

A CONSTRUÇÃO DA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL A PARTIR DO COTIDIANO DE PESSOAS ACOMPANHADAS EM UM CAPS AD EM RECIFE

The Construction of psychosocial rehabilitation based on the daily life of people accompanied in a CAPS AD in Recife

Mayara Vieira Damasceno¹
Maria Isabel Pedrosa²

Artigo encaminhado:28/08/2024
Artigo aceito para publicação:09/07/2025

RESUMO

Apoiada na perspectiva teórico-metodológica da Rede de Significações, que vê a pessoa inserida em uma matriz sócio-histórica, constituindo sua microcultura e sendo constituída por ela, a investigação teve como objetivo analisar, na perspectiva dos usuários de álcool e outras drogas, seus Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), elaborados em um Centro de Atenção Psicossocial pelo próprio usuário e pela equipe que o acolhe e o acompanha. Os projetos são compreendidos como um planejamento de percurso visando ao resgate da autonomia e bem-estar do usuário. Após a aprovação do Comitê de Ética, os participantes da pesquisa foram convidados para uma entrevista com um roteiro semiestruturado e suas respostas foram audiogravadas. A análise temática dos conteúdos revelou que os usuários desconhecem o termo Projeto Terapêutico Singular. Também não reconhecem a existência de um projeto orientador do cuidado ou a figura de um Técnico de Referência (TR), embora identifiquem diversos profissionais com quem interagem no cotidiano. Entretanto, há indícios de que o vínculo com técnicos, com outros usuários, e o sentimento de pertencimento ao serviço fortalecem o resgate da autonomia. Estratégias de redução de danos emergem com outros nomes, reafirmando o cuidado em liberdade previsto por leis no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Conclui-se que o acesso ao serviço especializado na rede de atenção em saúde mental do SUS é crucial para a criação de novos pertencimentos e redes de significação, sugerindo novas formas de se posicionar no mundo

¹ Terapeuta Ocupacional. Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). E-mail: mayara.vieiradamasceno@ufpe.br.

² Psicóloga. Doutora em Psicologia pela Universidade de São Paulo. Professora do departamento de Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). E-mail: maria.cpedrosa@ufpe.br.

através dos vínculos estabelecidos.

Palavras-chave: Processos de significação; centro de atenção psicossocial; transtornos por uso de drogas; redução de danos; projeto terapêutico singular.

ABSTRACT

Based on the theoretical-methodological perspective of the Network of Meanings, which sees the person as inserted in a socio-historical matrix, constituting their microculture and being constituted by it, the research aimed to analyze, from the perspective of users of alcohol and other drugs, their Singular Therapeutic Projects, developed in a Psychosocial Care Center by the user himself and by the team that welcomes and accompanies him. The projects are understood as a planning of a path aimed at restoring the autonomy and well-being of the user. After approval by the Ethics Committee, the research participants were invited to an interview with a semi-structured script and their answers were audio-recorded. The thematic analysis of the content revealed that users are unaware of the term Singular Therapeutic Project. They also do not recognize the existence of a care-guiding project or the figure of a Reference Technician (RT), although they identify several professionals with whom they interact daily. However, the bond with professionals, with other users and the fact that they feel they belong to the service seems to value the recovery of autonomy. Harm reduction strategies appear strongly under other names, affirming the history advocated by national and state laws of care in freedom for users of alcohol and other drugs, within the scope of the Unified Health System. It is concluded that seeking specialized services in mental health care network is a preponderant factor in the creation of new belongings and networks of meaning, suggesting through the link other ways of positioning oneself in the world.

Keywords: Meaning-making process; Substance Abuse Treatment Center; drug use disorders; harm reduction; Singular Therapeutic Project.

1 INTRODUÇÃO

É com o marco histórico da assinatura da Declaração de Alma-Ata, elaborada na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em 1978 (Brasil, 2002), que ocorre a mudança do modelo de atenção à saúde, iniciado no século XX. No Brasil, com uma grande virada na década de oitenta, instaura-se uma nova forma de olhar o arranjo comunidade *versus* pessoa, com um esforço considerável na tentativa de superar o modelo hegemônico dicotômico de saúde-doença centralizado no médico.

Nesse recém lugar de conquistas e disputas, a atenção à saúde básica passa a ser direcionada para o território com considerações que atendam a uma prática biopsicossocial, ampliada e sustentada no trabalho compartilhado, na singularidade do sujeito e no convite à corresponsabilização da pessoa em seus processos de cuidado (Facchini, 2018; Paim, 2017).

É com base nesse pilar da singularidade dos usuários que trabalhadores e gestores implicados na produção de saúde começam a experenciar em suas práticas a clínica ampliada como uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização – PNH (Brasil, 2004). Para Campos (2017), quem inspirou o Ministério da Saúde a adotar o termo da clínica ampliada ou clínica do Sujeito, essa prática acontece no fazer cotidiano.

Como prerrogativa para a sua concretização, a clínica ampliada está apoiada na (i) responsabilização compartilhada entre os atores, (ii) na criação de vínculos e afetos seguros a partir da escuta qualificada, e (iii) na formulação de ações terapêuticas articuladas, denominadas de Projeto Terapêutico Singular (PTS) construído de forma coletiva entre equipes, profissionais e pessoas atendidas (Brasil, 2009).

De acordo com o Guia Estratégico para o Cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas (GUIA AD), o PTS é uma estratégia de cuidado que organiza as ações derivadas de discussão de casos ou reunião de equipe interdisciplinar, considerando as particularidades da pessoa ou do coletivo, sejam as necessidades, a rede de apoio, os desejos, as crenças, os contextos e outros elementos que possam contribuir no processo de cuidado de cada pessoa acompanhada (Brasil, 2015). Campos (2017) contribuiu com a discussão sobre a elaboração do PTS a partir dos resultados das vivências na cidade de São Paulo e Campinas, na

pesquisa sustentada no Apoio Paideia, em que se confirmou a máxima de sempre existir em algum grau a possibilidade individual de colaboração, ou de cogestão para um coletivo. Como resultado desse esforço, há uma ampliação no entendimento do poder de intervir na diversidade de cenários, sobre os outros e sobre a própria pessoa, visando espaços de bem-estar social (Castro; Anéas, 2017). Já o GUIA AD, o documento de referência, destaca como pontos fundamentais para a elaboração do PTS as informações encontradas por meio: (i) das próprias histórias de vida, (ii) do conhecimento adquirido nas vivências e (iii) dos níveis de contratualidade já experienciados.

