

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL
CURSO DE TERAPIA OCUPACIONAL**

KARINI MARTINS MÜLLER

**A ATUAÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL NO USO ABUSIVO DE
DROGAS – CONTRIBUIÇÕES DA PROFISSÃO NESTE CAMPO**

**SANTA MARIA, RS
2019**

KARINI MARTINS MÜLLER

**A ATUAÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL NO USO ABUSIVO DE DROGAS –
CONTRIBUIÇÕES DA PROFISSÃO NESTE CAMPO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Terapia Ocupacional, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), como requisito parcial para obtenção do **grau de Bacharel em Terapia Ocupacional**.

Orientador(a): Prof. Ana Luiza Ferrer

Santa Maria, RS
2019

KARINI MARTINS MÜLLER

**A ATUAÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL NO USO ABUSIVO DE DROGAS –
CONTRIBUIÇÕES DA PROFISSÃO NESTE CAMPO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Terapia Ocupacional, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), como requisito parcial para obtenção do **grau de Bacharel em Terapia Ocupacional**.

Aprovado em de 15 julho de 2019:

Ana Luiza Ferrer, Dr^a (UFSM)
(Presidente/Orientadora)

Amara Lucia Holanda Tavares, Dr^a (UFSM)

Santa Maria, 2019.

RESUMO

A ATUAÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL NO USO ABUSIVO DE DROGAS – CONTRIBUIÇÕES DA PROFISSÃO NESTE CAMPO

AUTORA: KARINI MARTINS MÜLLER

ORIENTADOR(A): ANA LUIZA FERRER

A Dependência química é um fenômeno muito discutido nos dias atuais, visto que o uso abusivo se tornou um problema de saúde pública, uma vez que este uso diz respeito à segurança, saúde e bem-estar social. O uso abusivo de substâncias psicoativas causa uma desorganização no sujeito, interferindo assim na sua ocupação sendo a ocupação humana o eixo central da TO, assim faz-se necessário as contribuições da profissão neste campo, buscando ressignificar o cotidiano dos usuários através das ações/recursos terapêuticos, ações estas pensadas e traçadas em conjunto com o usuário no seu Projeto Terapêutico Singular. Trata-se de um trabalho de conclusão de curso, com objetivo de compreender a atuação e a importância da TO neste campo, pensando no uso das estratégias de Redução de danos no campo da dependência química, buscando analisar a importância dos procedimentos terapêuticos ocupacionais neste contexto. Situa-se como uma pesquisa de abordagem qualitativa, com utilização da técnica da Bola de Neve, através de um questionário semi-estruturado online autoaplicável com terapeutas ocupacionais que atuam neste campo. Através deste estudo, objetivou-se um aprofundamento da prática da Terapia Ocupacional junto ao usuário em situação de uso abusivo de drogas, por meio de relatos de práticas que os TOs trouxeram, foi possível um maior entendimento da profissão neste campo de atuação. Os resultados obtidos referem-se a práticas terapêuticas ocupacionais desenvolvidas pelos entrevistados em sua maioria por meio dos CAPS, práticas majoritariamente no âmbito da RD, mostrando assim o seu benefício.

Palavras chaves: Terapia ocupacional; Transtornos Relacionados ao uso de substâncias; Redução de Danos.

ABSTRACT

The impact of Occupational Therapy in the abusive use of drugs – contributions of the profession in this field

AUTHOR: Karini Martins Müller

ADVISOR(S): Ana Luiza Ferrer

Chemical dependence is currently a widely discussed phenomenon, as the abusive use of drugs became an issue of public health considering that its use will impact social security, health and wellbeing. The abusive use of psychoactive substances leaves the individual feeling unorganised, thus interfering with their occupation. As human occupation is the base of OT, it therefore becomes necessary the contributions of the profession in this field, which seeks to reframe the daily life of users through actions/therapeutic resources. These actions are then thought of and traced in conjunction with the individual in their own Singular Therapeutic Project. This undergraduate dissertation aims to understand the impact and the importance of OT in this field, looking at the use of Harm Reduction (RD) strategies in the field of chemical dependence and looking to analyse the importance of occupational therapy procedures in this context. The dissertation is based on qualitative research, with the utilization of snowball sampling in a semi-structured, self-supporting online questionnaire with occupational therapists that work in the field. In this research, the aim was to deepen the practice of Occupational Therapy with the user in situations where there was abusive use of drugs, by using reports of practice that the OTs have brought, thus becoming possible to greater understand the impact of the profession in this field. The results obtained refer to the occupational therapy practices developed by the interviewees, mainly through Psychosocial Attention Centres for alcohol and other drugs (CAPS) and practices in the sphere of RD. Therefore showing its benefits.

