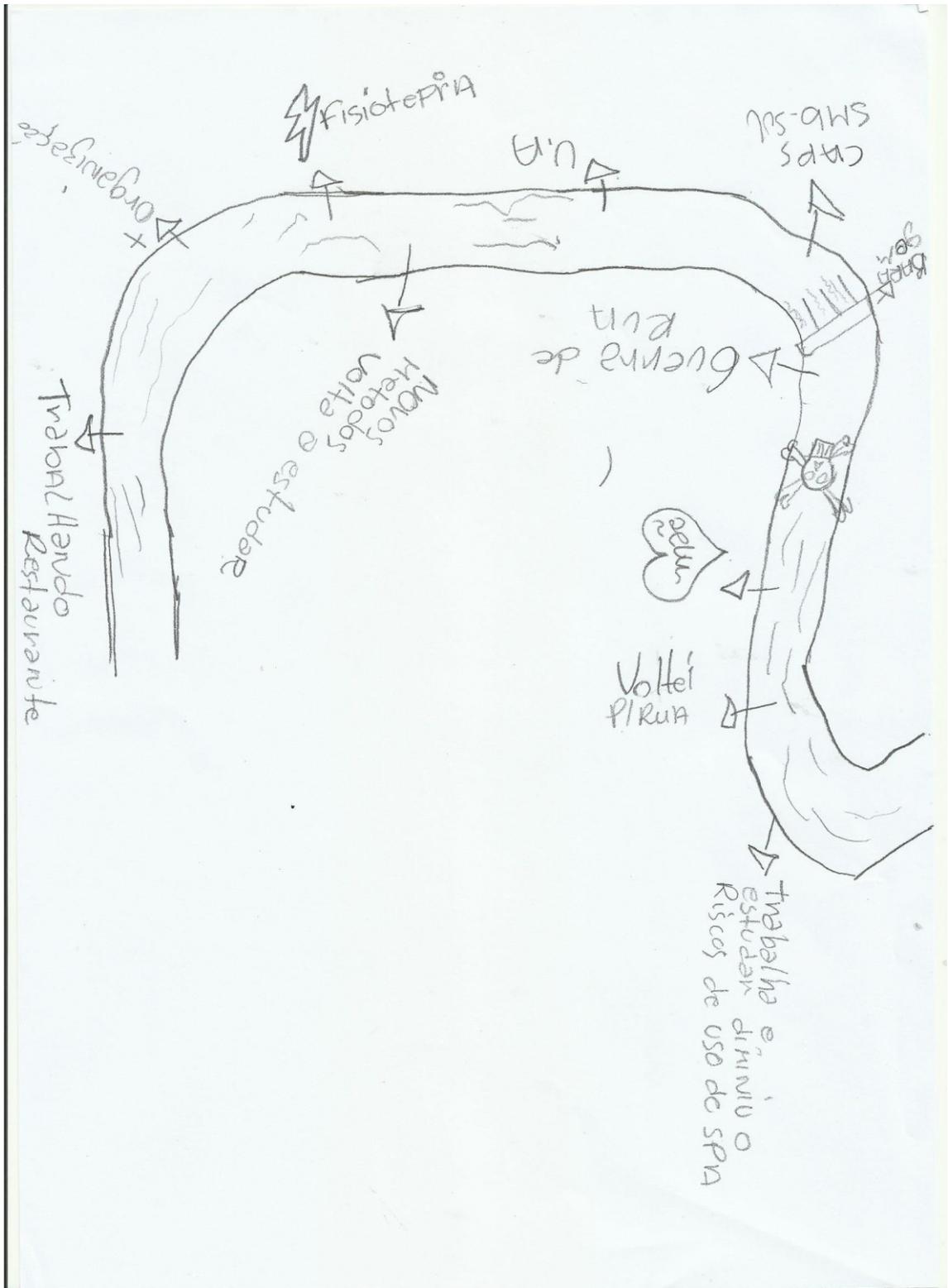
Florêncio 2



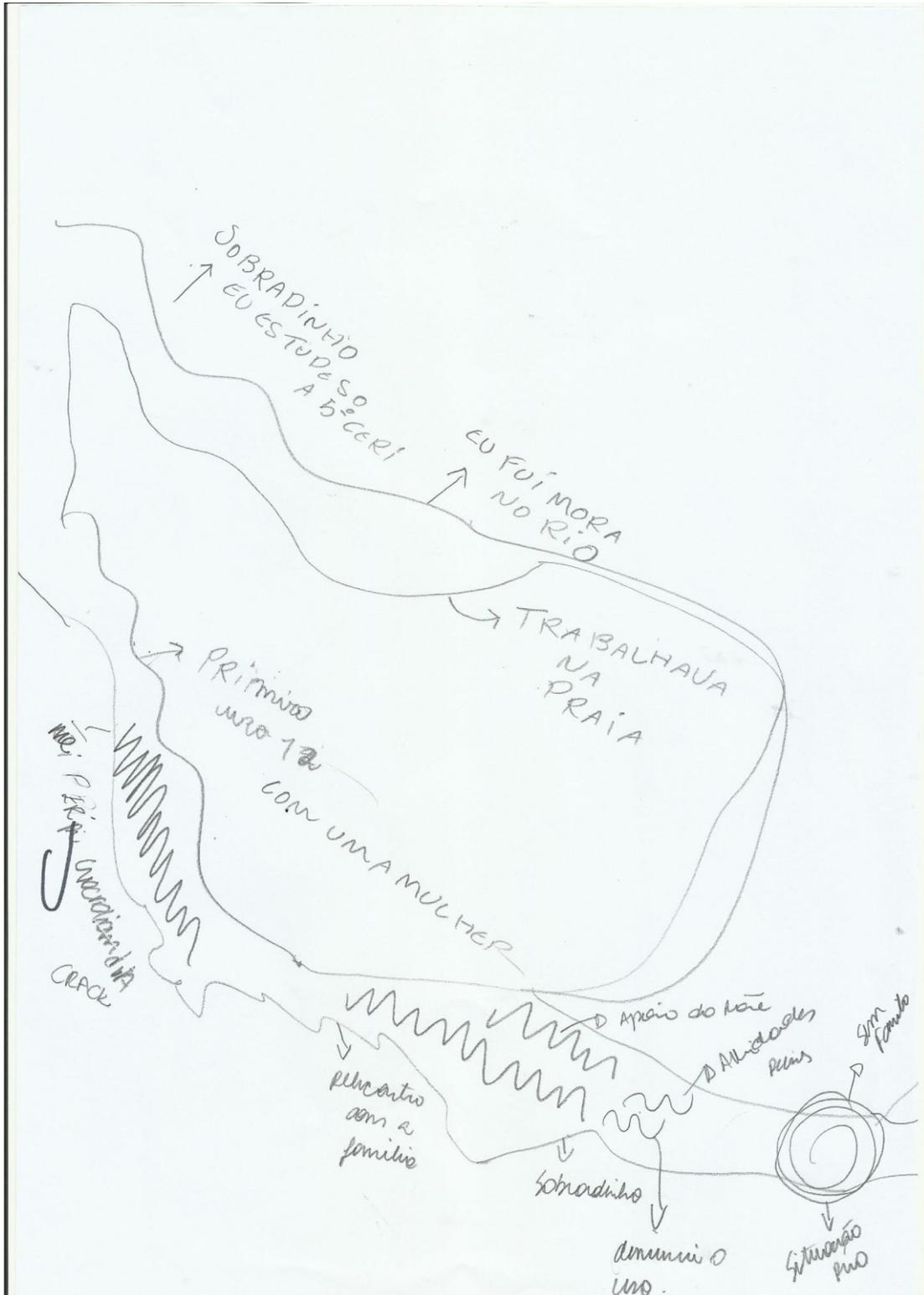


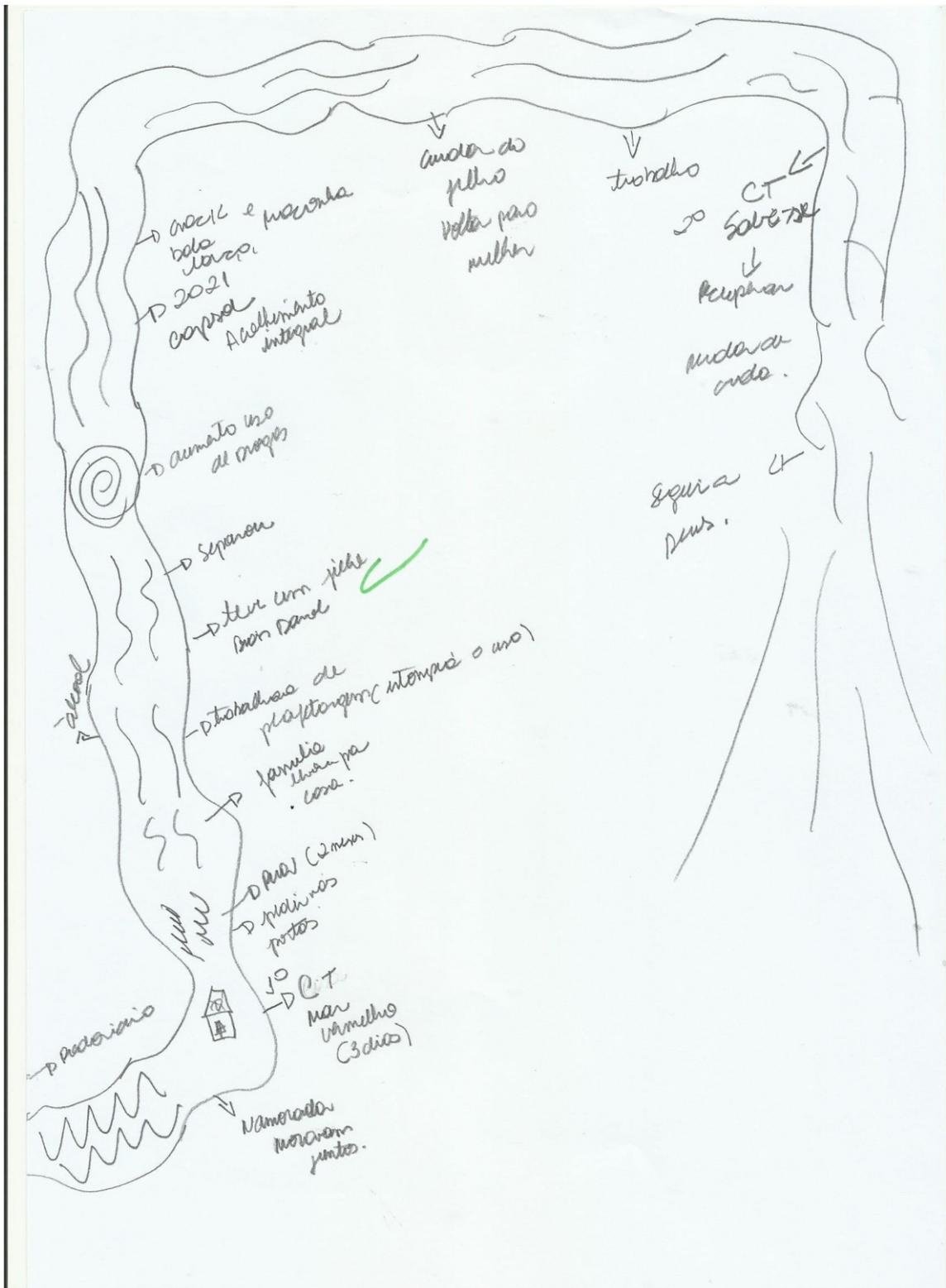
Florêncio 3



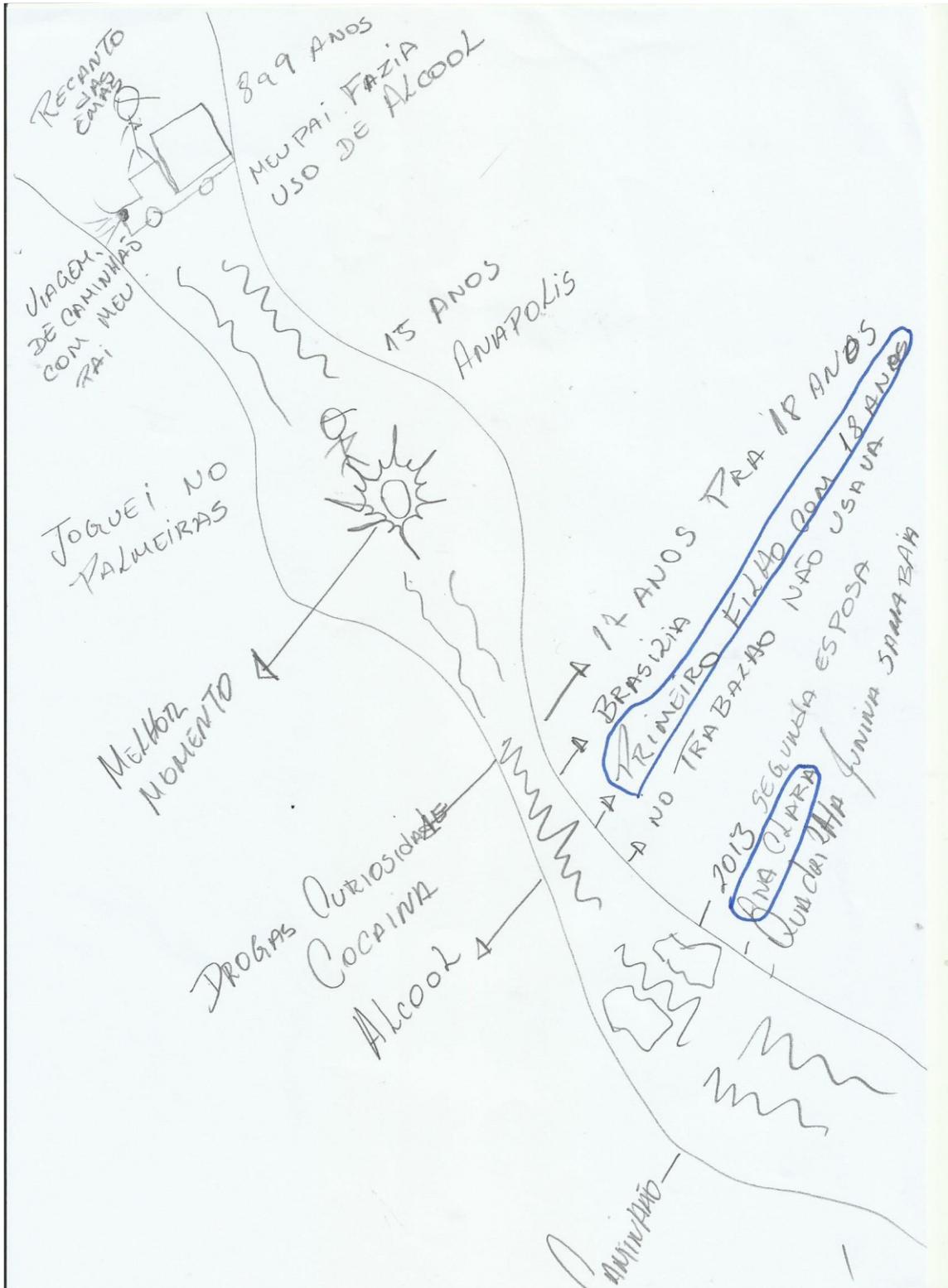


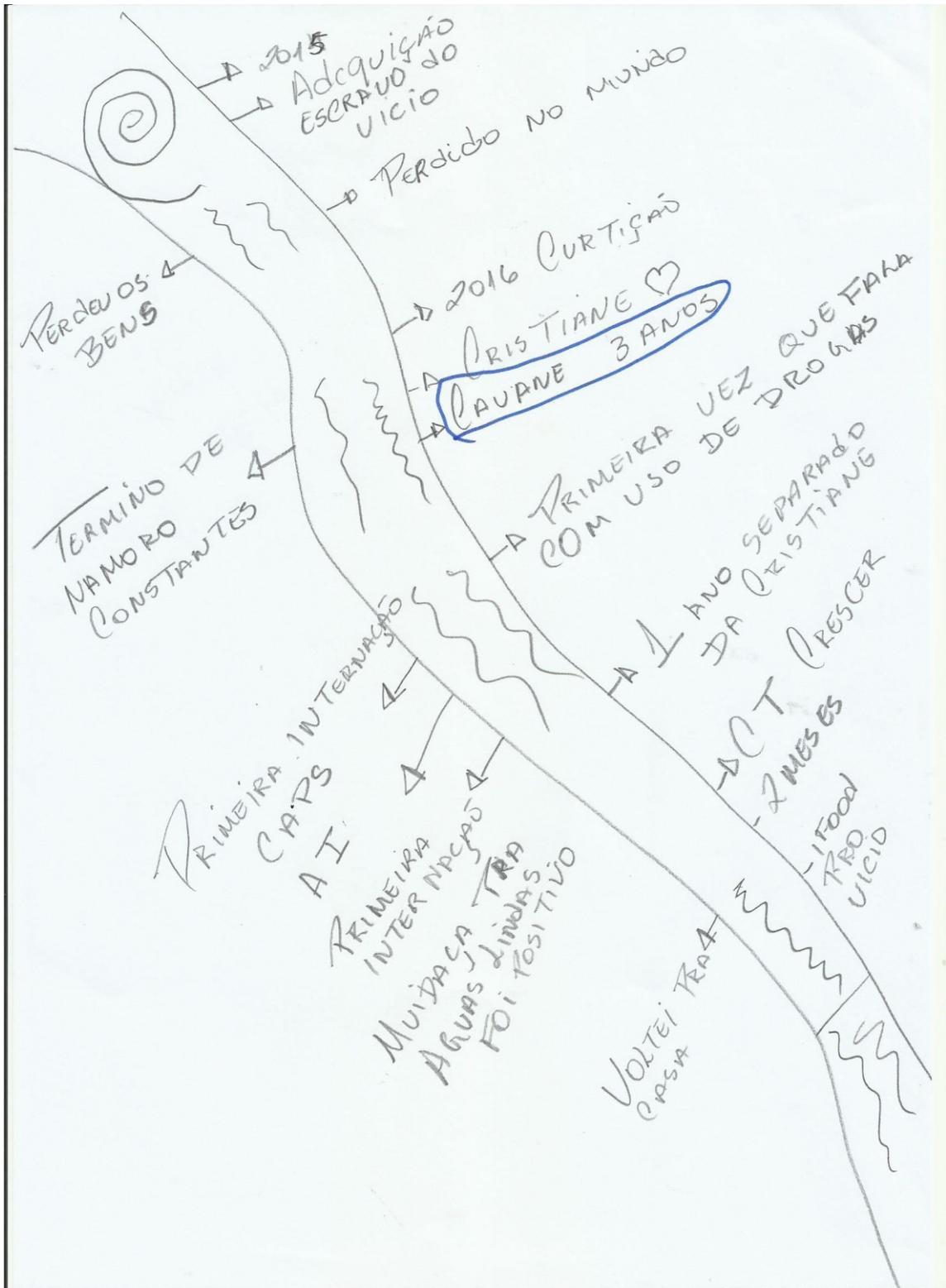
Florêncio 4

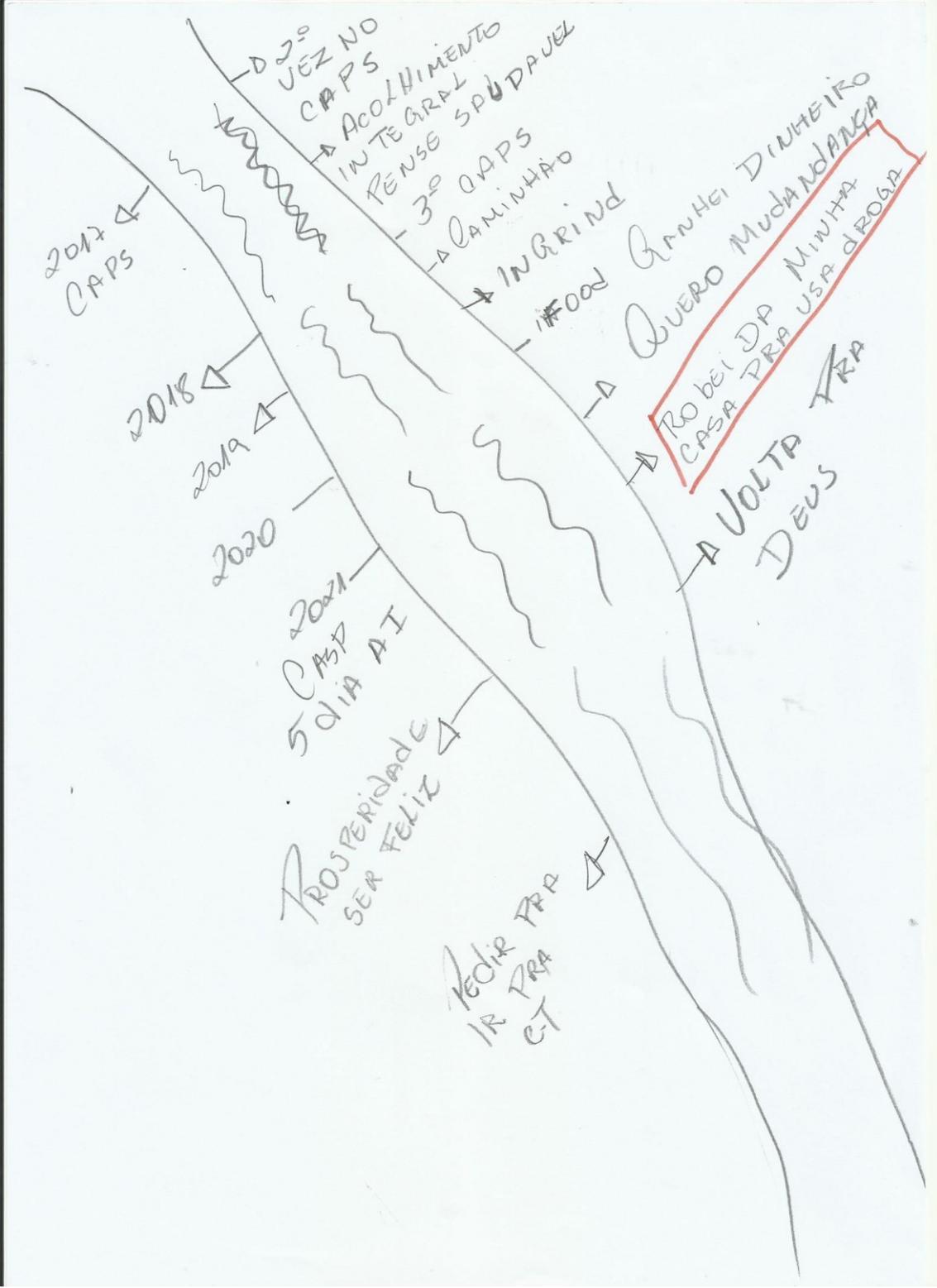




Florêncio 5







2017 ↙
CAPS