Nessa mesma direção, a Política Nacional de Saúde Mental, apoiada na Lei 10.216/ de 2001 (Brasil, 2001), considera o PTS como “eixo central” para a discussão do cuidado de quem apresenta sofrimento em decorrência do uso problemático de álcool e outras drogas. Tal fato histórico está registrado na Portaria nº 3.088 (Brasil, 2011), que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), assinado pelo Ministro Alexandre Padilha no governo da Presidenta Dilma Rousseff (2011 - 2016).

Para além dos projetos terapêuticos existe outro elemento que igualmente se torna um marco histórico e legal quando se fala de SUS – álcool e outras drogas –, que é o conceito de Redução de Danos (RD), que mais tarde se transforma em uma política nacional. Paula (2007; 2022) compartilha seu entendimento sobre RD “como um caminho possível”, que põe em xeque a “hegemonia da abstinência”. Mas é ao longo dos anos, via resistência e lutas coletivas, desde quando ainda era conhecida pela troca de seringas na década de 90, que a RD vai ganhando espaço, adeptos e força, ainda que marcada por um grande campo de tensões de interesses políticos que continua sendo atualizada no tempo dessa escrita. Hoje, o mesmo autor atualiza sua percepção no que diz respeito ao conceito da RD como um “método clínico-político” (Paula, 2022).

Entende-se políticas públicas como a resposta do Estado frente às demandas da sociedade, ou seja, o direito garantido pelo Estado a qualquer pessoa, independentemente de sua condição e de seus vínculos trabalhistas,

alcançado via enfrentamentos sociais. Assim, qualquer ser humano está apto a desfrutar o direito universal à saúde, o direito ao ensino público, à moradia, à segurança e outros (Machado; Fonseca; Borges, 2014; Campos, 2017).

Passos e Benevides (2022) contribuem com a discussão sobre políticas públicas reforçando a ideia de que elas não devem ser confundidas com programas do governo ou políticas do Estado. Eles acrescentam ainda que jamais devem ser entendidas como boa vontade governamental, mas como dispositivos de alargamento e expansão “da força dos coletivos, estratégias de fortalecimento das grupalidades, práticas de capilarização subjetivante e resistente às formas hegemônicas de assujeitamento” (p. 16).

Saraceno (2016) realça que as alterações no meio extrapolam qualquer paradigma quando se fala de organização e conquistas coletivas. É em respeito ao que foi alcançado até aqui, sem perder a vigilância do cenário político nacional, que o autor sustenta uma postura ética – “exigência ética” de respeitar a pessoa em seus contextos, suas particularidades e formas de organização em grupo – ótimo espaço para ressaltar que é na esfera micro, nas relações do dia a dia que as individualidades marcam a diferença de uma pessoa para outra.

No caso do tema álcool e outras drogas, tanto na esfera do SUS, como dos movimentos sociais, há grupos que defendem a abstinência e outros que defendem as experiências de reduzir danos. Os interesses mudam dependendo de qual governo esteja no poder, abordando a discussão com diferentes vieses, ou seja, como pautas morais e religiosas, sem respaldo em estudos que discutem implicações físicas, psicológicas, econômicas e sociais.

Por isso, a análise das entrevistas dos usuários desta pesquisa é apoiada no conceito de matriz sócio-histórica, com o respaldo teórico-metodológico da Rede de Significações (RedSig). Esta concebe os campos de interação social formados entre pessoas, constituídos na relação com os diversos cenários vividos e no resultante desses atravessamentos influenciados pelo contexto sócio-histórico e cultural. Através dessa dinâmica, a matriz sócio-histórica é atualizada, “ressignificada e transformada” a cada interação estabelecida entre as pessoas e os contextos nos quais estão inseridas (Amorim; Rossetti-Ferreira, 2004).

O campo de estudo de álcool e drogas ainda é um desafio quando se planejam práticas de cuidado emancipatória e de autonomia, ou seja, práticas em que a própria pessoa faça suas escolhas e que estas não impliquem, forçosamente, uma abstinência. Pensar em maximizar a qualidade de vida em detrimento do uso, utilizando estratégias de experimentar a liberdade é uma discussão que precisa ser ampliada para se repensar também as transformações no cuidado.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

Este estudo caracteriza-se por uma abordagem qualitativa, numa perspectiva sociointeracionista. O delineamento qualitativo foi escolhido porque a presente investigação buscou compreender as significações de usuários sobre seu projeto de reabilitação psicossocial, projeto que é concebido desde o início por ocasião da procura de apoio no serviço de um CAPS ad.

Um CAPS ad de Recife foi convidado a participar do estudo, mediante comunicação com a gerência clínica. Esse convite ocorreu concomitantemente ao contato com a gerência de saúde mental, assim como com a Divisão de Educação na Saúde (DES) para os devidos trâmites de documentação necessários à submissão do projeto ao Comitê de Ética.

Participaram da pesquisa cinco pessoas usuárias (3 mulheres e 2 homens). Esse quantitativo também levou em conta a rotatividade de usuários no serviço, assim como o contexto de grupo. Não houve restrição quanto à idade ou quanto ao gênero dos participantes. Puderam fazer parte da pesquisa adultos em uso prejudicial de drogas, com vínculo já estabelecido com o serviço, com tempo mínimo de permanência no serviço de pelo menos um mês. Entretanto, foram excluídas as pessoas acompanhadas pelo serviço, mas com comorbidades psíquicas que inviabilizavam a participação no estudo, ou que estavam em um momento de crise, necessitando de outros suportes para sua estabilização. Também foram excluídas pessoas usuárias em processo de judicialização que estavam sendo atendidas por recomendação da justiça e não por adesão espontânea ao acompanhamento no CAPS.