Key terms: Occupational therapy; disorders related to use of substances; harm reduction.

LISTA DE ABREVIATURAS

TO	Terapia Ocupacional
SNC	Sistema Nervoso Central
RD	Redução de Danos
SUS	Sistema Único de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
HIV	Vírus de Imunodeficiência Humana
UDI	Usuário de Drogas Injetáveis
DST	Doença Sexualmente Transmissível
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ABORDA	Associação Brasileira de Redutores de Danos
CAPS AD	Centros de Atenção Psicossocial álcool e drogas
PTS	Projeto Terapêutico Singular

SUMÁRIO

ABSTRACT	5
INTRODUÇÃO	9
CAPÍTULO 1 – USO DE DROGA PELA HUMANIDADE: UM BREVE HISTÓRICO.	11
1.1 A REDUÇÃO DE DANOS COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO	15
1.2 POLITICAS SOBRE DROGAS NO BRASIL	17
CAPÍTULO 2 – TERAPIA OCUPACIONAL NA DEPENDÊNCIA QUÍMICA E PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS OCUPACIONAL NO USO ABUSIVO.	21
CAPÍTULO 3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	26
3.1 POPULAÇÃO DO ESTUDO E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	27
3.1.2 Considerações éticas	29
3.1.3 Riscos e benefícios	30
CAPÍTULO 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	30
4.1 CARACTERÍSTICAS DAS ENTREVISTADAS	30
4.2 ATUAÇÃO DAS ENTREVISTADAS.....	31
4.3 TERAPIA OCUPACIONAL NO TRATAMENTO DO USO ABUSIVO DE SUBSTÂNCIAS	32
4.4 RELATO DE CASO- PERCEPÇÃO DO CORPO COM O USO DE SUBSTÂNCIA.....	38
4.5 FAMÍLIA E VÍNCULOS.....	44
4.6 A REDUÇÃO DE DANOS E POLÍTICAS PÚBLICAS.....	47
CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
APÊNDICE A. Questionário	61
APENDICE B PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	62

INTRODUÇÃO

A Dependência química é um fenômeno muito discutido nos dias atuais, visto que o uso abusivo se tornou um problema de saúde pública, uma vez que este uso diz respeito à segurança, saúde e bem-estar social. Pensando nisto, esse estudo tem como objetivo compreender a atuação, contribuição e a importância da Terapia Ocupacional neste campo, ampliando as discussões referentes ao assunto aqui abordado, além de identificar e apresentar como a redução de danos trabalha com esse público aqui mencionado no contexto dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS).

A Organização Mundial de Saúde define a dependência química como o:

Estado psíquico e algumas vezes físico resultante da interação entre um organismo vivo e uma substância, caracterizado por modificações de comportamento e outras reações que sempre incluem o impulso a utilizar a substância de modo contínuo ou periódico com a finalidade de experimentar seus efeitos psíquicos e, algumas vezes, de evitar o desconforto da privação (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE 2009).

Toscano Jr (2001 apud Pratta 2009, p.203), afirma que o uso de substâncias psicoativas não é um evento novo, é uma prática de vários anos e universal, desse modo, não é algo exclusivo dos tempos atuais como muitas pessoas acreditam, ele complementa dizendo ainda que apesar de ser uma prática antiga, houve algumas transformações.

Entretanto, é importante pontuar que os hábitos e costumes de cada sociedade é que direcionavam o uso de drogas em cerimônias coletivas, rituais e festas, sendo que, geralmente, esse consumo estava restrito a pequenos grupos, fato esse que apresentou grande alteração no momento atual, pois hoje se verifica o uso dessas substâncias em qualquer circunstância e por pessoas de diferentes grupos e realidades. (PRATTA, 2009, p. 203).

