

Os Processos de Autonomia no Cotidiano de um Caps Ad III: (Re)Pensando Práticas, (Re) Construindo Caminhos

Moises Romanini¹

Vitória Merten Fernandes²

Resumo: Essa pesquisa teve como objetivo acompanhar e problematizar a forma como os processos de autonomia vêm sendo pensados e construídos no cotidiano do Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas (CAPS AD III) de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul. Através desse estudo, que teve como método a cartografia, levantaram-se algumas pistas acerca da questão da autonomia no cotidiano do CAPS AD III. Destacam-se as internações, a cogestão de uma oficina terapêutica e o fazer *com* o usuário e os processos de trabalho dentro do serviço.

Palavras-chave: Saúde Mental; Álcool e outras Drogas; Autonomia; Desinstitucionalização; Reabilitação Psicossocial.

The Autonomy Processes in the Everyday of a Caps Ad III: Rethinking Practices, Rebuilding Pathways

Abstract: This research had the objective of following and problematizing how the autonomy processes are thought and constructed in the Psychosocial Care Center for Alcohol and Other Drugs (CAPS AD III) of a town in the interior of Rio Grande do Sul. Through this study, which had the method of cartography, some “clues” have been raised about the issue of autonomy in the daily life of CAPS AD III. We highlight the hospitalizations, the co-management of a therapeutic workshop and the work processes within the service.

Keywords: Mental Health; Alcohol and Other Drugs; Autonomy; Deinstitutionalization; Psychosocial Rehabilitation.

Introdução

O tratamento para os usuários de álcool e outras drogas foi, por muito tempo, pautado unicamente pelo paradigma da abstinência. Passos e Souza (2011, p. 157) entendem como paradigma da abstinência “uma rede de instituições que define uma governabilidade das políticas de drogas e que se exerce de forma coercitiva na medida em que faz da abstinência a única direção de tratamento possível”, existindo uma proximidade entre esse paradigma e a política antidrogas, em uma relação de poder e dominação que tira a autonomia do sujeito. Isso tem uma relação direta com “a produção histórica do estigma do usuário de

¹ Doutor em Psicologia Social e Institucional, pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, no qual foi bolsista CAPES (2012-2016). Mestre em Psicologia, com ênfase em Psicologia da Saúde, pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFSM, no qual foi bolsista CAPES/REUNI (2010-2011). Graduado em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Maria - UFSM (2009). Atualmente é professor do Departamento de Psicologia da Universidade de Santa Cruz do Sul e Coordenador do Curso de Psicologia do campus de Montenegro/RS.

² Psicóloga, Graduação em Psicologia (UNISC).

drogas como uma figura perigosa ou doente” (PASSOS; SOUZA, 2011, p. 157), ou a ideia amplamente divulgada pela mídia dos usuários de drogas enquanto zumbis, desprovidos de poder de decisão sobre suas vidas, dominados pela droga da qual fazem uso (ROMANINI; ROSO, 2012).

Em contrapartida, na estratégia da redução de danos “o usuário deve ser o protagonista de seu cuidado e o serviço deve atuar como fortalecedor de novas atitudes de vida, no qual o vínculo é encarado como estratégia primando à autonomia” (BRASIL, 2015, p. 41). Dessa forma, a redução de danos se coloca enquanto uma alternativa a uma lógica proibicionista e abstinência, indo ao encontro com o que diz a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral de Usuários de Álcool e Outras Drogas: “Dentro de uma perspectiva de saúde pública, o planejamento de programas deve contemplar grandes parcelas da população, de uma forma que a abstinência não seja a única meta viável e possível aos usuários” (BRASIL, 2004a, p. 8).

A Redução de Danos, em contrapartida ao trabalho na lógica do paradigma da abstinência, recoloca o sujeito enquanto protagonista de seu corpo, de sua história, de suas vontades e de seu futuro. Esse protagonismo pode ser traduzido enquanto autonomia do usuário sobre as decisões acerca de si, sendo que “a RD é um método construído pelos próprios usuários de drogas e que, restitui, na contemporaneidade, um cuidado de si subversivo às regras de conduta coercitivas” (PASSOS; SOUZA, 2011, p. 161).

A questão da autonomia aparece nas políticas públicas em relação às drogas de diversas maneiras. A Política do Ministério da Saúde Para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (2004a, p. 5) diz que “quando se constroem políticas públicas comprometidas com a promoção, prevenção e tratamento, na perspectiva da integração social e produção da autonomia das pessoas, o sofrimento decorrente deste consumo tende a diminuir em escala expressiva”.

A Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, nova lei de drogas, institui o SISNAD (Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas), que tem como um de seus princípios, de acordo com o Art. 4º, inciso I: “o respeito aos direitos fundamentais da pessoa humana, especialmente quanto à sua autonomia e à sua liberdade” (BRASIL, 2006). Ainda assim, como aponta o Documento de Referências Técnicas para a Atuação de Psicólogas (os) em Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (2013), ao instituir, também, a prática da “Justiça Terapêutica”, a lei reforça um sistema proibicionista associado a um paradigma de abstinência. “Essa prática não é restritiva de liberdade, mas restringe seus direitos por se tratar de um tratamento compulsório, determinado por sentença judicial” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013, p. 29).

O Guia Estratégico de Cuidado em Álcool e Outras Drogas (2015) coloca que se deve evitar uma relação assistencialista e oportunizar a promoção da autonomia e do protagonismo (BRASIL, 2015). Ainda diz que se deve procurar entender quais são os instrumentos dos quais o usuário se utiliza, ou seja, de que forma ele se relaciona com o mundo a sua volta, que sejam exercício de autonomia, para que estes sejam fortalecidos e incentivados (BRASIL, 2015).

Os Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas (CAPS AD) já haviam sido regulamentados em 2002, após a Lei da Reforma Psiquiátrica de 2001, em que se estabelece um novo modelo de cuidado em saúde mental, de uma perspectiva hospitalocêntrica para o cuidado em liberdade, nos serviços substitutivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Os CAPS AD devem, portanto, respeitar os desejos e possibilidades dos usuários, trabalhando com uma baixa exigência, não tendo a abstinência como único direcionamento clínico. E, fundamentalmente, devem promover a reabilitação psicossocial e a autonomia de seus usuários, estabelecendo estratégias para a desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, sendo esta uma das finalidades do tratamento em saúde mental. Assim, a promoção da

autonomia dos usuários emerge enquanto uma importante questão.