Os/As usuários/as do serviço foram entrevistados/as individualmente a partir de um roteiro de perguntas semiestruturado, com questionamentos

básicos, porém aberto às contribuições dos/as participantes. Para Manzini (2004), esse tipo de entrevista pode fazer emergir informações de forma mais livre e as respostas não estão condicionadas a uma padronização de alternativas.

As entrevistas com os/as usuários/as foram feitas na própria instituição, em horário e local combinado com eles/elas e com a equipe técnica do CAPS. A equipe foi consultada sobre esse agendamento de modo a que pudessem compatibilizar quaisquer outras atividades. Foi destinado um turno para o encontro com cada participante, levando em consideração o tempo de chegada das pessoas no serviço e a realização de suas atividades.

A entrevista ocorreu sem a presença dos técnicos de referência ou profissionais do serviço. O encontro foi áudiogravado com a aquiescência do/a usuário/a para análise futura das informações coletadas. Foi garantido ao participante que as informações eram sigilosas, ouvidas e transcritas apenas pela equipe de pesquisadoras. A assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi solicitada por ocasião do convite do/a participante, quando também foi pedida autorização da gravação em áudio e garantido o anonimato. Assim, os nomes trocados por outros sugeridos pela própria pessoa, de modo a preservarem suas identidades; quando o nome não foi sugerido, as pessoas foram indicadas pela letra “P” (de participante), seguido de um número que os diferenciam. A letra “E” indica a fala da entrevistadora.

O procedimento de análise dos resultados foi pautado na perspectiva teórica que embasa a investigação, a RedSig, que orientou o olhar das pesquisadoras para alçar as significações das entrevistas, admitindo que elas são construídas no aqui e agora, ou seja, na própria situação de entrevistados/as avaliando o processo de reabilitação psicossocial em curso, circunscrito pela instituição CAPS ad, pelas regras institucionais, pelos atores que compõem o processo – ele/ela próprio/a, a equipe de acompanhamento, outros usuários em atendimento – e por inúmeros outros aspectos ligados à situação. Eles são também circunscritos por um tempo passado que delinea suas histórias de vida, como por exemplo, encontros e desencontros familiares ou com pessoas de seus relacionamentos, condições de escolaridade e oportunidades vivenciadas ou não nesse percurso. Ainda, são circunscritos por

um tempo prospectivo que aponta caminhos ou projetos de vida que podem orientar mudanças ou enredar relacionamentos e situações de embarço com opções rígidas na qual se vêem sem condições de se desvencilhar. Enfim, todo o esforço analítico buscou articular diferentes aspectos que interferem positiva ou negativamente nas avaliações que os/as usuários/as fazem sobre seus projetos terapêuticos.

A realização da pesquisa obedeceu aos preceitos éticos para a pesquisa com seres humanos com respeito à Resolução 466/12 e a Resolução 510/16, ambas do Conselho Nacional de Saúde – CNS (Brasil, 2012; 2016). Foi seguida a tramitação de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, e o projeto foi aprovado, CAAE protocolo nº 73170923.0.0000.5208, favorável ao início da coleta de dados.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram organizados com o foco no objetivo traçado inicialmente, ou seja, analisar, na perspectiva dos usuários de álcool e outras drogas, seus Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), elaborados em um Centro de Atenção Psicossocial pelo próprio usuário e pela equipe que o acolhe e o acompanha. Faz parte dessa equipe o técnico de referência que tem algumas atribuições, dentre estas, a escuta que terá a dimensão de organizar a história, localizar onde a pessoa se posiciona, o que essa história pede ou deseja, e é justamente a observação dos detalhes que vai permitir singularizar cada pessoa com sua própria história (Lobosque, 2024).

Os relatos das entrevistas trouxeram aspectos relevantes de como os/as participantes se sentem no CAPS ad, suas angústias, e como têm sido pensados os seus projetos terapêuticos junto aos profissionais e serviço. Em uma das questões propostas, perguntava-lhes se sabiam quem era o/a técnico/a de referência que mais o atendia. Partia-se da compreensão de que o Projeto Terapêutico Singular é instigado pelo profissional de referência ou por um profissional que mais esteja perto dessa pessoa no direcionamento do cuidado. Duas respostas chamaram a atenção.

E: Quem é seu técnico de referência aqui no CAPS?

P.3: Referência como assim?

E: Quem é o técnico que mais te acompanha aqui? Tem algum profissional específico?

P.3: Ah...

E: Geralmente a gente tem um profissional que fica mais perto da gente.

P.3: Rapaz, é minha TR né? Até agora...

E: Você está certíssima. Eu fiz a pergunta sem perguntar quem era a TR. Quem é sua TR? Você está certa!

P.3: C.

E: Ah, C, tá, ok. Que é terapeuta ocupacional, né?

P.3: Aham.

E: Quem é que te acompanha aqui no CAPS? Quem é a profissional, a tua técnica de referência?

Felicidade: É a Drª X A E!

E: "A" ou "B"? (Pesquisadora conferiu o sobrenome da médica)

Felicidade: Ô, A! Risos

A participante 3 não reconhece o termo “técnica de referência”, apenas reconhece a sigla TR e fica na dúvida se essa sigla corresponde de fato à pergunta. Parece ocorrer uma falta de explicação por parte da equipe em se apresentar como referência antes mesmo da inserção dos grupos, assim como esclarecer a função de ser TR e estar mais perto da pessoa a direcionar as demandas de cuidado. O técnico de referência desempenha um papel crucial no acompanhamento e na organização do cuidado de pessoas em serviços de saúde mental. Esse profissional atua como um elo central entre o usuário, a equipe multidisciplinar e a rede de apoio, assegurando que o cuidado seja contínuo, integrado e alinhado às necessidades singulares de cada indivíduo.