Nos dias atuais, as políticas públicas do Brasil, trabalham com a perspectiva de redução de danos, há qual Dias *et al.*, (2003, p. 342), dizem que trabalha em duas vertentes, sendo a segunda com conceitos mais abrangentes que inclui ações no campo da saúde pública preventiva e políticas públicas que visam prevenir os danos antes que eles ocorram. A maneira mais correta de colocar em prática essa segunda vertente é partir do ponto de expor ao sujeito os danos e os riscos que estas substâncias causam ao seu organismo, visto que não existe uso de drogas sem que haja algum dano à saúde, concomitante com a estimulação de novos

padrões de vida aos sujeitos e possibilitando isto no seu território, na sua comunidade, sem que este seja retirado do seu ambiente cotidiano.

Vale ressaltar ainda, que o fundamento da prática de redução de danos não estabelece necessariamente uma posição contra nem tão pouco a favor de uso de drogas (Dias *et al.*, 2003, p.343). Ela está focada na diminuição dos agravos causados por estas substâncias.

A política Nacional de Saúde Mental abrange a atenção às pessoas com quadro nocivo e dependência de substâncias psicoativas a qual compreende o álcool, cocaína, crack e outras drogas. Esta política visa promover uma maior integração social além de fortalecimento a autonomia, protagonismo social e a participação do indivíduo assim recebendo atendimento no âmbito do SUS, na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), onde se encontram os CAPS e os Consultórios de Rua.

Na atualidade, são inúmeras leis que asseguram o direito ao usuário a receber um tratamento adequado as suas demandas, sendo oferecido no âmbito do SUS no território do sujeito. O Ministério da Saúde, através Portaria GM/816 (30/04/2002) instituiu, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o “Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas”, determinando a implantação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS ad) para o atendimento específico de pessoas com dependência e/ou uso prejudicial de álcool e outras drogas, este é um dos serviços oferecidos, além dele, também tem os consultórios de rua.

Neste contexto, a Terapia Ocupacional pode atuar na Rede de Atenção Psicossocial, trabalhando na perspectiva de redução de danos, no âmbito da atenção básica em saúde, atenção psicossocial estratégica onde se enquadram os CAPS, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e estratégia de reabilitação psicossocial numa equipe interdisciplinar.

A presente pesquisa torna-se relevante, devido ao fato de haver na atualidade muitas pessoas que fazem o uso de substâncias psicoativas. O Relatório Mundial sobre Drogas de 2015 traz que cerca de 29,5 milhões de pessoas em todo o mundo sofrem de transtornos provocados pelo uso de drogas (UNODC, 2015).

Além de mostrar para a população/profissionais que a Terapia Ocupacional pode contribuir na dependência química, atuando na redução de danos, utilizando ou não uma atividade como mediadora na intervenção terapêutica ocupacional, visto que o uso abusivo de drogas ilícitas causa uma ruptura de cotidiano, pois os usuários muitas vezes acabam por deixar de desempenharem suas atividades cotidianas por conta da dependência, além dos danos que estes causam ao organismo do sujeito, fazendo com que ele fique dependente dessa substância.

Nessa perspectiva, sabemos também que muitos desses usuários estão com os laços familiares rompidos, sejam por vontade própria devido a cobrança familiar, seja por motivos da família “abandonar” o sujeito, visto que grande parte dos familiares não sabe como agir nesta situação e acabam por se desvincular da pessoa usuária de drogas. E nesse rompimento dos laços familiares a TO também pode vir a contribuir e ser mediadora nesse processo de inclusão familiar, buscando trabalhar com o usuário com a participação da família, que sabemos que é uma parte muito importante nesse processo.

O objetivo geral que foi pretendido em relação a esta pesquisa foi compreensão da importância da Terapia Ocupacional no tratamento da dependência química. Tendo como objetivos mais específicos conhecer a atuação de Terapeutas Ocupacionais que atuam neste campo; identificar e conhecer estratégias de Redução de danos no campo da Dependência Química; identificar e analisar a importância dos procedimentos terapêuticos ocupacionais no contexto de tratamento da Dependência Química.

CAPÍTULO 1 – USO DE DROGA PELA HUMANIDADE: UM BREVE HISTÓRICO.