2018 ↙

2019 ↙

2020

2021
5 CASAS
VIA AI

PROSPERIDADE
SER FELIZ ↙

PEDIR PRA
IR PRA
CT ↙

DZº JEZ NO
CAPS
ACOLHIMENTO
INTEGRAL
PENSE SP/DPAJEL
- 3º CAPS
- A CANINHÃO

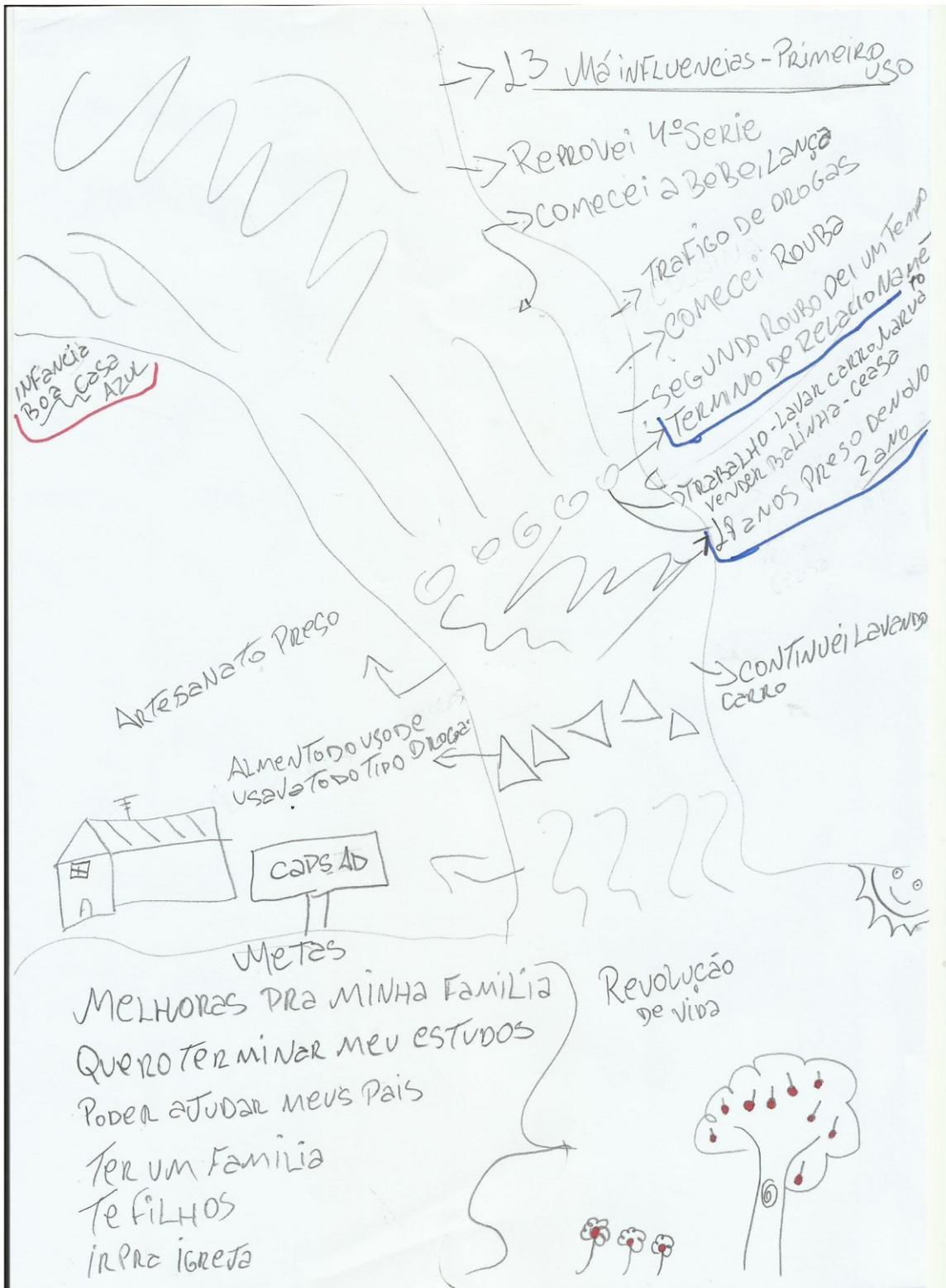
INGRIND
FOOD

QUERO GANHEI DINHEIRO
ROBEI DA MINHA
CASA PRA USA DROGA

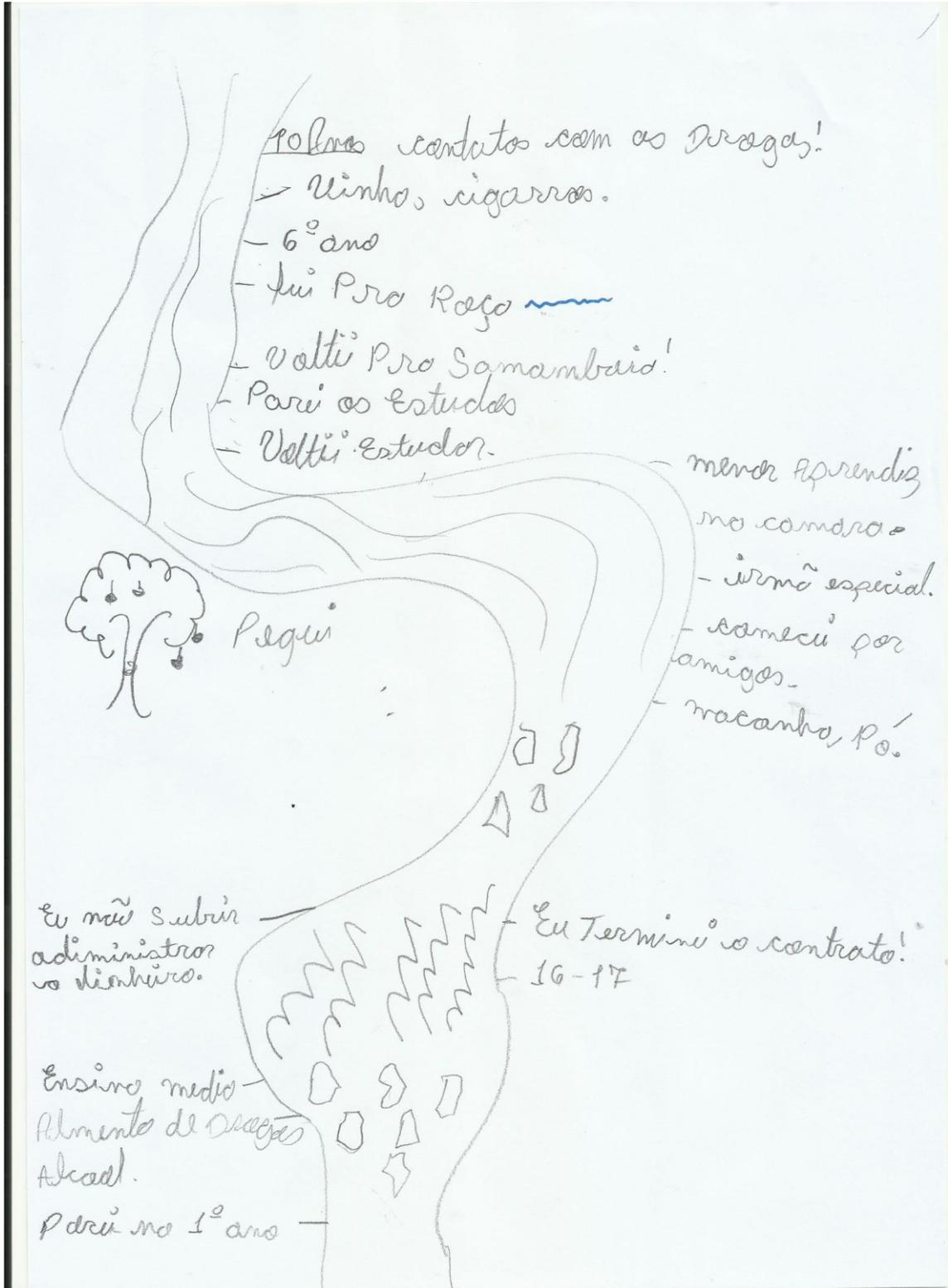