Lobosque (2024) defende que coordenar o PTS é uma das mais importantes responsabilidades do técnico de referência, pois esse será um plano personalizado de cuidados que busca atender de forma integral as demandas do usuário, considerando suas especificidades e os contextos em que está inserido. O técnico de referência é responsável por manter uma visão integral desse cuidado, articulando diferentes saberes e práticas terapêuticas para garantir que o plano de intervenção seja eficaz e respeite a autonomia e a singularidade do usuário.

Além disso, o técnico de referência vai proporcionar a continuidade do cuidado, acompanhando de perto a evolução do tratamento e ajustando as estratégias conforme necessário. Ele também é o principal ponto de contato para o usuário e sua família, facilitando a comunicação e a compreensão do processo terapêutico, bem como a navegação pelos diferentes serviços da

rede de saúde. Outro aspecto fundamental do papel do TR é a articulação com a equipe multidisciplinar. Ele facilita as discussões de caso, contribuindo para a tomada de decisões conjuntas e integradas que consideram múltiplas percepções profissionais. Essa articulação vai evitar a fragmentação do sujeito e assegurar que todos os profissionais envolvidos estejam alinhados com os objetivos terapêuticos estabelecidos (Brasil, 2009).

A importância do técnico de referência também se evidencia na promoção da autonomia do usuário. Ao apoiar a construção de um projeto terapêutico que valorize a participação ativa do/a usuário/a, ele contribuirá para que ele/ela se sinta protagonista de seu processo de cuidado (Depole, 2018).

No aspecto que o projeto deve ser construído com o/a usuário/a e, entendendo que o projeto será o orientador do caminho a partir do CAPS, as respostas organizaram-se em saber prontamente o que era e o que tinha nesse projeto, como respondem o participante 1 e Felicidade.

E: E aí vocês fizeram um PTS, um plano terapêutico, me conte?

P.1: Esse plano terapêutico resumia em cinco dias. Aonde eu tinha segunda, quarta e quinta.

E: Vocês construíram o projeto terapêutico de vocês, tu conhece essa expressão do PTS, Plano Terapêutico Singular?

P.1: Não tenho essa... porque assim o que eu conheço do plano terapêutico que foi apresentado para nós foi que durante esses cinco dias que eu vim, que eu vinha, os dias da semana que era segunda, quarta e quinta, tínhamos a manhã inteira no nosso repouso, tomava-se café aí ia para o bom dia, grupo bom dia se apresentar. Nesse grupo a gente expressa, nós expressamos as nossas necessidades.

E: Sim. Aham.

P.1: E em seguida ia-se repousar e só voltava para o almoço, ou ficava vendo TV (...) E tinha-se a escuta, mas a escuta era muito rápida, porque assim tinha outros para serem atendidos, então a escuta era para coisas primordiais, para coisas sérias, ah vou falar com o médico, aí a TR falava ali ou anotava quando era que ia ter uma vaga ou se tivesse, ia na mesma hora. É... sempre tá em cima de uma questão que é o VEM (nome do cartão de transporte urbano), né? A gente sempre comunicava isso, e falávamos na...

E: Então a gente pode dizer que a conversa com a tua TR era sobre o gerenciamento das tuas necessidades naquele momento.

P.1: Isso, naquele momento.

E: Ô Felicidade, e o que você e sua técnica de referência planejaram nesse segundo, nesse retorno em 2022. Planejaram em relação à atividade, ao cuidado com sua saúde, ao acompanhamento médico. Você se lembra?

Felicidade: A voltar a estudar.

E: Ahhhhh, que incrível!

Felicidade: Risos. Já fiz minha matrícula. Aí vou fazer as três séries juntas.

E: Que legal. Então, voltar a estudar agora era um objetivo lá de trás que tá se concretizando?

Felicidade: Humhum.

E: UAU, que legal. Parabéns, Felicidade. Parabéns!

Felicidade: Brigada.

E: Que mais, que vocês planejaram juntas de cuidado pra você?

Felicidade: É se afastar mais da amizade, cortar os caminhos. Eu passava num caminho que onde tinha as amizades que eu bebia, eu evitar passar. Eu fiz isso, deu certo! E passei 3 meses sem receber o bolsa família, aí agora já está resolvido, estou ajeitando minha casinha.

E: E aí, com a ajuda aqui da tua TR e dessa outra assistente social tu voltou a morar na tua casa sozinha?

Felicidade: Foi.

E: UAU. Isso foi agora em 2023?

Felicidade: Foi em 2023.

Como vimos nas falas acima, P.1 comenta sobre as suas necessidades no presente, ultrapassado o tempo da crise: “[...] *E: Então a gente pode dizer que a conversa com a tua TR era sobre o gerenciamento das tuas necessidades naquele momento. P.1: Isso, naquele momento [...].*” Já Felicidade atualiza as metas junto com a TR para algo que já está encaminhado, e como comentado anteriormente no item “Visando o resgate da autonomia” ela própria relata como já resolveu, de forma autônoma, aprendida no CAPS: [...] *Aí eu aprendi tudo através do CAPS [...]. E ao ser indagada pela pesquisadora: “Ô Felicidade, e o que você e sua técnica de referência planejaram nesse segundo, nesse retorno em 2022. Planejaram em relação à atividade, ao cuidado com sua saúde, ao acompanhamento médico. Você se lembra? Felicidade: A voltar a estudar. [...] Já fiz minha matrícula. Aí vou fazer as três séries juntas [...].”*

Leal e Delgado (2007) discutem que a autonomia vai se efetivando conforme a capacidade do indivíduo de definir regras para sua vida cotidiana e de estabelecer interações sociais. Um outro conceito aplicado à saúde mental é que a autonomia é algo que se desenvolve continuamente nos seres humanos, através de uma relação dialética constante entre nós e os outros (Onocko-Campos; Campos, 2012).