O uso de drogas é um tema que vem de vários anos, não é algo novo, ou da nossa geração. Estudos arqueológicos indicam que o consumo do álcool data de 6.000 a.C. (Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas [OBID], 2011 apud Machado e Boarini, p.581, 2013), ou seja, elas sempre estiveram presentes em nossa sociedade. Oliveira (2006) faz a seguinte colocação:

As drogas psicoativas tem acompanhado o homem desde as épocas primitivas, quando o seu uso restringe-se a rituais e/ou a circunstâncias sociais determinadas. O consumo destas substâncias sempre foi um fato presente na história da humanidade, e, por este motivo não podemos ingenuamente pensar em uma sociedade sem drogas, pois esta somente

seria possível em sociedades animais, mas nunca povoados por humanos (OLIVEIRA, 2006, p.230).

Ao percorrermos a história da civilização, encontramos a presença de drogas em vários contextos: religioso, místico, social, econômico, medicinal, cultural, além de outros, para a busca do prazer (TORTUGUI, 1988, p.203).

A definição de droga foi apresentada na Antiga Grécia, que apenas a dose podia fazer essa diferença entre remédio e veneno, o que se podia afirmar era que o efeito de uma droga dependia da dose administrada, da pureza da substância, das condições e razões de sua utilização (Nunes e Jóluskin, 2007, p.233).

No início do século XIX, vários países adotaram medidas no campo da segurança e da Justiça referente às drogas ilícitas, medidas estas de repressão, proibição e estratégias de guerra as drogas, tendo como principal base o modelo moral e criminal (Alves, 2009). Alves ainda acrescenta que:

O modelo de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas construído com base na racionalidade proibicionista caracteriza-se, então, pelo autoritarismo das intervenções propostas. (ALVES, 2009 p. 2312).

As políticas proibicionistas e definidas como medidas de *alta exigência* se caracterizam por ações baseadas no medo à repressão, na persuasão moral e na intolerância ao uso de drogas, que impõem a abstinência como pré-condição para o ingresso em um programa de tratamento (Machado e Boarini, 2013, p. 581).

No século XX, foi sintetizada pela primeira vez a cocaína, a qual Freud iniciou os estudos de suas propriedades, o que gerou a publicação de seu ensaio “Über-Coca” (1884) gerando assim um aumento na prescrição de cocaína para o tratamento de ansiedade e depressão (Nunes e Jóluskin, 2007, p.235).

Assim, houve um período em que a droga era compreendida como um remédio, uma vez que tinha a capacidade de eliminar a dor e de afastar os problemas. (MACHADO e BOARINI, 2013).

A Revolução Industrial levou a um crescente processo de urbanização, e, nesse contexto, surgiram múltiplas tecnologias, entre elas a do aprimoramento do processo de destilação do álcool e, como consequência, a problematização do uso e do abuso de drogas. Com isso, as drogas passaram da esfera religiosa à esfera biomédica e da Justiça (OBID, 2011 apud MACHADO e BOARINI, p 581, 2013).

Com movimento Hippie, na década de sessenta começou o uso generalizado das drogas no mundo jovem. Já na década de oitenta deu-se o impulso na produção de drogas sintéticas, onde os laboratórios ilegais produziam psicofármacos em um

ritmo bastante acelerado, chegando assim essas drogas aos consumidores sem conhecimento de suas propriedades e com efeitos imprevisíveis (Nunes e Jólluskin, p.236, 2007).

Nunes, L. M. e Jólluskin, G. trazem em seus discursos:

Todavia, pode mesmo dizer-se que não será por mero acaso que se vive uma época de adições várias, não apenas as drogas, como também as compras, ao jogo, aos apelos da internet, e não tão raramente, ao próprio trabalho, num registro de comportamentos extremos, problemáticos e acompanhados de perda de auto-controle (NUNES E JÓLLUSKIN, 2007, p.236).

Segundo Gonçalves (1988, p.9) “podemos dizer que droga é toda substância que, introduzida no organismo, provoca alterações no seu funcionamento, modificando uma ou mais de suas funções”. O efeito que estas irão causar no organismo do sujeito, vai depender da quantidade que for ingerida, do estado emocional que o sujeito se encontra no momento do uso entre outros fatores.