Como podemos perceber, atualmente o paradigma da abstinência ainda é bastante presente em nossa sociedade. Ele aparece nas leis antidrogas, no grande número de internações compulsórias, na estigmatização dos usuários promovida pela mídia – principalmente com a dita “epidemia do crack” – e, muitas vezes, nos discursos e práticas do nosso cotidiano e do cotidiano dos serviços de saúde. Ainda assim, os CAPS AD devem respeitar os desejos e possibilidades dos usuários, trabalhando com uma baixa exigência, não tendo a abstinência como único direcionamento clínico. E, fundamentalmente, devem promover a reabilitação psicossocial e a autonomia de seus usuários como uma das finalidades do tratamento. Diante do exposto sobre a questão das drogas e da autonomia dos usuários, questionamo-nos: como se percebem e se constroem os processos de autonomia em um CAPS AD III de um município do interior do Rio Grande do Sul?

Partimos do pressuposto de que se faz necessário (re)pensar as nossas práticas e entender de que forma os serviços têm feito esses movimentos. Levando em consideração o que foi acima apresentado, este estudo - que teve como objetivo entender esses processos no cotidiano de um CAPS AD III - pretende contribuir para a reflexão acerca das práticas com usuários de álcool e outras drogas, através da observação do cotidiano do serviço. Além disso, partindo-se de uma lógica antimanicomial e de um trabalho na perspectiva da redução de danos, pretende-se identificar de que forma o serviço tem conseguido articular suas práticas para a desinstitucionalização e reabilitação psicossocial de seus usuários, promovendo, respeitando e/ou (re)construindo sua autonomia em relação ao seu tratamento, à própria droga e as suas vidas.

Metodologia

Essa pesquisa se desenvolveu em um Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas (CAPS AD III) após a aprovação do Comitê de Ética da Universidade de [extraído para garantir o parecer às cegas], sob CAAE nº [extraído para garantir o parecer às cegas]. A pesquisa acompanhou o cotidiano do serviço, envolvendo as pessoas de forma indireta, não tendo sido feitas entrevistas ou questionários, não sendo utilizados dados que possam identificar os indivíduos e o sigilo é mantido, bem como a proteção da imagem e a não estigmatização destes, como previsto pelas Resoluções nº 466 de 2012 3 nº 510 de 2016 do Conselho Nacional de Saúde.

Essa pesquisa teve como inspiração teórica e metodológica a cartografia. A cartografia não é um método pronto, com passos a serem seguidos, mas é construído a cada caso, por isso “falamos em praticar a cartografia e não em aplicar a cartografia” (KASTRUP; BARROS, 2010, p. 76). Dessa forma, não buscamos estabelecer um caminho para se chegar a um fim e sim acompanhar um processo ao invés de representar um objeto. Cartografar não significa isolar um objeto e tentar entendê-lo longe de suas conexões com o mundo que o cerca, mas sim “justamente desenhar a rede de forças à qual o objeto ou fenômeno em questão se encontra conectado, dando conta de suas modulações e de seu movimento permanente” (BARROS; KASTRUP, 2010, p. 57).

Assim, acompanhar o cotidiano desse CAPS AD III, observando seus movimentos, suas construções, as linhas que se entrecruzam em seu dia a dia para tentar entender como os processos de autonomia vêm se constituindo dentro desse espaço, pode ser entendido enquanto cartografar. As atividades, enquanto estagiária e supervisor de estágio, possibilitaram-nos vivenciar esses processos e entendê-los a partir de uma coprodução entre os processos que se desenvolvem nesse território existencial e a pesquisa que só foi possível ser enquanto coemergia com esses processos.

Foi utilizado nessa pesquisa o diário de campo como ferramenta metodológica. O diário, para o cartógrafo, não é apenas um instrumento de registro de informações, mas uma ferramenta fundamental e imprescindível na construção do conhecimento, que se faz cotidianamente com as pessoas. Bodgan e Biklen (1994) dizem que o diário de campo é uma espécie de diálogo com o cotidiano no qual o observador está inserido.

Esta pesquisa teve como objetivo acompanhar, refletir e problematizar os processos de autonomia no cotidiano do CAPS AD III de Santa Cruz do Sul. Assim, além de contribuir para que o serviço possa identificar esses movimentos e refletir acerca de suas práticas, de forma a colaborar para o bom funcionamento do serviço e assistência às pessoas atendidas, a pesquisa também pode trazer benefícios para os usuários deste local. Falar sobre a autonomia dos usuários de drogas é construir espaços de fala e escuta para uma parte da população historicamente silenciada e invisibilizada, principalmente no que concerne aos seus desejos e ao exercício de sua autonomia. Dessa forma, elucidar e problematizar a temática, trazendo-a para a reflexão daqueles que constroem o serviço diariamente, poderá trazer melhorias para aqueles que acessam esse serviço, para seus tratamentos, potencializando movimentos que promovam a autonomia e a reabilitação psicossocial.

Resultados e discussão

Os resultados construídos no decorrer desse percurso e aqui apresentados fazem parte de nossa caminhada em um Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas (CAPS AD III). Eles representam movimentações, questionamentos, reflexões, inquietações e vivências que nos levam a pensar em três pistas, divididas em três tópicos, através dos quais abordaremos as temáticas que, no cotidiano do serviço, levantam a questão da autonomia, direta ou indiretamente.

Cabe salientar que as pistas foram sendo construídas a partir das leituras e releituras do diário de campo escrito pela segunda autora e orientado pelo primeiro autor do manuscrito. A prática de estágio integrado em Psicologia ocorreu concomitantemente à realização da pesquisa, no decorrer de um ano. As figuras de supervisor de estágio e orientador da pesquisa, bem como de estagiária e pesquisadora, foram se sobrepondo o tempo todo, indicando-nos a necessidade constante de autoanálise das nossas funções no contexto acompanhado. Em função de nossa implicação com o tema e com o local, por vezes as práticas de estágio integrado nos mostravam relevos importantes sobre a questão da autonomia, assim como a cartografia nos trazia elementos importantes para pensar o estágio, movimentos que consideramos próprios do cartografar.

Através da problematização do diário de campo e da busca por um certo distanciamento do campo, três pontos foram se mostrando mais significativos ao longo da pesquisa: a busca por internações, a realização de uma oficina terapêutica (em que uma das mediadoras era a segunda autora do manuscrito, na figura de estagiária) e a experiência de cogestão experimentada pela equipe naquele ano. Essas pistas foram assim nomeadas: “Os (des)caminhos das internações”; “Cogestão em uma oficina terapêutica: novos caminhos e o trabalho com o usuário”; e, por último, “Gestão colegiada: (re)pensando práticas”. Buscaremos discutir, ao longo do artigo, como essas pistas se articulam de modo direto ou indireto com a questão da autonomia. Destacamos, ainda, que todos os nomes citados ao longo da discussão são fictícios, mantendo o sigilo e o anonimato dos usuários e profissionais do serviço.