A participante 2 e o participante 5 não fazem ideia do que é um PTS, nem sabem se têm um PTS, mostrando um total desconhecimento sobre esse instrumento. Isso aponta uma fragilidade entre o serviço e os profissionais,

ainda que o PTS tenha pouca representação para o usuário. Não conhecer a sigla ou não reconhecer que um roteiro traçado entre ambas as partes – técnico e ele/a próprio/a – constitui um projeto de acompanhamento pode não ser um problema; o relevante é a pessoa sentir-se melhor, saber que está sendo acompanhada pelo serviço, e se perguntar como será seu futuro? Todavia é problemático pensar que ficará no CAPS para sempre, ou imaginar que o acompanhamento é feito a partir do que se tem no serviço, mas suas singularidades não são valorizadas ou são indiferentes aos outros!

E: E vocês chegaram a discutir algum planejamento, algum PTS, algum plano terapêutico enquanto a senhora tá aqui no CPTRA?

P2: Eu não sei o que é isso.

E: O plano terapêutico singular, o PTS, é quando a gente discute com o profissional o que a gente pode fazer e se beneficiar aqui no serviço.

P2: Sim, chegou, eu cheguei essa semana falando com ela porque meu filho tava sem leite e lá em casa tá sem tá sem nada. Aí eu conversei com ela, e ela disse que ia me ajudar. Aí quando foi nesse mesmo dia ela, ela com ar menina aí resolveram o leite do menino. Aí eu levei o leite do menino e ela disse que vai resolver hoje o negócio da... Era pra resolver ontem, mas ontem foi feriado e eu não vim não.

E: E sobre as atividades aqui no serviço, vocês chegaram a conversar? Se o serviço teria algum grupo que a senhora se beneficiaria ...?

P2: Não.

E: Nada, nada?

P2: Não.

E: Por exemplo, aqui tem uma horta né? Se a senhora se beneficiaria cuidando da horta.

P2: Eu aprantei aí com o menino na horta.

Quando perguntados/as sobre aspectos relacionados à medos e angústias ou sobre algo mais delicado que precisava de atenção em seus projetos terapêuticos, Felicidade comenta:

E: E nesse projeto, Felicidade, em algum momento você teve medo, ou alguma angústia em alguma área da sua vida que precisava de mais atenção ou de mais cuidado ou algum medo do que poderia colocar no seu projeto terapêutico?

Felicidade: Sim. Meu esposo.

E: Ah!

Felicidade: Ele insiste agora, insiste querendo voltar, mas eu não sinto aquele amor mais por ele. Em cuidar, voltar. Ele deixou de beber, deixou de fumar, não tá usando, mas eu... tirou o amor, acabou.

Já o P.1 reflete sobre medos que ainda não podem ser explícitos, inclusive no CAPS, e que não se sente bem de revelar qual é, mas o identifica como algo desnorteador para ele.

P.1: [...] é... hoje tem coisas que eu queria falar, mas assim até o momento eu não sei se já chegou, se vai chegar o momento de falar. Mas assim, me perturba um pouco porque quando envolve justiça, quando envolve qualquer coisa que você nem fez, mas você foi o culpado, aí gera uma angústia, uma aflição. Então assim, hoje em dia eu lido mais com isso. Ontem mesmo, não ontem, antes de ontem, eu acordei, tava normal, de repente o coração começou a ficar apertado, aquela aflição, aquela angústia, e eu não sei da onde tava vindo aquela energia, se tava previsto alguma coisa acontecer, mas só essa única coisa assim que me acorrenta ainda, sabe? As demais, eu me sinto livre, liberto. Mas quando chegar a conclusão da solução, eu vou aí ter um, sei lá, as coisas vão melhorar pra mim [...].

O consumo abusivo de álcool e outras drogas muitas vezes desempenha um papel significativo nas atitudes violentas. Contudo, essa relação é complexa e envolve diversos fatores, o que dificulta a identificação de uma causa direta. Não é fácil estabelecer claramente o vínculo causal entre o uso de substâncias psicoativas e a ocorrência de atos violentos; fatores como o ambiente, as características individuais dos usuários, a prevalência e as correlações específicas entre esses elementos precisam ser consideradas. A violência e sua relação com as drogas demandam uma abordagem que vai além do moralismo simplista, exigindo instrumentos, conhecimentos e ações que reconheçam a complexidade do contexto, a dinâmica social, as normas culturais construídas ao longo do tempo, bem como as questões de gênero e os fatores de personalidade e individualidade (Minayo, 1998).

Ao serem questionados sobre o percurso de estar em um CAPS especializado em álcool e drogas e como eles têm se sentido cuidado, os/as participantes referiram se sentir muito bem e, de forma geral, as atividades das quais participam, como os grupos de expressão manual, recursos como pincel, bijuteria e argila, assim como os grupos que acontecem em espaços do território, em museus ou ainda nas reuniões do conselho de saúde ajudam a não ficarem pensando besteira e a se sentirem importantes.

E: Tu tava me falando... que tu chegou aqui, vai almoçar e agora vai pra reunião do Conselho, tu é representante?

P.1: Representante dos usuários do CAPS.

E: Muito bom, muito bom!

E: E como é que tu se sente nesses lugares, assim, falando?

P.1: Me sinto orgulhoso, me sinto feliz, me sinto gratificante.

E: Aham. Você foi escolhido ou você foi ... tipo teve uma assembleia no CAPS e ah vamos escolher uma pessoa para representar os usuários e aí votaram em você. Ou teve um espaço, por exemplo, como hoje, que vai ter a reunião do Conselho Municipal de Saúde, e aí como você tem o VEM e tá no serviço o dia todo aí você se disponibilizou a ir?

P.1: Isso, a segunda opção. Tivemos uma é... foi em março, tivemos um Conselho de Votação para as pessoas se tornarem representantes, né? Delegado daquela área, representando os usuários. E o que acontece é que o meu amigo, que ele foi eleito para nos representar, ele infelizmente desapareceu.