De um modo geral, podemos dividir as drogas em substâncias ilícitas e lícitas. As drogas ilícitas são substâncias psicoativas ou psicotrópicas, em que sua comercialização é considerada crime, tais como a maconha, o crack, a cocaína, entre outras. Por sua vez, as drogas lícitas assim como as ilícitas são substâncias psicoativas ou psicotrópicas, porém sua produção, comercialização e consumo não constituem como um crime. Nelas se destacam o álcool e o tabaco, sendo estas as substâncias lícitas de maior consumo. (Ministério da Defesa, 2017). Além dos benzodiazepínicos (remédios usados para diminuir a ansiedade). Essas substâncias, mesmo sendo lícitas, são prejudiciais à saúde e também podem causar dependência, que vai variar devido a quantidade consumida, frequência e pré-disposição dos usuários. Nunes, L. M. e Jólluskin, G. dizem que:

De fato a classificação que distingue entre drogas lícitas e ilícitas faz-nos esquecer a velha sabedoria grega, para a qual as drogas não eram nem boas ou más, legais ou ilegais, leves ou duras, mas antes substancias cuja ação, como remédio ou como veneno, dependia da dose e da forma de seu uso (NUNES E JÓLLUSKIN, 2007, p.236).

O consumo dessas substâncias pode ser classificado em três esferas, sendo elas, de uso, de abuso ou dependência. Este trabalho irá falar sobre o uso abusivo e a dependência dessas drogas, as quais são consideradas como uma enfermidade crônica, provocando alterações fisiológicas, psicológicas e sociais, tendo como característica a tendência a uma compulsão para o consumo de drogas.

Dalgalarrondo (2008) diz que uma substância psicoativa é qualquer substância que quando ingerida modifica uma ou mais funções do sistema nervoso central (SNC), entre elas podemos citar álcool, maconha, cocaína, café, nicotina, heroína, etc. De um modo geral, essas substâncias produzem uma sensação de prazer ou excitação, o que faz com que os sujeitos continuem a usá-las. Esse uso recorrente acaba por tornar-se um uso abusivo, o qual produz prejuízos ao sujeito em sua vida cotidiana.

A dependência de substâncias psicoativas, ainda segundo Dalgalarrondo (2008, p.345), “é definida como um padrão mal adaptativo de uso de substâncias em que há repercussões psicológicas, físicas e sociais que resultam da interação entre o ser humano e a substância psicoativa”.

Como já citado acima, sabe-se que não existe uso de drogas sem que haja algum dano à saúde, além dos problemas causados ao SNC, há também acometimentos na autoestima dos usuários, pois ela está associada à redução de interesses de cuidado consigo mesmo bem como a perda de vínculos sociais, além de psicoses tóxicas que são causadas pela ação da substância no cérebro, que geralmente causam um rebaixamento de consciência, psicoses induzidas por substâncias, essas podem durar dias, e as psicoses funcionais, que são causadas pelo uso abusivo. (DALGALARRONDO, 2008, p.347).

A partir da década de 80, passaram a serem articulados movimentos sociais dos usuários de drogas na Holanda (Alves, 2009), que demandava melhores condições de vida e de saúde. Somada a esses movimentos a epidemia da AIDS ao redor do mundo, ganha espaço a estratégia de saúde denominada *redução de danos*.

Até então, a perspectiva das estratégias proibicionistas de guerra às drogas não abria espaço para essa reflexão e para a compreensão da droga como um fenômeno multideterminado (MACHADO e BOARINI, 2013).

A partir da década de 90 que o uso de drogas foi considerado problema de saúde pública, um pouco devido a AIDS que estava se espalhando pelas sociedades da época, sendo assim, se fez necessário novas práticas de cuidados a esses usuários, onde começou a se pensar na Redução de Danos.

1.1 A REDUÇÃO DE DANOS COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO

Foi na década de 80, na Holanda, que a Redução de Danos teve seu início (Machado e Boarini, p.585, 2013) em meio à disseminação da hepatite B pelo compartilhamento de seringas. Já no Brasil, a Redução de Danos (RD) foi adotada como estratégia de saúde pública pela primeira vez no município de Santos-SP, no ano de 1989, quando altos índices de transmissão de HIV estavam relacionados ao uso indevido de drogas injetáveis, pelo o compartilhamento de seringas (MESQUITA, 1991 *apud* PASSOS e SOUZA, 2011 p.154). Desde seu ingresso no Brasil, a RD provocou polêmicas e resistências, sob a alegação de facilitar o uso/consumo de drogas e de levar a gastos indevidos do dinheiro público. As resistências aumentaram a partir da aprovação da redução de danos como estratégia de saúde pública pelo Conselho Federal de Entorpecentes – Confen –, criado na década de 1980, extinto e substituído pelo Sistema Nacional Antidrogas – Sisnad – em 1998. (Machado e Boarini, p.585, 2013).