Os (des)caminhos das internações

Rodrigo é um paciente usuário de crack que chega ao serviço desanimado, pedindo ajuda – internação em uma fazenda -, sem tomar banho e se alimentar há dias. Durante seu período em acolhimento noturno no serviço relata ter repensado o pedido de internação. Deu-se por conta que já passara por diversas internações e que, em todas elas, saía se sentindo tão bem que acreditava não precisar mais de tratamento, o que considerava como fator para que voltasse ao uso em pouco tempo. Diz que gostaria de tentar de outra forma dessa vez, frequentando o CAPS. Se questiona ao paciente se ele não quer mais internar para voltar para a rua e ao uso. (DIÁRIO DE CAMPO DA SEGUNDA AUTORA).

A partir da situação descrita acima, alguns pensamentos surgem: o fato de o pedido de ajuda ser por internação como primeira alternativa; a percepção, por parte do usuário, de que a internação por si só não provocara grandes mudanças na sua trajetória e a reação do serviço frente a isso. Essa situação serve como disparadora para uma reflexão acerca dos (des)caminhos das internações, visto este não ser o único caso – mas apenas um entre tantos – em que a internação é vista como primeira ou, inclusive, como única alternativa. A Lei da Reforma Psiquiátrica (10.216/2001), que dispõe sobre os direitos e a proteção de pessoas portadoras de transtornos mentais e modifica o modelo de cuidado em saúde mental, em seu artigo 4º, diz que “A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes” (BRASIL, 2001). As internações, então, podem ser voluntárias, involuntárias e compulsórias. A primeira se dá com o consentimento do usuário e as duas últimas, sem. A compulsória é a internação determinada pela Justiça.

A modalidade de internação da qual mais escutamos falar no percurso dessa pesquisa foi a internação compulsória, principalmente vinda dos familiares. Schneider já observava tal demanda no mesmo serviço, na pesquisa intitulada “Consumo de drogas e internação compulsória: construção de um perfil sociodemográfico de usuários de um CAPS AD III”, dizendo que “este tipo de demanda é diariamente observada no CAPS durante os grupos, tanto motivacionais quanto de familiares, nos quais a demanda por internação se torna foco e, da mesma forma, é idealizada como único possível manejo” (2015, p. 26).

As internações estão muito presentes nos tratamentos dos usuários do serviço e, além das internações hospitalares, são comuns as internações em comunidades terapêuticas. Dos usuários em acolhimento noturno no serviço, muitos desejam ir ou vão diretamente para comunidades terapêuticas após os 14 dias para desintoxicação. Ambas as modalidades aqui faladas são apenas voluntárias, mas a ideia de que a internação é a única possibilidade continua sendo a mesma e vai ao encontro com o paradigma da abstinência, vista como único caminho possível.

Das diversas situações de internações compulsórias que vivenciamos no CAPS AD III, através dos Grupos de Familiares, destaca-se uma:

Jorge era um paciente de quem eu ouvira falar diversas vezes. Seu pai, Raul, comparecia semanalmente ao Grupo de Familiares da terça-feira, do qual participo. Lembro-me de sempre evoluir seu prontuário: antigo, grande, recheado pelas participações do pai no grupo, de suas percepções acerca do uso considerado problemático de álcool pelo filho, os conflitos familiares e, eventualmente, perdido no meio dos relatos do pai, avista-se Jorge: em folhas de avaliação compulsória. Desde minha primeira participação no grupo, lembro-me de Raul: um senhor já de idade, criando um neto e tentando dar conta, de alguma forma, do alcoolismo do filho. Sempre que o escutava, ele pedia pela internação compulsória. Sempre que falava, afirmava que não havia possibilidade de diálogo e que Jorge não aceitaria vir ao serviço, que não aceitaria tratamento. Eis que sai a vaga para a internação compulsória de Jorge – já a segunda do ano – e, pela primeira vez, este aceita o tratamento e, voluntariamente, fica em acolhimento noturno no serviço. Após dois dias ele recebe “alta disciplinar”, por ser encontrado com cigarros. Na semana seguinte, uma nova compulsória. (DIÁRIO DE CAMPO DA SEGUNDA AUTORA).

No cotidiano do serviço, é comum escutar de usuários e familiares que não se consegue parar o uso sem internação e a demanda por internações compulsórias segue crescendo, com uma extensa lista de espera. Tal modalidade é temática frequente nos grupos, vindo de pacientes, familiares e profissionais e, por muitas vezes, ainda como único manejo possível. Kelter e Silva (2013), sobre a internação compulsória, dizem que, apesar de esta trazer benefícios a curto prazo, não necessariamente significa que seja um tratamento eficaz, devendo ser tratada, então, como exceção, ressaltando a necessidade da integração com outras formas de tratamento, levando em consideração o contexto familiar, comunitário e a singularidade de cada usuário.

É necessário, portanto, também reconhecer que existem casos onde a internação é indicada e que esta pode trazer benefícios aos usuários. Braun (2007, p. 101) diz que “a internação é indicada quando houver riscos imediatos de vida ou lesão corporal grave, intoxicação grave ou falha de várias tentativas de tratamento ambulatorial”. Ou seja, a internação é um dispositivo, uma intervenção pontual em um momento de crise, mas não pode ser naturalizada enquanto única alternativa.

Entretanto, de acordo com Cunda e Silva (2014, p. 247), “A tecnologia da internação opera na maior parte das vezes como uma estratégia efêmera e pontual” e ganhou força com a dita epidemia do crack, amplamente divulgada pela mídia, dando ênfase a uma noção de “irreversibilidade”. Assim, o que acontece é “[...] um claro movimento de contrarreforma, [...], em vez de uma afirmação das estratégias extra-hospitalares e das políticas de redução de danos” (CUNDA; SILVA, 2014, p. 253).

A internação atua em um paradigma da abstinência e “tropeça no questionamento acerca da autonomia do paciente, no que tange ao reconhecimento intrapessoal deste indivíduo da necessidade de se obter ajuda” (RUIZ; MARQUES, 2015, p. 4) ou, também, de seus desejos e possibilidades. Quanto a isso, existe um movimento no serviço, que tem dado resultado, como já observado por Schneider (2015), ao falar sobre o mesmo dispositivo:

Percebo que ao longo do ano a lista para internações compulsórias segue crescendo. Há casos em que os familiares desistem, mas em outros o serviço conta com um dispositivo com grande potência: as visitas domiciliares (VDs). Toda vez que um familiar pede pela internação compulsória, é oferecida a possibilidade da realização de uma visita domiciliar, realizada pela assistente social, redução de danos e contando, por vezes, com a presença de uma estagiária da Psicologia. As VDs têm conseguido aproximar família, CAPS e usuário e evitar algumas internações compulsórias, ouvindo os usuários em seu território e lhes apresentando possibilidades acerca do tratamento. Existe, então, um movimento que visa evitar as internações compulsórias quando possível e, no cotidiano do serviço, ele tem mostrado resultados. (DIÁRIO DE CAMPO DA SEGUNDA AUTORA).