Observa-se pelo relato de P.1 que o CAPS ad se constitui como um novo lugar, ocupado com participações de diferentes formas, ampliado por ofertas de atividades que não faziam parte da vida dessas pessoas, dentro e fora do serviço, como as idas a espaços culturais ou, ainda, às reuniões do Conselho Municipal de Saúde. Assim, o contexto de desenvolvimento das pessoas desloca-se do particular para o coletivo – para práticas que passam a fazer parte desse novo cotidiano.

Fomentar a participação em outros espaços para além do CAPS é uma das características de transversalidade da redução de danos, pois para além de incluir diversos problemas de saúde a serem olhados em suas práticas, também insere de forma palpável e concreta os usuários de drogas, travestis e profissionais do sexo em diferentes instituições de saúde, combatendo estigmas que os excluem dos diferentes serviços de atenção.

Assim, possibilita que a mesma pessoa vivencie a condição de ser acompanhada pelo CAPS, ao mesmo tempo que é um representante dos usuários do serviço, por exemplo. É uma conquista da Redução de Danos incluir as populações marginalizadas no debate ético e político (Paula, 2022). Ou seja, ocupar e frequentar espaços políticos, como o Conselho de Saúde, também é colocar quem não é visto em lugar de poder, com participação e voz no CAPS, no território e na sociedade! É inserir as minorias marginalizadas no debate ético e fortemente político.

Na avaliação de como tem sido o acompanhamento pelo CAPS, como tem sido ter PTS na organização do cuidado junto à TR, como esse cuidado tem sido percebido, se ajudado ou não, alguns participantes responderam:

E: Desde que o senhor tá sendo acompanhado aqui pelo CAPS, como é que o senhor tem se sentido? Como é que tem sido?

VRT: Tá bem. É bem. Tem vez que eu fico até com saudade. Eu fico doido que chegue na sexta-feira pra ver a TR. Conhece ela, não né?

E: Conheço.

VRT: Conhece?

E: Conheço.

VRT: Aquela fofinha. Risos. Eu conheço. Eu gosto muito dela. Eu fico doidinho pra ver ela. Quando chega na sexta-feira, aí eu saio de casa de quinze pras cinco, aí eu vou pra fisioterapia, aí a fisioterapia começa de sete horas, depois eu venho pra cá.

No trecho acima o P.5 fala de como a relação com a sua TR é significativa, ao ponto de ele esperar com muita expectativa o grupo da sexta e o encontro também com sua TR, ensaiando novos vínculos confiáveis. À medida que as redes sociais se constroem entre os “sujeitos-usuários/as” e os “sujeitos-trabalhadores” (Oliveira, 2010) e o sentimento de pertencimento ao CAPS se fortalece, novos desejos podem ser resgatados ou criados. A interação com diferentes pessoas e a troca de experiências ampliam o repertório de significados, permitindo uma visão mais ampla e contextualizada das histórias de vida, ou seja, permitindo um redimensionamento (ou atualização) da matriz sócio-histórica que circunscreve as relações. Desta forma, os desejos podem ser continuamente (re)inventados através das experiências relacionais, compondo os projetos terapêuticos singulares no ordenamento do cuidado. As redes de significações se ampliam, porque se constituem do conjunto de experiências dos diferentes protagonistas. Apoiando essa dimensão do relacionamento e vínculos, observa-se o relato de P.2 e de P.3 que comentam ser o CAPS essencial como reorganizador de todos os aspectos de sua vida, inclusive propiciando o encontro com outras pessoas para se conversar com ampliação de suas redes sociais:

E: E de uma forma geral como é que a senhora se sente cuidada aqui no CAPS nesse um mês que a senhora tá aqui.

P.2: Me sinto bem, porque eu não tenho ninguém mermo pra conversar lá.

E: Ah, aham.

P.2: Aí eu aqui eu converso com todo mundo, converso com todo mundo aqui, aí vai me distraindo. Essa semana minha pressão tava, como é? 19 por 14.

E: Ave maria, ave...muito alta. Sim!

P.2: Foi. Aí fui conversando, conversando ali fui me distraindo, tomei banho no banheiro, aí melhorei eu acho. Mas num fui pro hospital não [...]

E: E você acha que o que você tem feito aqui no CAPS, as atividades, as amizades, as refeições... Porque termina que nas refeições a gente vai conhecendo outras pessoas, né? Tem ajudado você a se cuidar?

P.3: Com certeza!

E: É mesmo?! Aham.

P.3: Psicologicamente. O cuidado tá no psicológico, né?

E: Sim!

P.3: Aí me ajudou bastante, ajuda bastante.

E: E por que tu acha que tem te ajudado?

P.3: Porque é... assim, a mente fica ocupada, num fica pensando ... o tempo todo.

E: A sua atenção tá voltada para outra coisa?

P.3: É!

E: Aham, aham.

P.3: É isso.

E: E assim as coisas vão seguindo; é a reabilitação psicossocial, como a gente vai falando vai acontecendo, com uma melhora é... cada vez mais palpável, né? Quando você traz aqui que antes você tava em situação de rua agora você tem um lugar pra dormir, de suporte. Tô vendo que você traz uma bolsa com seus documentos...

P.3: É!

Fica evidente o papel organizador que o CAPS desempenha nos diferentes momentos da vida dos participantes da pesquisa. A contribuição do serviço e dos profissionais como apoio organizador dessas vidas, que chegam em estado de grande fragilidade, é sentida pelos participantes. Apesar dos desafios, há um caminho sendo fortalecido em relação ao cuidado, em consonância com os princípios da reforma psiquiátrica.