A VOLTA DEUS TRA

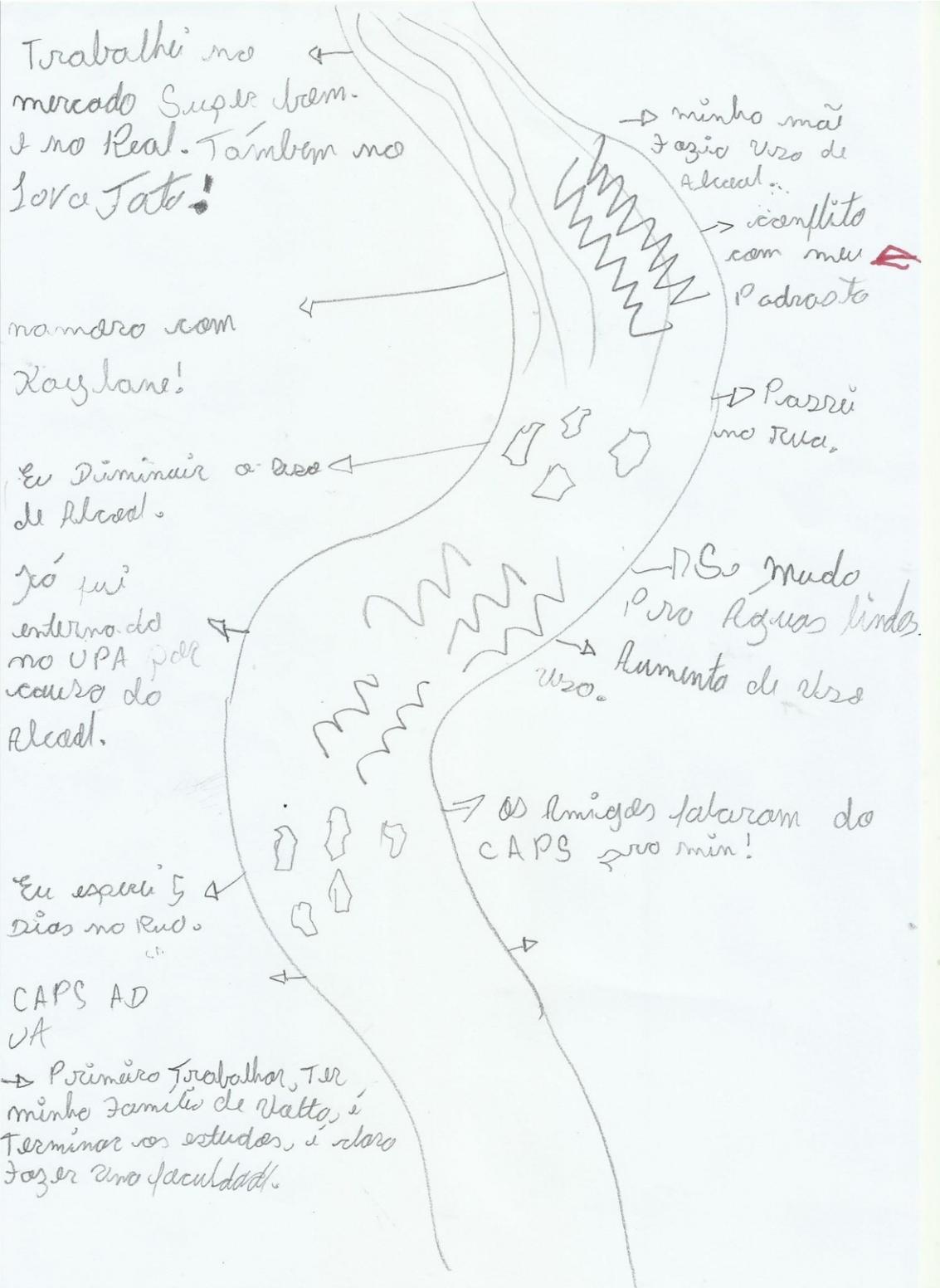
A VOLTA MUDANÇA

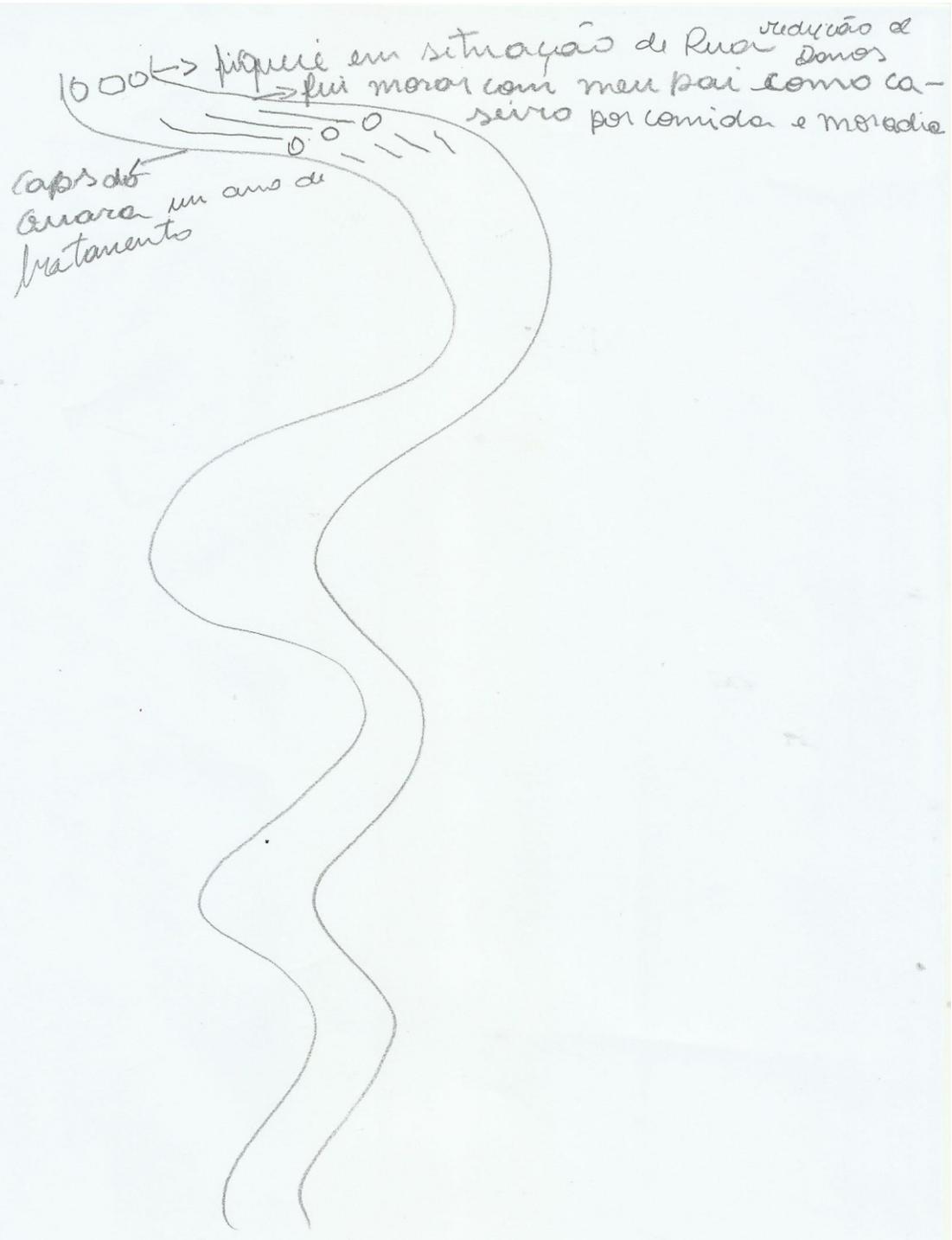
Florêncio 6



Florêncio 7



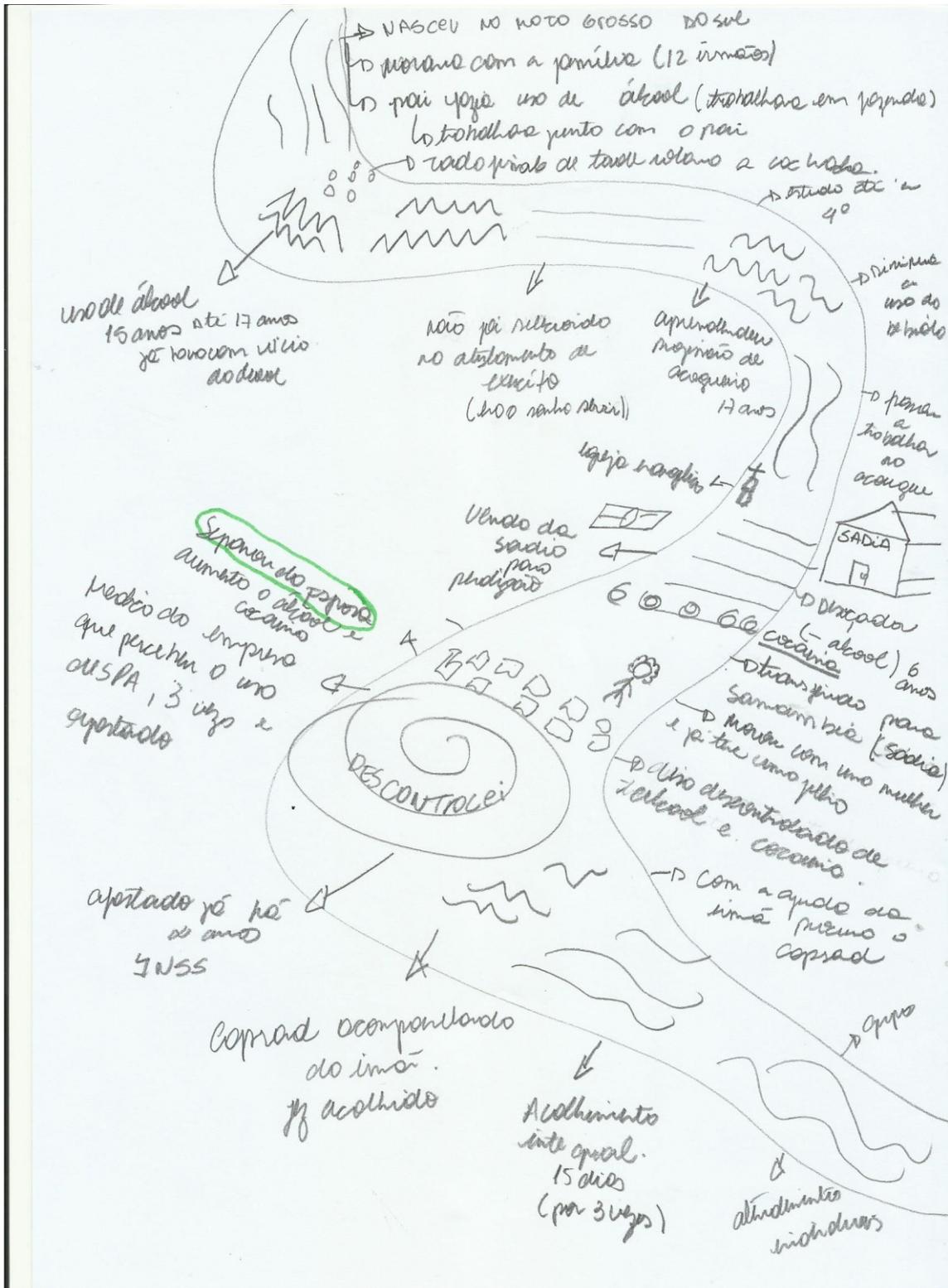


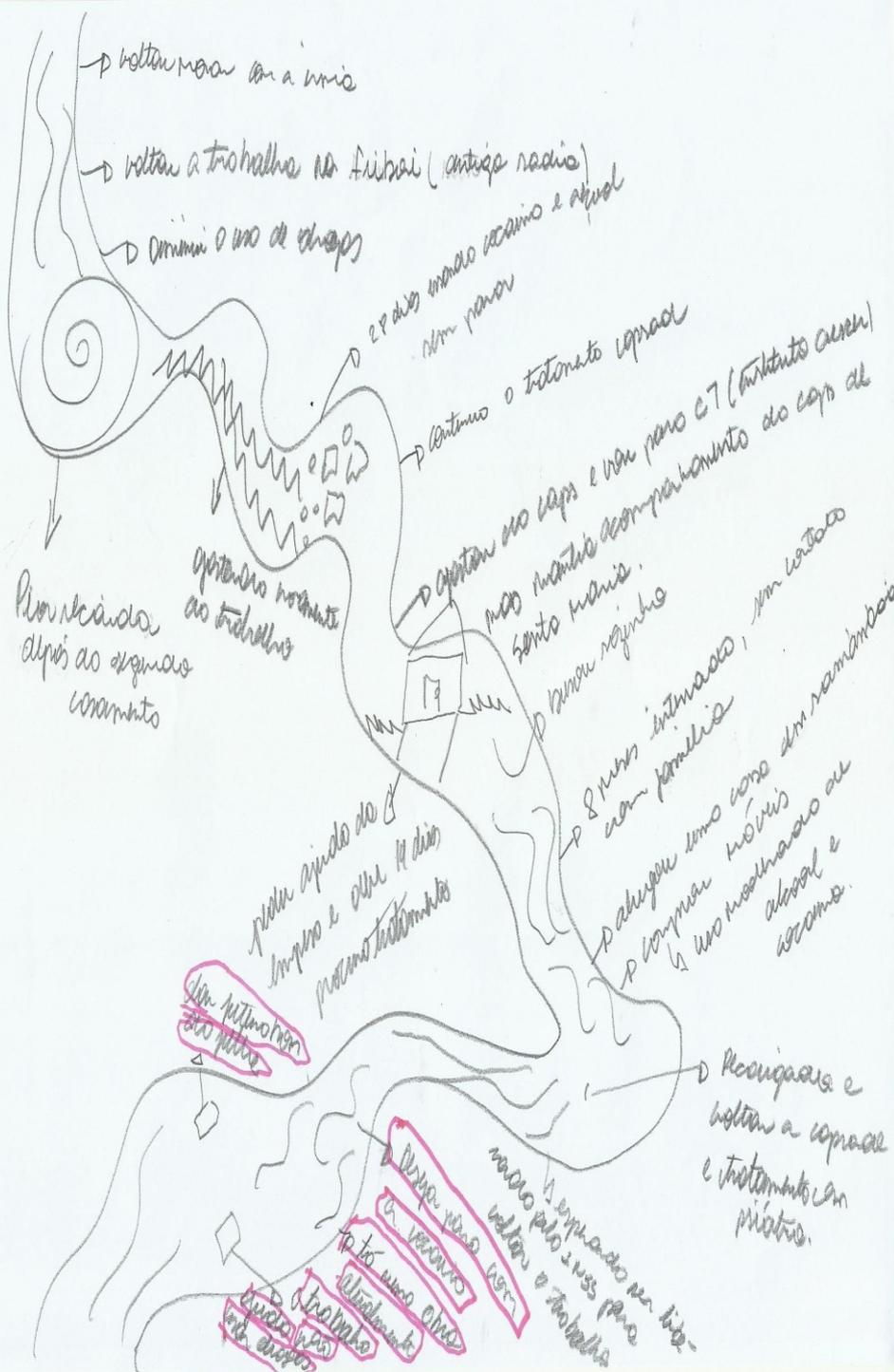


1000 → fiquei em situação de Rua ^{redução de} Donos
→ fui morar com meu pai como ca-seiro por comida e mercedie

Caps do Anore um ano de tratamentos

Florêncio 8





→ voltar para em a unia

→ voltar a trabalhar na fibra (antecipadiao)

→ diminui o uso de chape

→ 2 p dias mais curativos e atual em paron

→ continua o tratamento capace

→ optimo no tratamento do trabalho

→ optimo no caps e uso para e 7 (trabalho curativo)