Na visão da bioética, as internações compulsórias podem ser um conflito, pois vão contra o princípio de autonomia, como exposto por França (2012, p. 53): “[...] no caso de internação involuntária ou compulsória do dependente químico há um conflito enorme, entre o direito à liberdade que se contrapõe com o direito a uma vida digna do internando”. O mais importante, nesse sentido, seria respeitar o que diz a Lei da Reforma Psiquiátrica, não transformando a internação em principal dispositivo no tratamento para o uso de álcool e/ou outras drogas, até porque a internação “[...] é um recurso de saúde estratégico para quando há a necessidade de um cuidado intensivo, tida como uma última opção, por ter uma abordagem intervencionista e incisiva e possuir uma elevada taxa de fracasso”. (DALSENTER; TIMI, 2012, p. 8).

Ou seja, ao trabalhar com usuários de álcool e/ou outras drogas, o grande desafio é perceber que trabalhamos com o desejo do outro, que deve ser acolhido, escutado e respeitado. Entendendo cada usuário em sua singularidade, seja “pessoas que usam drogas e não precisam de tratamento, pessoas que não querem parar de usar drogas e não querer ser tratadas, pessoas que querem diminuir o uso sem necessariamente

Cabe ressaltar ainda que a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas (2004a) nos indica que “traçar uma política com base em um único objetivo é trabalhar em saúde com um modo estreito de entendimento” (BRASIL, 2004a, p. 9). Logo, propõe como um de seus objetivos: “Formular políticas que possam desconstruir o senso comum de que todo usuário de droga é um doente que requer internação, prisão ou absolvição” (BRASIL, 2004a, p. 27). Assim, entende-se que os CAPS AD não devem trabalhar em um ideal de abstinência, estando abertos aos desejos e possibilidades de seus usuários. Afinal, quando trabalhamos a abstinência enquanto o único caminho possível, sem escutar os sujeitos, silenciemos suas vozes e retiramos sua condição de sujeitos autônomos.

Cogestão em uma Oficina Terapêutica: novos caminhos e o trabalho *com* o usuário

Ao longo do ano, como atividade de estágio integrado em Psicologia no serviço, foi dada continuidade à Oficina de Culinária, que havia sido criada por duas estagiárias de psicologia no ano anterior. Falar dessa oficina, para nós, é falar em relações de afeto, de cooperação, da criação de novos caminhos em um território existencial que, inicialmente, aparecia mais endurecido. E porque, se a oficina é o que é hoje, ela foi construída ao longo de um caminhar.

Com a Reforma Psiquiátrica, as oficinas vão tomando nova forma e, a partir da década de 80, aparecem nos serviços substitutivos enquanto importante ferramenta para a desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, como mecanismo de expressão de subjetividade e promoção de autonomia (GRECO, 2008). Como afirma Guerra (2008, p. 55), “a dimensão essencial das oficinas refere-se à articulação da dimensão sociopolítica com a dimensão da subjetividade”.

O Ministério da Saúde define as oficinas enquanto:

[...] uma das principais formas de tratamento oferecido nos CAPS. Os CAPS têm, frequentemente, mais de um tipo de oficina terapêutica. Essas oficinas são atividades realizadas em grupo com a presença e orientação de um ou mais profissionais, monitores e/ou estagiários. Elas realizam vários tipos de atividades que podem ser definidas através do interesse dos usuários, das possibilidades dos técnicos do serviço, das necessidades, tendo em vista a maior integração social e familiar, a manifestação de sentimentos e problemas, o desenvolvimento de habilidades corporais, a realização de atividades produtivas, o exercício coletivo da cidadania. (BRASIL, 2004b, p. 20).

Separaram, ainda, as oficinas por tipo, podendo ser: expressivas (artísticas, corporais, verbais, musicais, entre outras), de geração de renda (aprendizado de uma atividade específica, para a posterior venda do produto, como artesanato, marcenaria, etc.) e alfabetização. Sobre a última, se refere que “contribuí para que os usuários que não tiveram acesso ou que não puderam permanecer na escola possam exercitar a escrita e a leitura, como um recurso importante na (re)construção da cidadania”. (BRASIL, 2004b, p. 21).

Cedraz e Dimenstein (2005, p. 302) dizem, inclusive, que “o uso do trabalho e de outras atividades como modalidades terapêuticas não nasceram no território psiquiátrico, mas num território que pode ser associado ao da polícia ou da assistência social”. Inicialmente, então, o trabalho aparece enquanto terapêutico, remontando aos manicômios (GUERRA, 2008, p. 26), tendo um sentido de cura. Posteriormente no Brasil, proposto em ambiente hospitalar por Nise da Silveira, a expressão através da arte faz com que não mais o trabalho “[...] e sim a arte, enquanto instrumento de expressão dos conteúdos inconscientes” (GRECO, 2008, p. 83) torne-se terapêutico.

Com base nisso, podemos dizer que a oficina de culinária é uma oficina terapêutica de expressão, visto que não é feita com o intuito de geração de renda, mas como espaço de criação e expressão. A Oficina de Culinária realizada nesse CAPS AD III foi inicialmente proposta pelas estagiárias de Psicologia do ano de 2015. Durante o ano de 2016, as estagiárias deram continuidade à atividade. O percurso na Oficina de Culinária inicia com conversas com os usuários em acolhimento – diurno e noturno – para entender como eles percebem a oficina, se gostariam da continuidade e o que gostariam que fizessemos.

Com o passar dos meses, a oficina se tornou um lugar de expressão, integração e espontaneidade. Os usuários passaram a nos procurar durante a semana para propor receitas, passaram a pedir receitas para outros profissionais da equipe – como a impressão da receita de bolinho de chuva -, passando a perceber o espaço da oficina não como algo proposto apenas por nós, mas como espaço de construção conjunta. Deixamos [as estagiárias] de ser as “instrutoras” e a oficina se desenrola de forma natural, com os usuários participando ativamente de todos os momentos, convidando uns aos outros para a realização das atividades, voluntariando-se para cozinhar, para lavar a louça ou para fazer o registro da receita do dia, por vezes revezando entre mais de um usuário para a mesma atividade, de forma que todos possam participar.