Esse desafio se torna ainda mais evidente ao adentrar o complexo espaço sombreado pelas drogas. Quando um feixe de luz penetra nesse espaço, revela vidas com histórias, desejos e vínculos que já existiram, mas que agora precisam de ajuda para se recriar. Afinal, esse é o ciclo da vida: sermos diferentes em nossos desejos que mudam, nas novas relações que estabelecemos e nas necessidades que surgem à medida que nos

transformamos. Ajustar as arestas do PTS é fundamental para seguir sem perder de vista esse outro que está se reconstruindo.

A “ampliação da clínica” se reinventa em suas capacidades técnicas e pedagógicas quando novos arranjos são pensados para superar o modelo biomédico, que compartmentalizava a pessoa e fragmentava o trabalhador. É nessa perspectiva histórica que surgiram os PTS, dentro da clínica ampliada, buscando organizar os processos de trabalho e direcionar as discussões de caso em equipe, valorizando saberes diferentes e a participação ativa de quem é acompanhado (Brasil, 2009).

Na construção do PTS, a cartilha de referência da Clínica Ampliada sugere aos profissionais que façam uma aposta na pessoa acompanhada, acreditando em sua capacidade de mudar a relação com a vida e com a própria doença. Constantinidis e Cunha (2016) corroboram essa ideia de que ampliar a clínica é, sobretudo, ter o propósito de responsabilizar-se pelos pedidos e necessidades dos usuários. É lidar com a “rede de subjetividade que o envolve” com a finalidade de provocar atitudes dessa pessoa, ajudar a ordenar suas condutas psíquicas e sociais de modo mais inventivo.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise das experiências dos participantes no CAPS ad revela o papel central que o serviço desempenha na (re)organização da vida de quem o busca, especialmente em momentos de grande fragilidade. A relação com o Técnico de Referência emerge como um elo crucial na estruturação do cuidado, apesar de uma aparente falta de identificação e compreensão sobre os Projetos Terapêuticos Singulares por parte de alguns usuários/as. Isto evidencia a necessidade de melhorar a comunicação quanto ao funcionamento e aos objetivos do Projeto Terapêutico Singular, principalmente por parte dos profissionais do CAPS, garantindo que os usuários se sintam parte ativa e compreendam o planejamento de seu cuidado.

As histórias relatadas sugerem a complexidade do tratamento de pessoas usuárias que encontram no uso abusivo do álcool e outras drogas uma forma de existência. O trabalho desenvolvido no CAPS vai além do atendimento clínico; segue na aposta da ampliação da clínica, incluindo a

criação de novos vínculos, de redes sociais e a inserção dos usuários em espaços de participação social, como os Conselhos de Saúde. Esses elementos são fundamentais para a promoção da autonomia e a reintegração social, pilares da reforma psiquiátrica, assim como pilares centrais propostos pela Redução de Danos quando colocam as pessoas como cidadãs, capazes de exercerem seus poderes de autonomia e de direitos.

Portanto, ajustar e personalizar os Projetos Terapêuticos Singulares, respeitando as singularidades do/a usuário/a, é essencial para que o cuidado seja eficaz e alinhado com os princípios da reforma psiquiátrica. O desafio constante é não perder de vista a individualidade e a capacidade de cada pessoa se reconstruir, promovendo um cuidado que verdadeiramente valorize autonomia e participação ativa em seu processo de transformação.

Os resultados aqui apresentados dizem respeito apenas a um pequeno grupo de cinco entrevistados/as. Esse grupo não representa a diversidade de grupos que fazem uso do serviço do CAPS ad que integrou a pesquisa, nem tão pouco de outros CAPS ad da cidade de Recife. Esses resultados refletem, portanto, uma pequena parte do que se encontra na nossa realidade. Apesar dessa limitação, eles nos instigam a um exercício contínuo de cuidado e atenção às pessoas que desejem traçar um caminho de volta ao protagonismo de suas vidas.

Muito ainda precisa ser feito! Conhecemos retrocessos e avanços na condução de políticas públicas que orientem as práticas de saúde mental. Mas é preciso persistência e consistência de ações pautadas na reflexão empírica do que ocorre e, principalmente, na avaliação de quem usufruem desses serviços.

AGRADECIMENTO

À Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco (FACEPE), que concedeu uma bolsa de mestrado à primeira autora.

REFERÊNCIAS

AMORIM, Katia de Souza.; ROSSETTI-FERREIRA, Maria Clotilde. A matriz sócio-histórica. In: ROSSETTI-FERREIRA, Maria Clotilde; AMORIM, Katia de Souza.; SILVA, Ana Paula Soares da; CARVALHO, Ana Maria Almeida (Orgs.). **Rede de significações e o estudo do desenvolvimento humano**, POA: Artmed, 2004. p. 93-112.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF, Presidência da República, [2001]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em 25 de agosto de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde**. As Cartas da Promoção da Saúde. Série B. Textos básicos em saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2002]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf. Acesso em 07 de julho de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS. **Política Nacional de Humanização**: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2004]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1834.pdf>. Acesso em 09 de julho de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. HumanizaSUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. 2ª edição. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2009]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf. Acesso em 05 de julho de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [on line], Brasília, DF, Ministério da Saúde, [2011]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em 06 de julho de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. [on line], Brasília, DF, Ministério da Saúde, [2012]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em 23 de dezembro de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Guia estratégico para o cuidado de**

pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas: Guia AD. Brasília, DF. Ministério da Saúde, [2015]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_estrategico_cuidado_pessoas_necessidades.pdf. Acesso em: 15 de julho de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016.** Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes [...]. [on line], Brasília, DF, Ministério da Saúde, [2016]. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2016/resolucao-no-510.pdf/view>. Acesso em: 25 de setembro de 2020.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. O apoio Paideia e as Políticas de saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; CASTRO, Cristiane Pereira de; FERNANDES, Juliana Azevedo; ANÉAS, Tatiana de Vasconcellos (Orgs.). **Investigação sobre cogestão, apoio institucional e apoio matricial no SUS.** 1ª edição. São Paulo: Editora HUCITE. FAPESP, 2017, pp. 13-20.