→ nos meses de acompanhamento do caps de sono mais

→ uma rotina

→ 8 dias intensivos, em contato com familia

→ depois um com de tratamento

→ corrigir os erros

→ uso modificado de alcool e curativos

→ Recupera e voltar a capace e tratamento em pratica

→ Depois para voltar a trabalhar

→ emprego na libe mas pelo uso para

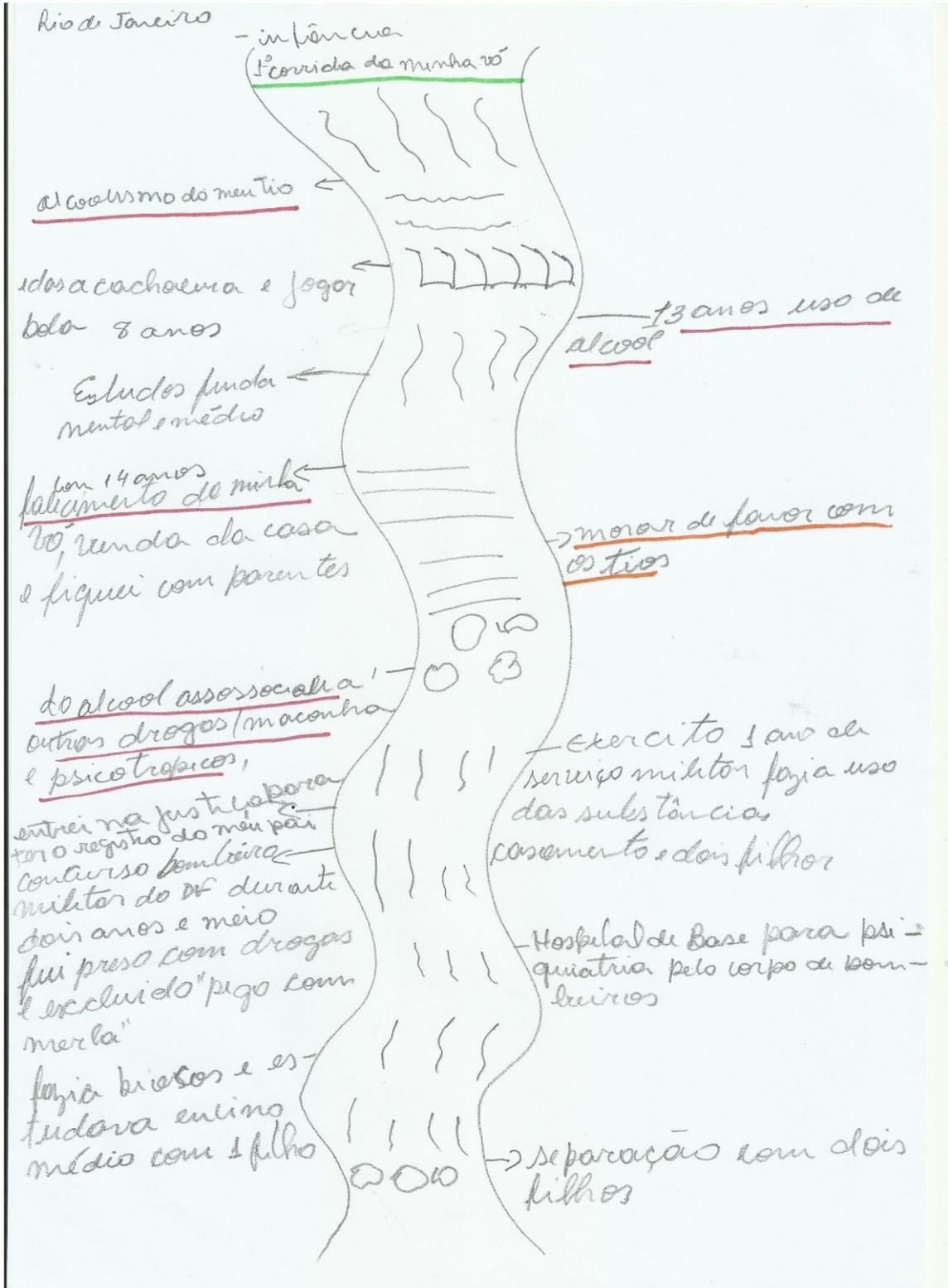
→ to to uma obra

→ tratamento

→ curativos

→ uso de chape

Florêncio 9



depois da separação fui morar com meu pai e comecei a ir ao CAPS ADII

Guara durante um ano fiquei limpo até o governo do PT não comprar o medicamento nortripcina que trava a ansiedade

→ Tive recaída e fui para amazonas ver minha mãe um ano

→ voltar e fiquei na sua abordagem redução de danos ^{1º contato CAPS Somação}

não conseguiu atendimento pois não tinha profissional para acolhimento

→ casa de meu pai e consegui marcar a consulta no caps e fazer o acolhimento

começo das terapias na casa do meu pai

passsei por dificuldades com a família e

e uma psicóloga do CAPS me orientou a

ir fazer um curso no IFB de Pintor de parede e quando terminei o curso comecei a fazer outro de técnico em edificações

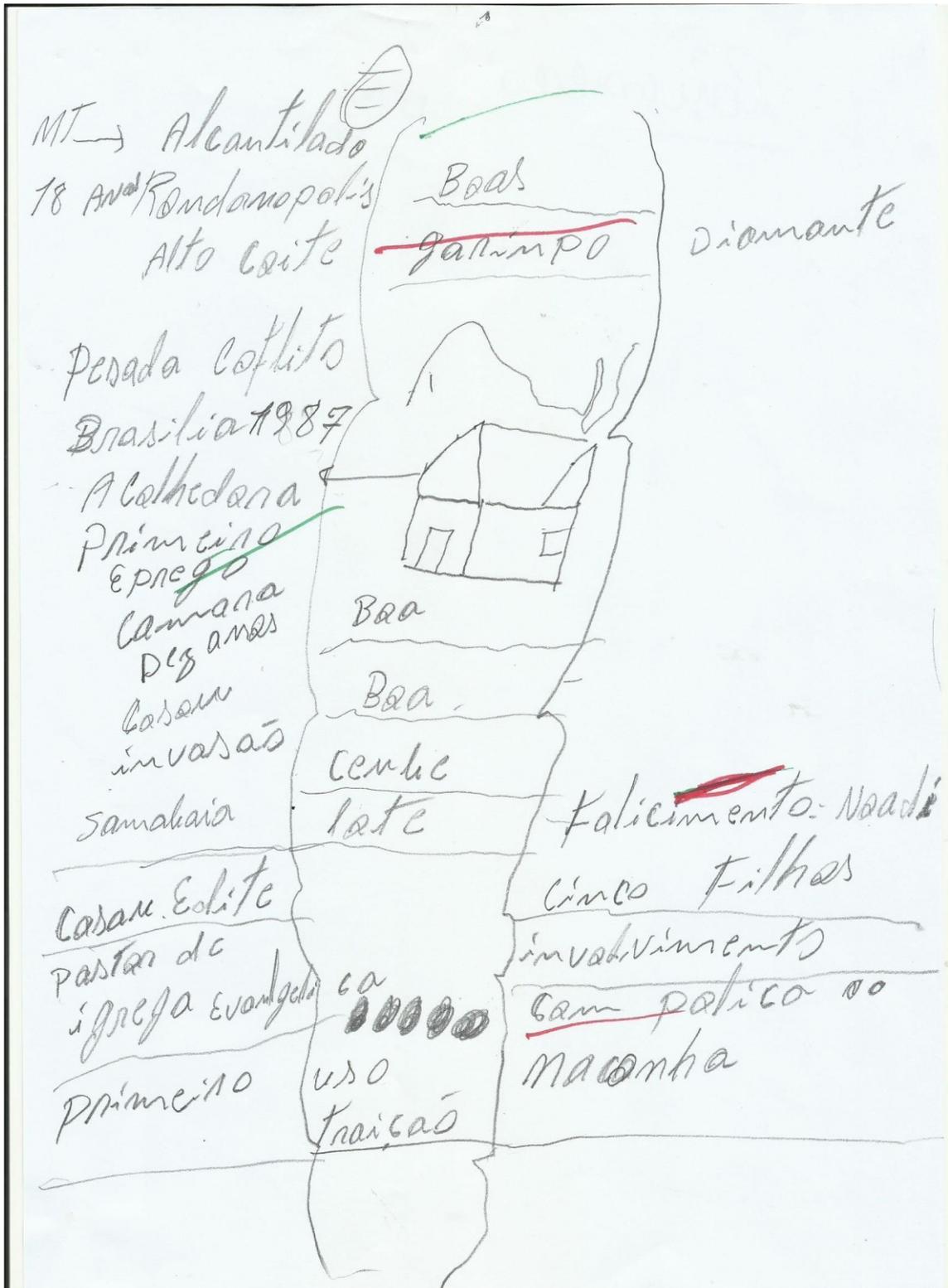
e tinha o auxílio permanência.

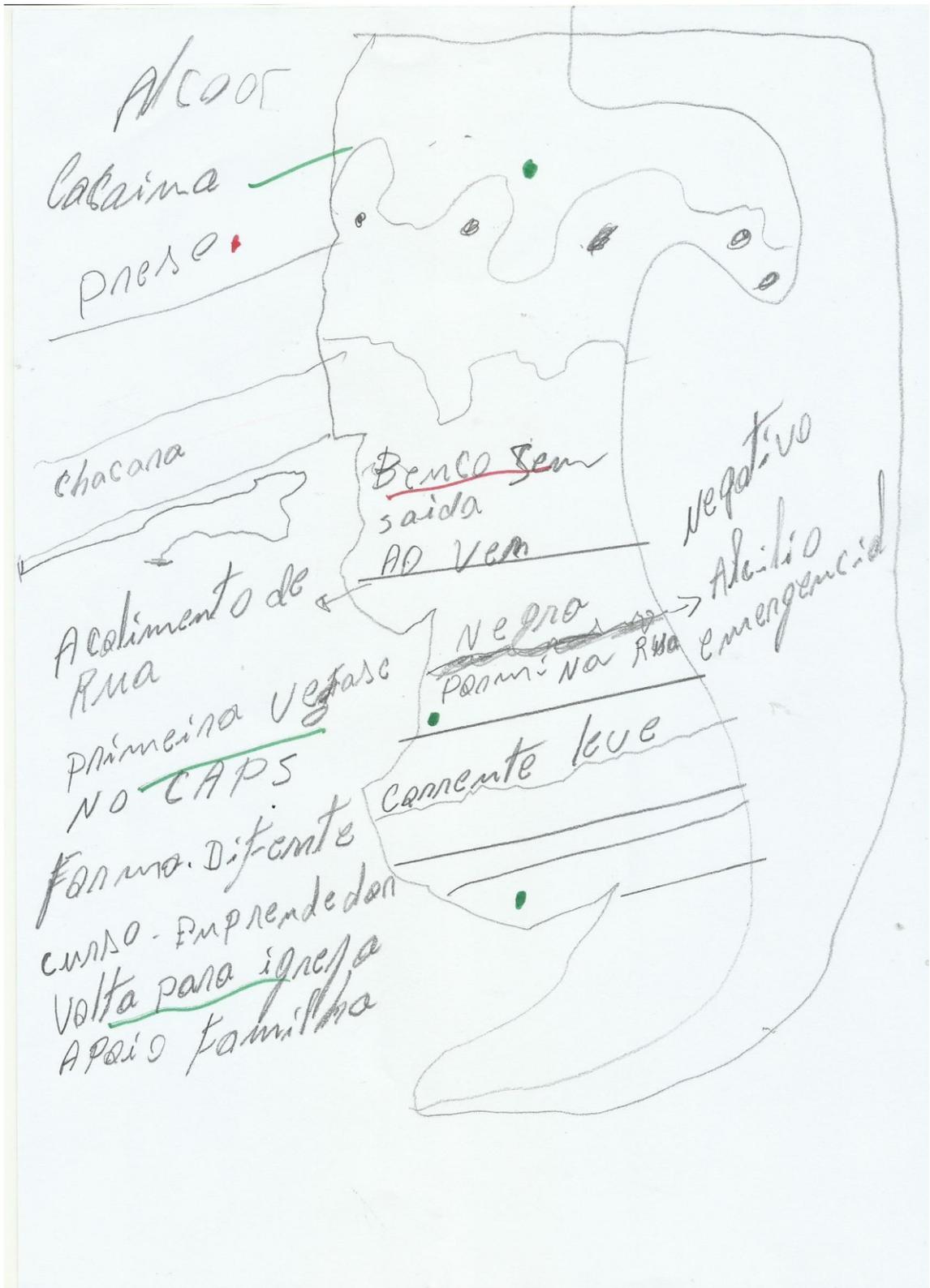
→ Saí de casa de meu pai e fui para VA onde a assistente social me indicou ir para o CREAS para solicitar auxílio aluguel e consegui e passei um ano recebendo e morando de aluguel

quando comecei o curso de edificações fui batizado na igreja evangélica Aquaviva e estou em abstenência a anos até agora enfrentando os problemas cotidianos sem fazer uso