O cozinhar passa a ter um novo significado e um novo lugar dentro do serviço, quando um paciente ensina uma receita ao outro ou quando trazem uma receita de família para ser feita na oficina. Encontra-se, então, uma nova forma de expressão, onde cozinhar surge enquanto um prazer para muitos, profissão para outros e desejo para mais tantos. No registro das receitas isso fica evidente como, por exemplo, no pequeno poema criado por um dos usuários presentes no dia em que fizemos negrinho: “De negrinho em negrinho, cada um se doou um pouquinho”. Sendo, após, sugerido pelos outros pacientes que, então, se acrescentasse aos ingredientes “uma pitada de carinho”.

Aos poucos vamos percebendo que o sentido terapêutico da atividade ocorre na interseção entre os caminhos percorridos pelos usuários dentro e fora do serviço, sendo a oficina não apenas um passar de tempo, mas local de potencialidades e produção de novas maneiras de ser e estar no mundo, ou de se perceber neste. Em um dos momentos mais marcantes da Oficina de Culinária, cantamos parabéns e confeccionamos um cartão para o aniversário de um usuário, que, segundo relato próprio, nem lembrava a última vez que alguém havia cantado parabéns para ele.

Aparece, então, algo com muito potencial e que acreditamos ser fundamental: o afeto. O quanto afetamos aos outros e somos afetados nesse caminhar, quando o usuário, ao entregarmos o cartão dizendo que não conseguimos fazer muito, responde que vai guardá-lo com muito carinho e sua expressão e postura mudam, com o mesmo percorrendo o serviço com um sorriso no rosto, para mostrar aos outros profissionais o que ele havia ganhado. Nas linhas que se entrecruzam no cotidiano do serviço, é o afeto que consegue criar importantes rachaduras nos pensamentos hegemônicos, possibilitando a emergência de novos caminhos, novas formas de subjetivação, reconhecendo os usuários enquanto cidadãos autônomos, com direitos e deveres, para além de sua relação com a droga.

Segundo Guedes e colaboradores (2010, s/p.), “a desinstitucionalização consiste no processo de desconstrução de práticas manicomiais e construção de novos saberes, os quais sejam capazes de privilegiar a subjetividade e autonomia do indivíduo” e as oficinas têm importante papel nesse processo, como reconhecido por Cedraz e Dimenstein (2005). Ribeiro (2008) descreve as oficinas como espaços de criação, expressão, produção, transformação, humanização, experimentação, socialização e convivência, sendo também espaço de mudanças subjetivas, na representação social da loucura, na diminuição dos índices de internação, na ordenação do cotidiano dos serviços e maior adesão ao tratamento. É notável, nessa oficina, o quanto os usuários buscam este espaço, dizendo que gostariam de ter a oficina mais vezes

na semana, trazendo falas que muitas vezes não surgem nos grupos e outros atendimentos, tecendo redes entre si e criando vínculos importantes com os profissionais e estagiárias de Psicologia.

Sendo assim, a oficina torna-se um espaço de amplos fazeres, com grande potencialidade dentro do serviço. Ela foi se transformando em um espaço de cogestão, de construção diária, um espaço com características distintas, tecido por diversos usuários que por ela passaram, deixando sua marca. Cedraz e Dimenstein (2005, p. 317) dizem que “a oficina pode ser várias coisas, menos um dispositivo disciplinador cuja função é a de produzir sujeitos que se comportam de acordo com o que a sociedade espera”. Dessa forma, entendemos o espaço da Oficina de Culinária no CAPS AD III enquanto um espaço de expressão de subjetividades, que acolhe a todo e qualquer usuário que dela quiser participar, cada um deixando um tempero diferente que ajuda a construir este lugar.

Percebemos o potencial das oficinas em situações como a descrita a seguir:

É decidido, pelos pacientes, que faremos arroz de leite. Discute-se em vários momentos se devemos chamar a receita de arroz doce ou arroz de leite, sendo decidido por arroz de leite, porque “é como se fala aqui no Sul”. Surge, então, a questão de quem fará a receita, visto que nenhum dos pacientes que a sugeriu sabia como fazê-la. Pedro, um paciente morador de rua e que está sempre pelo serviço, diz que fará. Ele, com a ajuda dos demais – para questões de quantidade e até auxílio alcançando os ingredientes –, faz, então, a receita do dia. Pedro é um paciente nem sempre visto da melhor forma, que não participa de tudo que é proposto, que não fala muito e que, nem sempre, a equipe sabe exatamente de que forma lidar. Quando relatamos que ele se voluntariou para cozinhar e fez tudo, isso provoca uma reação de surpresa na equipe. Ele me pede, posteriormente, para guardar um pouco do arroz de leite para ele comer no outro dia, o que faço, colocando uma caneca etiquetada com seu nome na geladeira. Alguns dias depois, pergunto se ele comeu. Ele me responde, sorrindo, que o arroz de leite dele tinha ficado muito bom. (DIÁRIO DE CAMPO DA SEGUNDA AUTORA).

Assim, reafirma-se o potencial das oficinas terapêuticas enquanto ferramenta de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, promovendo autonomia e a formação de novos laços, novos vínculos e novas formas de ser e se relacionar com o mundo ao seu redor. A produção das oficinas – nesse último caso, o arroz de leite – deve ser feito, segundo Corrêa (2008, p. 159), “respeitando-se as diferenças dos sujeitos e incentivando-se os potenciais de cada um”. Por isso, a Oficina Terapêutica de Culinária do CAPS AD III é um lugar tão diverso e com grande potencial para a promoção e (re)construção da autonomia dos usuários que passam por ela.

Gestão colegiada: (re)pensando práticas

Um dos processos mais importantes que percebemos no decorrer desse ano, percorrendo os espaços (ou falta de) da autonomia, foi a constituição de um colegiado gestor. Cabe mencionar que esse foi um movimento realizado pela própria equipe que, após a saída do coordenador do serviço, sentiu a necessidade de se apropriar mais dos processos de gestão. Entendemos aqui, portanto, que o próprio exercício da gestão colegiada é um exercício de autonomia.

O que é, então, uma gestão colegiada? Cecílio (2010, p. 557) diz que:

A gestão colegiada, em todos os níveis da organização e em todas as organizações de saúde, tem sido adotada como o eixo de processos de gestão considerados como inovadores ou alternativos ao “modelo gerencial hegemônico”, pelo menos desde o final da década de 1980, no processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) no nosso país.

Segundo Abrahão (2008, p. 96), o colegiado gestor tem como uma de suas características “ser uma

instância de negociação e pactuação coletiva no interior da organização”. Ou seja, um colegiado gestor é composto por diversos trabalhadores de um serviço e pressupõe que estes tenham poderes iguais. Ainda de acordo com Abrahão (2008, p. 100), uma gestão colegiada “possibilita o diálogo na definição de objetivos e na priorização de ações e novas práticas de atenção em saúde, bem como na declaração de contratos e compromissos a partir da singularização do sujeito ou de um grupo”.