CASTRO, Cristiane Pereira de; ANÉAS, Tatiana de Vasconcellos. O apoio Paideia e a gestão da pesquisa: trilhando caminhos. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; CASTRO, Cristiane Pereira de; FERNANDES, Juliana Azevedo; ANÉAS, Tatiana de Vasconcellos (Orgs.). **Investigação sobre cogestão, apoio institucional e apoio matricial no SUS.** 1ª edição. São Paulo: Editora HUCITE. FAPESP, 2017, pp. 25-30.

CONSTANTINIDIS, Teresinha Cid; CUNHA, Alexandre Cardoso da. Desinstitucionalizando conceitos: a Terapia Ocupacional em busca de um (novo) lugar no cenário da saúde mental. In: MATSUKURA, Thelma Simões; SALLES, Mariana Moraes (Orgs.). **Cotidiano, atividade humana e ocupação:** perspectivas da terapia ocupacional no campo da saúde mental. São Carlos: EdUFSCAR, 2016, p. 37-42.

DEPOLE, Bárbara de Fátima. **A produção brasileira sobre o projeto terapêutico singular:** revisão de escopo. 2018, 184. F. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde) – Universidade Federal de São Carlos - UFSCAR, São Carlos - São Paulo, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/10878>. Acesso em 02 de agosto 2024.

FACCHINI, Luis Augusto. **A Declaração de Alma-Ata se revestiu de uma grande relevância em vários contextos.** Entrevista. [on line], Portal EPSJV, 2018. Atualizado em 2022. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/a-declaracao-de-alma-ata-se-revestiu-de-uma-grande-relevancia-em-varios#:~:text=A%20Declara%C3%A7%C3%A3o%20de%20Alma%20Ata,particularmente%20nos%20pa%C3%ADses%20em%20desenvolvimento>. Acesso em 14 de julho de 2024.

LEAL, Erotildes Maria; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. In: PINHEIRO, Roseni;

GULJOR, Ana Paula; SILVA JÚNIOR, Aluísio Gomes da; MATTOS, Ruben Araújo de (Orgs.). **Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/ LAPPIS: ABRASCO, 2007. p. 137-154. Disponível em: <https://lappis.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/Desinstitucionaliza%C3%A7%C3%A3o-na-Sa%C3%BAde-Mental-contribui%C3%A7%C3%A3o-%C3%A7%C3%B5es-para-estudos-avaliativos.pdf>. Acesso em 20 de junho de 2024.

LOBOSQUE, Ana. Marta. O técnico de referência nos CAPS: quem é e o que faz. In: FARIA, Alessandra Rios de; MACHADO, Ana Regina; RIBEIRO, Gustavo Dias; PEREIRA, Jamile Alves; MORELO, Luzmarina; MORAES, Priscila Rayane Lopes; GONTIJO, Suzana de Almeida (Orgs.). **Nada será como antes**: invenções cotidianas para o cuidado em liberdade nas redes de atenção psicossocial. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública - ESP/MG, 2024. p. 283-293. Disponível em: <http://repositorio.esp.mg.gov.br:8080/xmlui/handle/123456789/433>. Acesso em 15 de agosto de 2024.

MACHADO, Felipe Rangel de Souza; FONSECA, Angélica Ferreira.; BORGES, Camila Furlanetti. O Sistema Único de Saúde e as políticas de saúde no Brasil. In: JORGE, Marco Aurélio Soares; CARVALHO, Maria Cecília de Araújo; SILVA, Paulo Roberto Fagundes da (Orgs.). **Políticas e cuidado em saúde mental**: contribuições para a prática profissional. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2014. p. 19-23.

MANZINI, Eduardo. J. Entrevista semiestruturada: análise de objetivos e de roteiros. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE A PESQUISA E ESTUDOS QUALITATIVOS, 2, 2004, Bauru. **Anais UCK...**: USC. 2004, [CD-Room]. Disponível em: https://www.marilia.unesp.br/Home/Instituicao/Docentes/EduardoManzini/Manzi ni_2004_entrevista_semi-estruturada.pdf. Acesso em 23 de set. de 2022.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. **Caderno Saúde Pública**, 14(1) 1998. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/xzchYX4w88D36ZswRjLGVfB/abstract/?lang=pt>. Acesso em 12 de agosto de 2024.

OLIVEIRA, Gustavo Nunes de. Trilhas de Pensamentos e Atos. In: OLIVEIRA, Gustavo Nunes de. **O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde**. São Paulo: HUCITEC; 2 ed, 2010.p 23-68.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa; CAMPOS, Gastão Wagner Souza. Coconstrução de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; MINAYO, Maria Cecília de Souza; AKERMAN, Marco; DRUMOND JÚNIOR, Marcos; CARVALHO, Yara Maria de (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITEC; 2. ed revista e aumentada, 2012. p. 669- 673.

PAIM, Jairnilson. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, Ligia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antonio Ivo de (Eds.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2^a edição. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 2017. p. 459-463.

PASSOS, Eduardo; BENEVIDES, Regina. Política de drogas: o direito ao cuidado e o cuidado aos direitos. Prefácio. In: PAULA, Tadeu de (Org.). **Guerra às drogas e redução de danos**: tecendo o comum nas encruzilhadas do SUS. 1^a edição. São Paulo: HUCITEC, 2022. p. 15-19.

PAULA, Tadeu de. **Redução de danos no Brasil**: a clínica e a política em movimento. 2007. 69 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal Fluminense, Niterói - RJ, 2007.

PAULA, Tadeu de. O que é a redução de danos? In: PAULA, Tadeu de (Org.). **Guerra às drogas e redução de danos**: tecendo o comum nas encruzilhadas do SUS. **Guerra às drogas e redução de danos**: tecendo o comum nas encruzilhadas do SUS. 1^a edição. São Paulo. HUCITEC, 2022. p. 25-30.

SARACENO, Benedetto. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, Ana [Org.]. **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 4^a ed. São Paulo. Editora: HUCITEC, 2016, p. 19-26.