→ durante o tratamento no caps semana-
laria fiz terapia ocupacional no graças
de xunda costurando artefatos.
- fiz o ENEM e entrei para o curso de
graduação em Design de Produtos
no IFB estou no III semestre
→ projetando meu futuro penso em
continuar estudando e formar em
professor e me casar novamente





ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ITINERÁRIO TERAPÊUTICO: sobre as idas e vindas por cuidados em saúde mental de pessoas em uso problemático de álcool e outras drogas

Pesquisador: Daniela Sousa de Oliveira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 39654020.0.0000.0030

Instituição Proponente: Departamento de Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.505.491

Apresentação do Projeto:

Conforme documento "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1594727.pdf", postado em 07/12/2020:

"Desenho: o estudo de natureza pesquisa-intervenção propõe fazer recortes sobre os processos de buscas de cuidados encaminhados por usuários que frequentam o equipamento de saúde mental CAPSad III. Com a oportunidade de compreender o engajamento dos processos dessas construções identificados a partir da realização de oficinas baseados na estratégia do rio da vida.

"Resumo:

Trata-se de um estudo qualitativo centrado nas buscas de cuidados de pessoas que utilizam os serviços de saúde mental, mais especificamente o CAPS ad III que além de constituir equipamento substitutivo da luta antimanicomial brasileira também é porta de entrada de pessoas em sofrimento pelo uso nocivo ou problemático de álcool e outras drogas. O objetivo é analisar as buscas de cuidados a partir dos Itinerários Terapêuticos advindos dos processos de cuidado das pessoas em uso problemático de álcool e outras drogas. A metodologia a ser aplicada é fundamentada na pesquisa-intervenção, e o método geração de oficinas tendo como base na estratégia de rio da vida. As informações coletadas serão submetidas a análise temática simples."

"Introdução:

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com

Esse estudo refere-se aos encontros e desencontros derivados das experiências como residente multiprofissional em saúde coletiva, nos anos 2016/2018, e residente multiprofissional em saúde mental adulto, ainda em curso pela Secretária de Saúde do Distrito Federal – SESDF. Essas experiências possibilitaram reflexões sobre inúmeras maneiras de construir cuidados em saúde mental. Nenhuma delas se mostrou tão relevante quanto os processos que emergiram dos significados, que as buscas têm para as pessoas. E são nessas travessias que o itinerário terapêutico surge como uma perspectiva de construção social da doença, que suscita o sentido nas buscas por saúde mental legitimados pelas experiências das pessoas (JÚNIOR, 2016) [...]

[...] Assim sendo, torna-se imperativa a necessidade de estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e assistência social, que tenha ênfase na reabilitação e reinserção social dos seus usuários. Considerando, ainda, que a oferta de cuidados a pessoas que apresentem problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas deve ser baseada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial especializada, devidamente articulado à rede assistencial em saúde mental e ao restante da rede de saúde. Tais dispositivos devem fazer uso deliberado e eficaz dos conceitos de território e rede, bem como da lógica ampliada de redução de danos, realizando uma procura ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas, de forma integrada ao meio cultural e à comunidade em que estão inseridos, e de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica (SILVEIRA, 2003)[...]

[...] Os CAPSad são equipamentos especializados substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, cuja ênfase se dá na oferta de cuidados territorializados a esse perfil de pacientes, com abrangência acima de 70 mil habitantes. A população atendida é de adultos e jovens a partir dos 16 anos com a finalidade de reinserção social, construção cultural e ressignificação dos cuidados a partir de atividades terapêuticas realizadas por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar (BRASIL, 2010). Diante do contexto organizativo dos serviços, o modo como se dão as buscas de cuidados dentro da rede atenção à saúde psicossocial, somadas aos interesses pessoais, traz visibilidade para diversidade de saberes e práticas. Que desafiam os serviços a se ajustarem às demandas individuais e coletivas, principalmente em relação à complexidade da integralidade e inserção sociocultural em articular arranjos mais porosos, sujeitados as interfaces do sofrimento, e dos cuidados que a partir dos delineamentos permitidos pelos Itinerários Terapêuticos (IT) (ABRASCO, 2016). Para Bellato et al (2016), o IT é o resultado das experiências do adoecimento e as buscas por cuidado. Nos quais se delineiam escolhas trajadas que se sobressaem dentro do contexto de

saúde/doença pretendendo a realidade imposta, a partir das experiências do cuidar e ser cuidado, sendo, portanto, um engajamento de fatos ao ponto de fornecer aprendizado (BELLATO et al, 2016). Em meio aos modelos de atenção à saúde desenhados por comportamentos, a procura é condicionalmente moldada por contextos culturais e sociais, que vão além do conhecimento científico e médico (GERHARDT et al, 2016). Os ITs acontecem dentro das circularidades das relações, desafiando os serviços de saúde a deslocar-se de sua própria lógica, para atentar-se às reais necessidades do território. Constituem arranjos forjados na centralidade do usuário mediante as dinâmicas cotidianas que as pessoas se colocam, ocasionadas pelas produções e reproduções de trajetórias que buscam devolver respostas diferentes para criação de sentido individual e coletivo, porque as pessoas constroem formas de multidimensionamentos também ao adoecer [...]

[...] Dessa maneira a concepção de IT não apenas direciona as condutas relacionadas aos cuidados à saúde, resumidas às estratégias e táticas na procura de solução do sofrimento. Todavia estão relacionadas às práticas voltadas para escuta qualificada das narrativas que as pessoas desenvolvem ao explicitar suas dificuldades, perdas e ganhos no processo de buscas de “tratamento” (ALVES, 2016). As cadeias de acontecimentos, fluxos e linha de atenção, usualmente fechadas, não levam em conta que a verdadeira necessidade dos pacientes não são as buscas por tratamentos, mas primordialmente à promoção de arranjos e estratégias em propor campos de possibilidades para cada cuidado à saúde, uma vez que os serviços terapêuticos dependem dos processos interativos que estão presentes no cotidiano, instituídos pelas vicissitudes da doença (ALVES, 2016, p.136).

Usuários em uso problemático de álcool e outras drogas sofrem com estigmatização social, higienização social e muitos vínculos rompidos. Esses e outros aspectos desafiadores do enfrentamento dessas problemáticas pelos usuários se mostram na atualidade ainda mais complexos de serem abordados. Fortalecido ainda mais com promulgação da nova Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas de 2019 (BRASIL, 2019), que contraria substancialmente as propostas empenhadas nos últimos 30 anos de reforma psiquiátrica, retrocedendo o modelo de atenção, com a instituição e inclusão na rede psicossocial, da volta para a reclusão em hospitais psiquiátricos. Ganham ênfase também as comunidades terapêuticas, manicomiais, sendo correspondentes ao “tratamento” de pessoas em uso problemático de álcool e outras drogas (MENDES, 2016) [...]"

"Hipótese:

O correr da vida embrulha tudo; a vida é assim: esquentada e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com

depois desinquieta. O que ela quer da gente é coragem. (Guimarães Rosa) A Reforma Psiquiátrica veio para possibilitar a construção de pessoas com posicionamento político, dignidade, cidadania. As buscas por cuidado em saúde mental advêm da interação da pessoa com o seu território e serviços ofertados. Tomando como ponto de partida a pessoa e não a doença, que se constrói e se adapta aos desejos e realidades delineadas, que pretende dar conta da integralidade do cuidado. A escuta é compreendida como ferramenta fundamental para ampliação e qualificação das narrativas que se sobrepõem aos desnivelamentos dos itinerários percorridos (ABRASCO, 2016). Este estudo tem a proposta de criar uma caixa de ressonância das narrativas das pessoas que estão em uso problemático de álcool e outras drogas, através de seus ITs. A ABRASCO (2016) realizou uma pesquisa sobre a publicação de artigos sobre IT, e utilizando descritores como: linhas de cuidado, trajetória do cuidado, trajetória de tratamento, trajetória do paciente; foram encontrados 428 produções e selecionados 77 artigos que evidenciaram a concepção de IT, entre os anos 2004 a 2014. Nesse levantamento, no ano de 2012 foram encontradas 14 publicações e no ano de 2005 apenas 01. Dentre as publicações, apenas 29 eram dissertações de mestrado, que estão disponibilizados na íntegra, de um total de 296 publicações encontradas no âmbito da produção acadêmica de pós-graduação, o que evidencia a importância do presente estudo. Possivelmente, com a passar dos anos o número referente às publicações acerca dessa temática tenha aumentado ou se mantido nesses indicadores. Um fator importante da pesquisa é que a maioria dos trabalhos evidenciam a construção de fluxogramas, mapas ou desenhos de redes, com foco na oferta de serviços e não nas necessidades. E em outros a atenção voltava-se para as imbricações ao tema da doença e tipos de cuidados e tratamentos (ABRASCO, 2016). Com a intenção de elucidar percepções e comportamentos de buscas de cuidados das pessoas em uso problemático de álcool e outras drogas, o IT entra na perspectiva de subsidiar reflexões sobre a circularização entre os serviços selecionados para atendimentos em saúde mental. Esta pesquisa propõem uma readequação do IT não como instrumento de processamento de informações tensionadoras das lógicas estabelecidas, mas a reinvenção e caracterização dos cuidados desenhados pelas experiências das pessoas seus sofrimentos. E assim estimular o protagonismo, a autonomia e a corresponsabilização dos usuários dos serviços de saúde mental, com intenção de relativizar e subjetivizar todas as práticas implicadas por buscas de cuidados, dentro da polissemia de cada um (GERHARDT, 2016; SILVA, 2019). O uso de drogas é percebido de diferentes maneiras teóricas e práticas, que se estrutura no manejo com os usuários. Em sua maioria, a população em situação de rua, que sofre ainda com descaso de oferta de cuidados compatíveis com os seus desejos e prioridades, colocando-os na invisibilidade. Advindo de sistemas proibicionistas que enxerga o

sofrimento como doença e articula mecanismos de exclusão social. Enquanto outros equipamentos de lógicas de trabalhos contrariam, tensionam através da redemocratização do saber colocando a pessoa no centro, com oportunidade de fala. Pois na maioria das vezes, a pessoa sequer é perguntada de quais tratamentos poderia causar-lhe saúde. E quais serviços e equipamentos funcionam dentro do seu percurso de circularidade de cuidado em saúde mental (SILVA, 2020). Instaurados contrapontos de concepções de tratamentos de saúde, se nota a coexistência de duas concepções, onde uma se firma na abordagem de redução de danos e outra na consolidação da abstinência e cura. Propostas ideológicas que têm valores e processos de cuidados dicotômicos. Para o usuário do SUS, pode representar uma caminhada na contramão, repleta de inseguranças"

"Metodologia Proposta:

Trata-se de um estudo qualitativo que busca conhecer os percursos de cuidados pelas pessoas em uso problemático de álcool e outras drogas. A pesquisa qualitativa trabalha com a subjetividade, com cunho reflexivo e crítico. Advém de um aprofundamento importante para sedimentar os objetivos deste estudo. Para Gondim (2002) "a abordagem qualitativa objetiva uma aproximação do contexto real, com intuito de provocar uma flexão do homem sobre si através das intenções sociais da pessoa" (GONDIM, 2002, p.150). Para Minayo (2009) a pesquisa qualitativa argumenta nos níveis das ciências sociais na qualidade de conhecer a realidade, os significados, atitudes que se relaciona profundamente em lugares, processo e fenômenos que não são explicadas no nível operacional (MINAYO, 2009, p.3). Para Engel (2009), os pesquisadores que optam em usá-la procuraram explicar o porquê das coisas, uma vez que está atrelada à imprevisibilidade; que fogem de buscas quantitativas que submetem a prova de fatos e agarram-se às informações que se valem de diferentes abordagens (ENGEL, 2009). "Na pesquisa qualitativa o cientista é ao mesmo tempo o sujeito e o objeto de suas pesquisas", com oportunidade de produzir novos dados e informações que respondam questionamentos e hipóteses (ENGEL, 2009, p.32). Importa-se com a natureza real dos fatos, com a tentativa de explicar o trato social centrado em compreendê-los. Trabalha com subjetividade e o envolvimento do pesquisador com pesquisado (MINAYO, 2009). Tais conceituações dos autores se aproximam significativamente à presente proposta de estudo, que se propõe a conhecer o caminho que as pessoas em uso problemático de álcool e outras drogas que utilizam os serviços do CAPSad III de Samambaia-DF. Tal equipamento de saúde atua numa perspectiva subjetiva de envolvimento do usuário com serviços ofertados na unidade e nas redes, o que traz relevância social e contribui para desenvolvimento de processos de cuidados e objetivos que esteja diretamente ligado à realidade da população. Tomado pela "objetivação do fenômeno,

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com

Continuação do Parecer: 4.505.491

hierarquização das ações de descrever, compreender, explicar, precisão das relações entre o global e o local em determinado fenômeno" (ENGEL,2009, P35), assim como na pesquisa qualitativa este projeto desafia as diferenças obedecendo orientações teóricas e empíricas, com oportunidade de encontrar respostas fidedignas. O que pode se contrastar com o mundo social e o real em objeção em olhar para um modelo único de pesquisa qualitativa.

A pesquisa qualitativa se revela um método que corresponde com objetivos e a proposta interventiva desta pesquisa. Visto que se preocupa com aproximação e profundidade no campo a ser observado, delineando até outras questões que possam surgir sobre a utilização dos instrumentos de investigação e grupos de pesquisa, um olhar amplo do objeto pesquisado (ENGEL,2009). Coaduna-se com a oportunidade dos profissionais de saúde, devido sua experiência, ganham vantagem pela aproximação da realização do estudo nos serviços e facilidade na interpretação das informações. Parte da visão de incorporar os sentidos e significados com a intenção de proporcionar construções proximais e contextualizadas com cotidiano do objeto em pesquisa (STREK,2016). Para Turato (2005) os métodos qualitativos se caracterizam como: o interesse do pesquisado é no significado, representatividade, organização social e símbolos. O local do desenvolvimento da pesquisa é o ambiente natural do sujeito. O pesquisador é instrumento da pesquisa. É caracterizada pelo refinamento e benefício de atuação no ambiente natural do sujeito".

Conforme documento "PROJETOMESTRADOUNB2020.pdf", postado em 01/10/2020:

"2.2 TIPO DE ESTUDO

O estudo do tipo pesquisa-intervenção propõe desenvolver espaços para a construção de conhecimentos e trocas de ideias, a partir da sistematização das experiências, com intenção de transformar a realidade do sujeito. Tem a visão reflexão coletiva de relevância social, propicia relação entre o pesquisador e sujeitos das pesquisas. Há possibilidades ricas tanto de descrição da realidade quanto da interpretação problematiza no coletivo, pois os sujeitos são reconhecidos como coprodutores. Gera conhecimento, o qual, captado pelo pesquisador, se move pela densidade descritiva e interpretativa, torna-se objeto de reflexão (ROCHA, 2003). Para este estudo optou-se pela pesquisa-intervenção, com enfoque no coletivo em um plano comum entre o sujeito e o objeto, um conjunto de pessoas reunidas com as mesmas intenções. Mendes (2016), em seu estudo que utiliza a pesquisa-intervenção sobre a interface da promoção da saúde, afirma que é um método "que parte das reflexões sobre ações" (MENDES, 2016, p. 1739).

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com

Continuação do Parecer: 4.505.491

Trata-se de se constituir uma grupalidade para além das dicotomias e hierarquias que hegemonicamente regem as relações institucionais e intersubjetivas no âmbito da saúde, sobrepujando as fronteiras preestabelecidas das disciplinas e dos saberes dos participantes da pesquisa para que, coletivamente, seja possível compreender a complexidade da realidade investigada (MENDES, 2016, p.1739).

Caracterizada pela indissociabilidade na pesquisa-intervenção os resultados são frutos da construção de ambos, tanto do pesquisador quanto do participante. Está no “plano dos segmentos, estratos, que estancam a circulação da vida e operam cortes e recortes que constituem a forma como a realidade se apresenta” (PASSOS E BARROS, 2015, p.92). Surge de um lugar onde permite inventar outras formas de refletir que vai contra ao pensamento homogêneo, pois procura a desnaturalização do objeto que busca conhecer, pela implicação do pesquisador. Essa pode ser captada pela produção de dados e não coleta de dado, porque se trata de uma modalidade que busca a horizontalidade das ações (PAULON, 2010).

A problematização baseada na história de vida permite conhecer a histórica de vida das pessoas que estão a caminho de melhor sua condição de saúde. Muito, embora, a percepção da pessoa é deixada de lado em meio à hegemonia médica. Por esse motivo se faz necessária a utilização de metodologias que ofereçam espaços de fala e escuta. Não há melhor caminho se não a voz da própria pessoa, pois esta é livre para relatar sua experiência pessoal e assim compartilhar os caminhos percorridos. Esta pesquisa se propõe trazer registros de experiências que não apareceram na categorização de metodologias rigorosamente fechadas na ideia do pesquisador (SANTOS, 2008).

Por esse motivo optou-se em utilizar a estratégia Rio da Vida. Esta se fundamenta nos princípios e trabalho de Paulo Freire e, segundo Wallerstein (2018), faz parte das pesquisas participativas em que o objetivo é entender os caminhos pelo qual as pessoas passam, cotidianamente. E para esta pesquisa, compreender os trajetos na busca de cuidado dentro do contexto individual. É um recurso que ajuda na reflexão pessoal, ou seja, estimula, de forma criativa, o compartilhamento de vivências. Possibilita riqueza nos processos de informações e o engajamento das pessoas no movimento que são suas vidas. Se baseia na metáfora do rio, que nasce, bifurca, encontra outros rios, correntes, lagos; nesse mesmo desenho processual é que ocorre na vida. Entender o lugar que se está e para onde está indo é fundamental para entender e criar caminhos que sejam compatíveis com o que seja para ter o que procura (SANCHEZ-YOUNGMAN et al, 2018).

Também será utilizado arranjo metodológico de oficinas, que têm uma abordagem que potencializa espaços para desenvolvimento de temáticas críticas, que envolvam opiniões,

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com

argumentações, significados e reflexões. Um ponto positivo das oficinas é o zelo no trabalho ético e político, onde é constituído pela democracia e as trocas de saberes, símbolos, conflitos para alcance de um grupo de construção social. Esse método valoriza o encontro de discussões e posicionamentos, uma vez que entende essas práticas substancialmente importantes para a relações sociais, pois facilita a construção de sentido. A pesquisa também contará com diário de campo a ser gravado com gravador de voz (STREK et al, 2016). Para Mendonça (2005) "As oficinas procuram caminhar no sentido de permitir ao sujeito estabelecer laços de cuidado consigo mesmo, de trabalho e de afetividade com os outros, determinando a finalidade político-social associada à clínica" (MENDONÇA, 2005, p.628). O trabalho com oficinas viabiliza uma relação dialética e se configura em um espaço de interação e troca de saberes, visando à produção de forma coletiva, proporcionando a ampliação do conhecimento, marcada pela horizontalidade na construção de saber inacabado, pois a proposta será a introdução de ferramentas de exploração (STREK et al, 2016; SPINK, 2014). Serão gravadas por um gravador e de voz e os produtos produzidos serão fotografados, por isso os participantes terão que assinar o termo de concordância de imagem e som para o estudo."

"Critério de Inclusão:

Serão incluídos para ao estudo os participantes que são atendidos pelo CAPSad III no mínimo de 6 meses

Critério de Exclusão:

Serão excluídos participantes que não fazem uso problemático de álcool e outras drogas, como: familiares que participam das atividades do serviço. E não participarão os com idade inferior a 18 anos, os que estiverem sob efeito de qualquer substância psicoativa e também aqueles estão sob tutela."

Objetivo da Pesquisa:

"Objetivo Primário:

Analisar as buscas por cuidados de pessoas em uso problemático de álcool e outras drogas proveniente da construção dos Itinerários Terapêuticos."

"Objetivo Secundário:

Investigar quais barreiras, potencialidades e desafios vivenciados no cotidiano de pessoas em uso problemático de álcool e outras drogas, por meio dos Itinerários Terapêuticos. Descrever a rede de atenção psicossocial a partir do entendimento do usuário que percorre serviços e ações de saúde

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com

no Sistema Único de Saúde - SUS. Distinguir os processos de cuidados que contribuem na promoção e prevenção da saúde de pessoas em uso problemático de álcool e outras drogas."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Riscos:

A proposta interventiva reconhece os riscos e os danos provocados aos participantes, como: psicológico, moral, social e intelectual. Ao colocar-se diante do pesquisador ou do coletivo, o participante, pode sentir: desconforto, estresse, cansaço, sentimento de invasão de privacidade e julgamento. Trabalhar com estes métodos, participativos, onde a pessoa, necessariamente, precisa se expor e se colocar contrária, a favor ou se abster sobre um determinado assunto, impõem uma série de questões pessoais e coletivas, que podem de certa forma causar algum tipo de ameaça ao participante, como: primeiro, os participantes podem sentir que está sob investigação e pode pensar que poderá sofrer, também, algum tipo de retaliação; segundo debater temas polêmicos que podem revelar conflitos velados do cotidiano entre os profissionais; terceiro, as pessoas poderão se incomodar em responder, que revele para ele de cunho pessoal. Os danos advindos da participação dos interessados nessa pesquisa, poderão ser minimizados por meio de uma abordagem humanizada, com enfoque na ambiência, entendendo o espaço físico, social, profissional e das relações interpessoais, como o lugar permeado por um olhar acolhedor, seguro e afetivo. Com atenção para trazer esclarecimentos, com uma linguagem apropriada e contextualizada. Outra proposta de minimizar os danos é construção de um contrato de convivência, como uma medida protetiva, que tem a intenção de estabelecer regras, convivência, democracia e respeito as individualidades e as diversidades dos participantes. Será Assegurado a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico – financeiro. Assegurar a inexistência de conflito de interesses entre a pesquisadora e os participantes da pesquisa e a coordenação do programa de residência multiprofissional.