Durante o ano de 2016 aconteceu, então, uma modificação na gestão do CAPS AD III, com a saída do antigo coordenador. A partir daí forma-se um colegiado gestor, constituído por uma nutricionista, duas psicólogas e dois enfermeiros que já eram, todos, membros da equipe. Segundo Campos (1998), isso não elimina as funções de dirigente ou liderança, mas deixa de ter um caráter exclusivo e unipessoal. Desde então, uma série de movimentações têm sido feitas no CAPS AD III, que constituem pontos importantes para a discussão acerca da autonomia dos profissionais e dos usuários do serviço.

Campos e Campos (2006), ao falarem das modificações no campo da saúde coletiva, trazem a autonomia enquanto parte desse processo, não apenas para usuários, mas também para profissionais de saúde. “Os objetivos essenciais do trabalho em saúde seriam, portanto, a própria produção de saúde e também a co-construção de capacidade de reflexão e de ação autônoma para os sujeitos envolvidos nesses processos: trabalhadores e usuários” (CAMPOS; CAMPOS, 2006, p. 669).

Com a constituição de uma nova forma de gestão no serviço, percebemos como marco importante o fato da gestão colegiada não estar envolvida somente com processos burocráticos e, sim, vivenciar o cotidiano do serviço, fazendo grupos e atendimentos diversos. A gestão colegiada movimenta a equipe também no sentido da própria construção da gestão. Abrahão (2008, p. 101) diz que essa movimentação “possui a potência de mobilizar forças no interior dos grupos e dos sujeitos, provocando novos processos de subjetivação e de redução de processos de heterogestão”.

O processo de constituição do colegiado gestor se dá no cotidiano, descobrindo sua forma de funcionar, discutindo com os demais profissionais questões pertinentes à gestão, mas que envolvem a equipe, tomando decisões em conjunto, ouvindo e dando espaço para que se repensem as práticas e o próprio serviço, possibilitando a criação de novos caminhos:

Antigamente, a gestão acabava ficando por vezes “burocratizada”, fechada em uma sala, tomando decisões. O que não quer dizer que fosse inacessível ou não conversasse e ouvisse os profissionais da equipe, mas muitas vezes abarcava todas as questões sozinha. Com a nova gestão – que em vários momentos ainda está aprendendo como lidar com a burocracia e com as próprias questões do cotidiano – a equipe acaba sendo mais envolvida nesses processos. Mesmo que seja nas pequenas coisas, como quando um dos Redutores de Danos pergunta se pode dar um pacote de bolachas para os pacientes, que pediram, dizendo estarem com fome. Um dos membros do colegiado gestor responde com outra pergunta: “o que tu achas?” e a decisão parte do Redutor. “Acho que o café já é daqui a pouco, não sendo necessária a bolacha”. (DIÁRIO DE CAMPO DA SEGUNDA AUTORA).

Dessa forma, é possível que a equipe repense suas práticas, testando e descobrindo novas formas de lidar com o cotidiano do serviço. A maior autonomia aos profissionais tem demonstrado uma maior autonomia aos usuários. O que vai ao encontro com o que diz a Política Nacional de Humanização (PNH), quando fala sobre a indissociabilidade entre gestão e atenção, considerando que as decisões da primeira afetam diretamente a segunda (BRASIL, 2013). Na prática do CAPS, isso se confirma. A forma de se fazer gestão interfere diretamente na atenção e, portanto, nos caminhos e possibilidades aos usuários, seus tratamentos e trajetórias dentro e fora do serviço.

O exercício da gestão colegiada, então, tem proporcionado reflexões acerca dos processos de trabalho (referentes tanto à gestão quanto à atenção), onde essas questões são discutidas no coletivo, permitindo que

as decisões não sejam tomadas apenas verticalmente, proporcionando processos de corresponsabilização. Esse processo tem refletido nos usuários que, em alguns momentos, também têm discutido a melhor maneira de resolver questões, envolvendo membros da equipe no processo e garantindo maior autonomia e exercício da democracia.

Uma das primeiras discussões após a troca da gestão foi a do Projeto Terapêutico Singular. Existia certo receio dos profissionais em dar opções diferentes e ter usuários fazendo seu tratamento de maneiras diversas uns dos outros, considerando que os profissionais poderiam ser questionados pelos usuários sobre o porquê das diferenças. Porém, é necessário lembrar que o PTS é *singular*, ou seja, vai ser sim diferente para cada pessoa e o deve ser, pois estamos lidando com sujeitos com diferentes características, demandas, histórias de vida, desejos e possibilidades.

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) “é configurado como uma ferramenta de cuidado única, construída coletivamente no trabalho em equipe e exclusiva para cada pessoa” (BRASIL, 2004b, p. 31). Essa construção coletiva se dá não somente através da equipe do serviço, mas também através “da participação do próprio usuário e dos demais envolvidos, por intermédio de suas histórias” (BRASIL, 2004b, p. 31). Através do PTS, delimita-se um plano para o tratamento desse usuário, que é único para cada um, levando em consideração suas demandas, necessidades, desejos e possibilidades. A ideia é buscar estratégias de cuidado para o usuário, fortalecendo “a sua capacidade de autonomia e de exercer a cidadania” (BRASIL, 2004b, p. 33). Portanto, a delimitação de um Projeto Terapêutico Singular – que não é estático ou imutável – vem contribuir com a perspectiva antimanicomial e da reabilitação psicossocial, buscando entender as potencialidades do sujeito e de seu meio, incluindo esses fatores como parte do PTS. Sobre isso, Campos (1998, p.868) diz que “sabe-se que não há clínica eficaz sem personalização e contextualização dos projetos ou programas terapêuticos”.

Dessa forma, entra em pauta também a questão dos acolhimentos. O serviço oferece duas modalidades de acolhimento: diurno e noturno. O acolhimento noturno acontece em até 14 dias durante os quais o usuário fica no serviço para desintoxicação, sendo oferecidos 7 leitos masculinos e 3 femininos. Para tanto, é necessário que o usuário passe por avaliação médica. No acolhimento diurno, as pessoas atendidas ficam durante o dia no CAPS. Até então, estando em acolhimento, os usuários não podiam sair do serviço, somente se pedissem alta. Com a discussão do PTS, os usuários começam a ter novas possibilidades, fazendo combinações individuais com os membros da equipe.