Benefícios:

Os benefícios gerados aos participantes serão: desenvolvimento de habilidades sociais e relacionais; estímulo a valorização dos saberes e culturas; troca de experiências, que vai desde o reconhecimento de problemas a construções de estratégias de enfrentamento, e construção da linha do tempo do seu processo de idas e vindas na saúde mental. Aos trabalhadores será oferecido tutoria, para replicação da proposta, com respaldado na educação permanente a ser

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com

Continuação do Parecer: 4.505.491

pactuado com gestão local. A intervenção se caracteriza como fator de desinstitucionalização do Projeto Terapêutico Singular (PTS). Que atualmente tem se mostrado como elemento que institucionaliza o usuário, ao ponto dele mesmo não ter incentivo e autonomia para a criação de processos de cuidados baseados em sua realidade e cultura. "Outro desdobramento positivo do estudo é o estímulo a participação social dos participantes, um espaço legítimo de tomada de decisões os quais se fazem necessário diante da atual conjuntura de negligências no campo álcool e outras drogas. O estudo ainda propõe aumentar vinculação, por meio, de trocas entre os usuários que participaram das oficinas, os trabalhadores do equipamento como também os gestores; com intenção de oportunizar a horizontalidade entre as relações. Como produto deste estudo será construído um relatório sobre as atividades desenvolvidas, que serão compartilhadas com gestão e trabalhadores. E redação de artigos científicos para divulgação da experiência e inspirar outros pesquisadores as pesquisas participativas na saúde mental, além de compor o projeto singular e registro em prontuário para monitoramento dos processos de cuidados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto de Mestrado acadêmico do Programa de Pós-graduação de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, de Daniela Sousa de Oliveira, sob a orientação da Profa. Dra. Dais Gonçalves Rocha.

Os participantes de pesquisa incluem 15 pessoas de ambos os sexos e maiores de 18 anos. Foram apresentados dois TCLEs em modelo proposto pelo CEP/FS-UnB.

A Diretoria de Saúde Mental do SES/DF é instituição coparticipante.

Trata-se de projeto de pesquisa de financiamento próprio com orçamento de R\$ 392,99. A previsão para início do trabalho de campo é para o período de março a maio de 2021. No documento anexado foi apresentado em períodos/meses.

Foi apresentado o TERMO DE CESSÃO DE USO DE IMAGEM E/OU SOM DE VOZ PARA FINS CIENTÍFICOS E ACADÊMICOS, já que as oficinas serão gravadas por um gravador e de voz e os produtos produzidos serão fotografados. O termo está de acordo com o modelo do CEP.

Os roteiros para a realização das oficinas foram anexados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos acrescentados ao processo e analisados para emissão deste parecer:

1 - Informações Básicas do Projeto - "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1594727.pdf", postado em 07/12/2020.

2 - Carta de resposta às pendências apontadas no Parecer Consubstanciado No. 4.424.478 –

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com

Continuação do Parecer: 4.505.491

Documento em versão editável em "carta.doc", postado em 07/12/2020.

3 - Projeto Detalhado - versão não editável em "PROJETOMESTRADOUNB2020.pdf", postado em 07/12/2020.

4 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - versões não editáveis em "TCLE2.pdf" e "TCLE.pdf", postados em 07/12/2020.

Recomendações:

Não se aplicam.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Análise das respostas às pendências apontadas no Parecer Consubstanciado No. 4.424.478:

1. Quanto aos critérios de inclusão e exclusão no projeto da Plataforma Brasil:

1.1 Solicita-se reorganizar os critérios de inclusão e exclusão, uma vez que os critérios de inclusão foram colocados como critérios de exclusão e vice-versa.

1.2 Nos critérios têm-se que: "Serão incluídos para ao estudo os participantes que frequentam o CAPSad e que concordaram com a assinatura do TCLE." A assinatura do TCLE não é um critério de inclusão e sim um direito do participante em aceitar ou não sua participação na pesquisa. Solicita-se remover o trecho "e que concordaram com a assinatura do TCLE".

RESPOSTA: Adequações: página 21 - segundo paragrafo

"Serão incluídos para ao estudo os participantes que são atendidos pelo CAPSad III no mínimo de 6 meses. Serão excluídos participantes que não fazem uso problemático de álcool e outras drogas, como: familiares que participam das atividades do serviço. E não participarão os com idade inferior a 18 anos, os que estiverem sob efeito de qualquer substância psicoativa e também aqueles estão sob tutela".

ANÁLISE: Os critérios de inclusão e exclusão foram reformulados. PENDÊNCIA ATENDIDA

2. No projeto detalhado, página 15, último parágrafo, e na pagina 19, 2º parágrafo, foi informado o trecho "termo de concordância de imagem e som" para o estudo. Porém, o termo adequado seria "TERMO DE CESSÃO DE USO DE IMAGEM E/OU SOM DE VOZ PARA FINS CIENTÍFICOS E ACADÊMICOS". Solicita-se adequação.

RESPOSTA: Adequações: página 15 - segundo paragrafo

"Serão gravadas por um gravador e de voz e os produtos produzidos serão fotografados, por isso os participantes terão que assinar termo de cessão de uso de imagem e/ou som de voz para fins científicos e acadêmicos".

Adequações: página 19 - primeiro paragrafo

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com

Continuação do Parecer: 4.505.491

"Também será apresentado termo de cessão de uso de imagem e/ou som de voz para fins científicos e acadêmicos, na ocasião oportuna a pesquisadora esclarecerá o significado do termo e possíveis questionamentos advindos dos participantes".

ANÁLISE: O termo correto foi alterado. PENDÊNCIA ATENDIDA

3. A garantia de assistência ao participante de pesquisa não foi informada no TCLE. Conforme item IV.3 da Resolução CNS 466/2012, "c) esclarecimento sobre a forma de acompanhamento e assistência a que terão direito os participantes da pesquisa, inclusive considerando benefícios e acompanhamentos posteriores ao encerramento e/ ou a interrupção da pesquisa". Solicita-se adequação.

RESPOSTA: Adequações TCLE: página 1 – parágrafo 6

"A realização da proposta interventiva servirá como qualificação do Projeto Terapêutico singular quanto para valorização da centralidade da pessoa nos processos de cuidados. Garantimos o acompanhamento em até seis meses, depois da realização da proposta, com processos de cuidados compartilhados com serviço do CAPSad III, em atividades de grupo".

ANÁLISE: A garantia de assistência foi informada. PENDÊNCIA ATENDIDA

4. Solicita-se adequar os riscos e benefícios que ficaram repetidos, tanto no projeto da Plataforma Brasil como no projeto detalhado.

RESPOSTA: Adequações dos riscos: páginas 19 e 20 – primeiro e segundo parágrafo.

"A proposta interventiva reconhece os riscos e os danos provocados aos participantes, como: psicológico, moral, social e intelectual. Ao colocar-se diante do pesquisador ou do coletivo, o participante, pode sentir: desconforto, estresse, cansaço, sentimento de invasão de privacidade e julgamento. Trabalhar com estes métodos, participativos, onde a pessoa, necessariamente, precisa se expor e se colocar contrária, a favor ou se abster sobre um determinado assunto, impõem uma série de questões pessoais e coletivas, que podem de certa forma causar algum tipo de ameaça ao participante, como: primeiro, os participantes podem sentir que está sob investigação e pode pensar que poderá sofrer, também, algum tipo de retaliação; segundo debater temas polêmicos que podem revelar conflitos velados do cotidiano entre os profissionais; terceiro, as pessoas poderão se incomodar em responder, que revele para ele de cunho pessoal.

Os danos advindos da participação dos interessados nessa pesquisa, poderão ser minimizados por meio de uma abordagem humanizada, com enfoque na ambiência, entendendo o espaço físico, social, profissional e das relações interpessoais, como o lugar permeado por um olhar acolhedor,

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com

seguro e afetivo. Com atenção para trazer esclarecimentos, com uma linguagem apropriada e contextualizada. Outra proposta de minimizar os danos é construção de um contrato de convivência, como uma medida protetiva, que tem a intenção de estabelecer regras, convivência, democracia e respeito as individualidades e as diversidades dos participantes. Será Assegurado a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico – financeiro. Assegurar a inexistência de conflito de interesses entre a pesquisadora e os participantes da pesquisa e a coordenação do programa de residência multiprofissional”.

Adequações dos benefícios: página 20 – terceiro e quarto paragrafo

“Os benefícios gerados aos participantes serão: desenvolvimento de habilidades sociais e relacionais; estímulo a valorização dos saberes e culturas; troca de experiências, que vai desde o reconhecimento de problemas a construções de estratégias de enfrentamento, e construção da linha do tempo do seu processo de idas e vindas na saúde mental. Aos trabalhadores será oferecido tutoria, para replicação da proposta, com respaldado na educação permanente a ser pactuado com gestão local. A intervenção se caracteriza como fator de desinstitucionalização do Projeto Terapêutico Singular (PTS). Que atualmente tem se mostrado como elemento que institucionaliza o usuário, ao ponto dele mesmo não ter incentivo e autonomia para a criação de processos de cuidados baseados em sua realidade e cultura.

“Outro desdobramento positivo do estudo é o estímulo a participação social dos participantes, um espaço legítimo de tomada de decisões os quais se fazem necessário diante da atual conjuntura de negligencias no campo álcool e outras drogas. O estudo ainda propõe aumentar vinculação, por meio, de trocas entre os usuários que participaram das oficinas, os trabalhadores do equipamento como também os gestores; com intenção de oportunizar a horizontalidade entre as relações. Como produto deste estudo será construído um relatório sobre as atividades desenvolvidas, que serão compartilhadas com gestão e trabalhadores. E redação de artigos científicos para divulgação da experiência e inspirar outros pesquisadores as pesquisas participativas na saúde mental, além de compor o projeto singular e registro em prontuário para monitoramento dos processos de cuidados”.

ANÁLISE: Os riscos e benefícios foram reformulados. PENDÊNCIA ATENDIDA

Todas as pendências foram atendidas.

Não há óbices éticos para a realização do presente protocolo de pesquisa.

Continuação do Parecer: 4.505.491

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme Resolução CNS 466/2012, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, e Resolução CNS 510/2016, Art. 28, inc. V, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1594727.pdf	07/12/2020 13:06:22		Aceito
Outros	CARTA.doc	07/12/2020 13:05:49	Daniela Sousa de Oliveira	Aceito
Outros	TCLE2.pdf	07/12/2020 13:02:54	Daniela Sousa de Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	07/12/2020 13:00:58	Daniela Sousa de Oliveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOMESTRADOUNB2020.pdf	07/12/2020 13:00:42	Daniela Sousa de Oliveira	Aceito
Outros	concordancia2.doc	23/10/2020 08:27:24	Daniela Sousa de Oliveira	Aceito
Outros	IMAGEM2.pdf	23/10/2020 08:25:02	Daniela Sousa de Oliveira	Aceito
Outros	proponente.pdf	23/10/2020 08:22:17	Daniela Sousa de Oliveira	Aceito
Outros	CONCORDANCIA.pdf	06/10/2020 16:23:09	Daniela Sousa de Oliveira	Aceito
Outros	DANIELA.pdf	06/10/2020 16:18:37	Daniela Sousa de Oliveira	Aceito
Outros	DAIS.pdf	06/10/2020 16:18:10	Daniela Sousa de Oliveira	Aceito
Folha de Rosto	ROSTO.pdf	06/10/2020 16:12:11	Daniela Sousa de Oliveira	Aceito
Outros	RESPONSABILIDADE.doc	01/10/2020 10:17:24	Daniela Sousa de Oliveira	Aceito
Outros	carta.docx	01/10/2020 10:16:36	Daniela Sousa de Oliveira	Aceito
Outros	CARTA.pdf	01/10/2020 10:08:43	Daniela Sousa de Oliveira	Aceito
Outros	ROTEIRO2.pdf	01/10/2020 10:08:18	Daniela Sousa de Oliveira	Aceito

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com

UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 4.505.491

Outros	Roteiro.pdf	01/10/2020 10:08:00	Daniela Sousa de Oliveira	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	01/10/2020 10:05:41	Daniela Sousa de Oliveira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	responsabilidade.pdf	01/10/2020 10:04:04	Daniela Sousa de Oliveira	Aceito
Cronograma	cronograma2.pdf	01/10/2020 10:03:34	Daniela Sousa de Oliveira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 21 de Janeiro de 2021

Assinado por:
Marie Togashi
(Coordenador(a))

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com