Atualmente, nossos pacientes acolhidos saem para distribuir currículos, para entrevistas de emprego, para verem a família, para fazerem documentos, para consultas médicas, para comprar um cadarço novo para o tênis, para buscar medicação. Não significa que os momentos em que não se possibilita o exercício de suas autonomias não existam mais. Ou que eles tenham sempre voz e sejam sempre escutados. Mas acredito que o CAPS AD tem passado por mudanças importantes, em um processo que não é linear e que, às vezes, vai e vem, dá alguns passos para frente e depois alguns para trás, antes de encontrar a melhor forma de fazer as coisas. Porém, o próprio exercício do serviço repensar suas práticas é um passo importantíssimo. (DIÁRIO DE CAMPO DA SEGUNDA AUTORA).

A gestão colegiada no CAPS AD III é, ainda, bastante recente. Aos poucos, algumas práticas têm sido (re)pensadas, os problemas discutidos em equipe, pensando-se em soluções em conjunto. Nem sempre, por exemplo, a questão da autonomia aparece de forma positiva, como no caso em que alguns profissionais consideram que “os usuários agora terem mais autonomia e considerarem isso ruim, pois acreditam que eles sejam, muitas vezes, “manipuladores” e que assim “tomam conta”. Acreditam que deveria haver maior “disciplina”. (DIÁRIO DE CAMPO DA SEGUNDA AUTORA).

Durante muito tempo, as práticas proibicionistas e de alta exigência – que tinham a abstinência

como única meta ou, inclusive, como pré-requisito para acesso ao tratamento – foram predominantes em uma escala praticamente global (ALVES, 2009). Atualmente, a Redução de Danos se apresenta como um outro caminho possível, tendo surgido no Brasil na década de 80 e sendo regulamentada em 2005, através da Portaria nº 1.028, que “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” (BRASIL, 2005). Entretanto, o proibicionismo ainda se faz presente e, por muitas vezes, permeia os discursos midiáticos, da sociedade e, inclusive, dos profissionais de saúde mental, em uma ideia de que “[...] o consumo de drogas configura um problema moral, uma prática delituosa cujo enfrentamento consiste no encarceramento dos imorais/criminosos” (ALVES, 2009, p. 2311).

A ideia de que é necessário “disciplina” no tratamento de nossos usuários reflete essa posição. Historicamente, os usuários de drogas foram submetidos a tratamentos morais e vistos como criminosos. Tal pensamento ainda vigora em diversos momentos, principalmente na ideia do trabalho como forma de terapêutica, muito utilizado em comunidades terapêuticas geridas por igrejas.

Porém, mesmo que devagar, o serviço tem se olhado, se (re)pensado e criado novas possibilidades. E a gestão colegiada tem um importante papel nisso, trabalhando “[...] na perspectiva de uma prática mais solidária, menos alienada e mais cuidadora dos usuários” (CECÍLIO, 2010, p. 557).

Considerações finais

Esta pesquisa teve como objetivo principal acompanhar e problematizar a forma como os processos de autonomia vêm sendo pensados e construídos no cotidiano do CAPS AD III de um município do interior do Rio Grande do Sul. A vivência do cotidiano do CAPS AD III nos permitiu muitas reflexões [apresentadas ao longo do texto], intensos afetos e aprendizagem constante. Por isso, a cartografia enquanto a expressão de afetos que pedem passagem nos pareceu uma ferramenta metodológica significativa nesse contexto, possibilitando-nos a vivência de caminhos e sentidos do cotidiano de um serviço de saúde mental, resultando em uma escrita que expressa os afetos vivenciados nesse processo.

Enquanto, por vezes, o serviço tem tentado construir novas práticas ou novas formas de realizar suas práticas, que permitem uma maior autonomia aos usuários, possibilitando novas trajetórias de tratamento e criação de novas possibilidades de vida, por outras esbarra em receios e posicionamentos internos, encobrando a autonomia dos pacientes, resgatando um pensamento que coloca a disciplina enquanto terapêutica, remontando-nos às propostas de um tratamento moral. Ou seja, mesmo com as mudanças que a gestão colegiada promove dentro do serviço, ainda há um receio do serviço como um todo quando se trata de promover autonomia aos pacientes. O serviço tem conseguido fazer importantes movimentações, como a flexibilidade em relação aos acolhimentos e o envolvimento de usuários e equipe na discussão de questões em que a gestão toma a decisão, mas esta afeta o serviço como um todo. Porém, nem sempre essa postura se mantém, o que faz com que o serviço, por vezes, ainda funcione fechado em seus muros, o que dificulta a desinstitucionalização – sendo o CAPS, também, uma instituição – e a reabilitação psicossocial de seus usuários.

Acreditamos que durante este ano ocorreram inegáveis avanços no que diz respeito à questão da autonomia e, que, sendo a gestão colegiada ainda uma experiência nova para o serviço, bem como a própria constituição do serviço como tipo III (funcionando durante 24h), ainda há muito caminho para ser percorrido e o serviço está tentando encontrar a melhor forma de percorrê-lo. São de extrema importância as movimentações feitas por usuários, equipe e gestão colegiada no sentido de olhar para si e para o próprio serviço, questionando seu funcionamento, as mudanças que poderiam ser feitas para o bem coletivo, (re)

pensando suas práticas, criando e testando novas formas de fazê-las.

Destacamos, aqui, o desenvolvimento da Oficina de Culinária, constituída por momentos de muito afeto e muita aprendizagem. O fato de sempre decidirmos as receitas a serem feitas com os usuários e destes se responsabilizarem pelas anotações, por cozinhar e limpar criou um espaço importantíssimo de vínculos, criatividade e corresponsabilidade, promovendo autonomia e resgatando importantes laços e lembranças. O espaço é sempre tratado com carinho por todos, em um fazer coletivo que, hoje, destituiu as estagiárias do papel de instrutoras, colocando-as lado a lado na organização e na realização da oficina. Este é um espaço deles, usuários, construído por eles, com seus desejos, suas histórias.

Outro marco importante deste trabalho são as internações compulsórias, visto a extensa lista de espera – que cresce a cada Grupo de Familiares. Porém, é importante destacar que os profissionais do serviço tentam, na maioria das vezes, que esta seja a última opção. As visitas domiciliares têm sido ferramenta essencial para isso, contudo, muitas vezes esbarram em questões burocráticas e nos próprios familiares, que enxergam a internação como única solução possível. Há todo um contexto a ser considerado nesse fenômeno, reforçado pelos estereótipos reafirmados diariamente pela mídia, de usuários “zumbis”, “epidemias” e a desinformação acerca da Redução de Danos – por vezes, inclusive dentro do próprio serviço. Ou seja, há algumas linhas que se tecem fora do serviço, mas que permeiam suas práticas.

Este trabalho, portanto, acompanhou, observou, problematizou e tentou identificar movimentações, relações e construções cotidianas sobre os processos de autonomia em um CAPS AD III. Sendo assim, esperamos que a questão da autonomia continue suscitando discussões, reflexões e inquietações, com práticas menos endurecidas, menos permeadas por uma lógica da abstinência. Como Lancetti (2008, p. 80), ao falar sobre a Redução de Danos, queremos reduzir danos para ampliar a vida: “a RD, no plano da proposta e na sua preciosa simplicidade, é redutiva, mas, quando analisada na sua capilaridade, é menos uma diminuição do risco e mais uma ampliação da vida”. E que seja para esse caminho que se possa caminhar, promovendo a autonomia de nossos usuários e ampliando suas possibilidades de vida.

Referências

ABRAHÃO, Ana L. Colegiado gestor: uma análise das possibilidades de autogestão em um hospital público. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 1, p. 95-102 2008. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v13n1/13.pdf>> Acesso em: set. 2016.

ALVES, Vânia S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2309-2319, 2009. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufba.br:8080/ri/bitstream/ri/3558/1/02.pdf>> Acesso em: out. 2016.

BARROS, Laura P. de; KASTRUP, Virgínia. Cartografar é acompanhar processos. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana da (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2010, p. 52-76.

BODGAN, Robert C.; BIKLEN, Sari K. **Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Porto: Porto Editora, 1994.

BRASIL. Lei Federal n. 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad. **Diário Oficial Eletrônico**, Brasília, DF, 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm> Acesso em: abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei Federal n. 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. **Diário Oficial Eletrônico**, Brasília, DF, 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm> Acesso em: mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas/Ministério da Saúde**. 2.ed. rev. ampl.– Brasília:Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Guia Estratégico de Cuidado em Álcool e Outras Drogas** - Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização** (folheto). Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf> Acesso em: out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Portaria n. 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. **Diário Oficial Eletrônico**, Brasília, DF, 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html> Acesso em: abr. 2016.

BRAUN, Ivan M. **Drogas: perguntas e respostas**. São Paulo: MG Editores, 2007.

CAMPOS, Gastão W. de S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-870, 1998. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v14n4/0080.pdf>> Acesso em: out. 2016.

CAMPOS, Rosana T. O.; CAMPOS, Gastão W. de S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, Gastão W. de S. *et al* (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006, p. 669-688.

CECÍLIO, Luiz C. de O. Colegiados de gestão em serviços de saúde: um estudo empírico. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 3, p. 557-566, 2010. Disponível em: <<http://www.repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/5625/S0102-311X2010000300013.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> Acesso em: set. 2016.

CEDRAZ, Ariadne; DIMENSTEIN, Magda. Oficinas terapêuticas no cenário da Reforma Psiquiátrica: modalidades desinstitucionalizantes ou não? **Revista Mal-estar e Subjetividade**, v. V, n. 2, p. 300-327, 2005. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v5n2/06.pdf>> Acesso em: set. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências Técnicas para a Atuação de Psicólogos/os em Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas**. Brasília: CFP, 2013.

CUNDA, Mateus F.; SILVA, Rosane A. N. da. O Crack em um cenário empedrado: articulações entre os discursos jurídico, médico e midiático. **Psicologia & Sociedade**, v. 26, n. spe., p. 245-255, 2014.

DALSENTER, Fernanda B.; TIMI, Jorge R. R. O embasamento legal do internamento compulsório de dependentes químicos. **Percurso**, v. 12, n. 1, p. 1-15, 2012. Disponível em: <<http://revista.unicuritiba.edu.br/index.php/percurso/article/view/485/370>> Acesso em: set. 2016.

FRANÇA, Genival L. de. **Internação compulsória do dependente químico: violação do direito de liberdade ou proteção do direito à vida?** 2012. 61 f. Monografia (Faculdade de Direito de Presidente Prudente - Graduação) – Universidade do Estado de São Paulo, Presidente Prudente, 2012.

GUEDES, Ariane da C. *et al*. As mudanças nas práticas em saúde mental e a desinstitucionalização: uma revisão integrativa; **Rev. Eletr. Enf.**, v. 12, n. 3, p. 547-553, 2010. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n3/v12n3a19.htm> Acesso em: set. 2016.

GUERRA, Andréa M. C. Oficinas em saúde mental: percurso de uma história, fundamentos de uma prática. In: COSTA, Clarice M.; FIGUEIREDO, Ana C. (Orgs.). **Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2008, p. 23-58.

GRECO, Musso G. Oficina: uma questão de lugar? In: COSTA, Clarice M.; FIGUEIREDO, Ana C. (Orgs.). **Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2008, p. 83-94.

KASTRUP, Virgínia; BARROS, Regina B. de. Movimentos-funções do dispositivo na prática da cartografia. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Lílíana da (Orgs.). **Pistas do método da cartografia**: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2010, p. 76-91.

KELTER, Paul J.; SILVA, Nilson T. R. C. Legalidade e finalidade da internação compulsória dos dependentes de crack. **Revista Jurídica Cesumar**, v. 13, n. 2, p. 541-559, 2013. Disponível em: <<http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/revjuridica/article/view/3058/2138>> Acesso em: set. 2016.

LANCETTI, Antonio. **Clínica peripatética**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

PASSOS, Eduardo H.; SOUZA, Tadeu P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. **Psicologia & Sociedade**, v. 23, n. 1, p. 154-162, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822011000100017> Acesso em: mar. 2016.

RIBEIRO, Regina C. F. Oficinas e redes sociais na reabilitação psicossocial. In: COSTA, Clarice M.; FIGUEIREDO, Ana C. (Orgs.). **Oficinas terapêuticas em saúde mental**: sujeito, produção e cidadania. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2008, p. 105-116.

ROMANINI, Moises; ROSO, Adriane. Mídia e crack: promovendo saúde ou reforçando relações de dominação? **Psicol. cienc. prof.**, v. 32, n.1, p. 82-97, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932012000100007>. Acesso em: abr. 2016.

RUIZ, Viviana R. R.; MARQUES, Heitor R. A internação compulsória e suas variáveis: reflexões éticas e socioculturais no tratamento e reinserção do paciente na sociedade. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 7, n. 1, p. 01-08, jan/jun 2015. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v7n1/v7n1a02.pdf>> Acesso em: maio 2016.

SCHNEIDER, Carolina. **Consumo de drogas e internação compulsória**: construção de um perfil sociodemográfico de usuários de um CAPS AD III. Disponível em: <<http://repositorio.unisc.br/jspui/bitstream/11624/976/1/Carolina%20Schneider.pdf>> Acesso em: set. 2016.

Recebido em: 03.09.2017

Aprovado em: 17.07.2018