A Redução de Danos se refere a políticas, programas e práticas voltadas a reduzir às consequências adversas a saúde devido ao uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas, sem necessariamente reduzir o seu consumo. Segundo o Ministério da saúde, a redução de danos:

(...) consiste em um repertório de cuidado, constituído de um conjunto de estratégias singulares e coletivas voltadas para as pessoas que usam, abusam ou dependem de drogas. Incluem-se nas estratégias de prevenção a recomendação do não compartilhamento de instrumentos e a utilização de materiais descartáveis. O acolhimento, a promoção da saúde e o cuidado nos serviços é um direito de todas as pessoas, independentemente do uso de álcool e outras drogas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Ainda segundo o Ministério da saúde, a promoção de estratégias e ações de redução de danos, deve ser realizada de forma inter e intra-setorial, visando reduzir as consequências adversas e dos danos associados ao uso de álcool e outras drogas para a pessoa, a família e a sociedade.

Suas diretrizes são voltadas a diminuição dos agravos à saúde associados ao uso de álcool e outras drogas; Orientar e estabelecer, com embasamento científico, intervenções e ações de RD, considerando a qualidade de vida, o bem-estar individual e comunitário, o contexto de vulnerabilidade e o risco social; estimular a

formação de multiplicadores em atividades relacionadas à redução de danos, visando um maior envolvimento da comunidade com essa estratégia; Estabelecer estratégias de redução de danos voltadas para minimizar as consequências do uso indevido, não somente de drogas lícitas e ilícitas, bem como de outras substâncias, entre outras. (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA, 2014).

Entre as estratégias de prevenção, estavam redução de risco, como a “difusão de informação, controle dos bancos de sangue, estímulo e adestramento para o uso de *condom* e outras práticas de ‘sexo mais seguro’, testagem e aconselhamento” (AYRES *et al.*, p. 120, 2003), e as estratégias voltadas para os usuários de drogas injetáveis – UDIs, os quais através do compartilhamento e pela reutilização de seringas e agulhas, assumiam comportamentos de risco de contágio e de difusão do HIV e de hepatites (MACHADO E BOARINI, p.585, 2013).

Ao longo dos anos a RD foi se tornando uma estratégia de produção de saúde alternativa às estratégias de abstinência. A partir de 2003, as ações de RD deixam de ser uma estratégia exclusiva dos Programas de DST/AIDS e se tornam uma estratégia norteadora da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas e da política de Saúde Mental.

A produção histórica do estigma do usuário de drogas como uma figura perigosa ou doente nos permite compreender parte dos problemas que a RD passa a enfrentar quando essa se torna um método de cuidado em saúde que acolhe as pessoas que usam drogas como cidadãos de direitos e sujeitos políticos (Passos e Souza, 2011). Até os dias atuais é possível verificar esse estigma, em que as pessoas que fazem o uso de drogas não são ouvidas, como se essas pessoas, por fazerem uso de substâncias, fossem incapazes de opinarem ou terem as suas opiniões ouvidas, além do preconceito sofrido por fazerem acompanhamentos nos CAPS, que carregam o estigma de loucos.

Em 1996 foi fundada a Associação Brasileira de Redutores de Danos (ABORDA). Os objetivos daquela época até os dias atuais não mudaram muito: a implementação e o fortalecimento da Redução de Danos como política pública e a defesa da dignidade do redutor de danos. A Redução de Danos, hoje, constitui-se em um conjunto de políticas públicas ligadas ao enfrentamento dos eventuais problemas relacionados ao uso de drogas, articulando distintas realidades:

prevenção ao HIV/AIDS e hepatites, promoção integral de saúde às pessoas que usam drogas e diminuição da violência (ABORDA).

Enquanto a abstinência está articulada com uma proposta de remissão do sintoma e a cura do doente, a proposta de reduzir danos possui como direção a produção de saúde, considerada como produção de regras autônomas de cuidado de si. (PASSOS E SOUZA, 2011, p.160).

Como mostrado, a RD se mostra uma forma de cuidado ao usuário na qual levam em consideração as escolhas do sujeito, visando assim à redução dos riscos e consequências adversas e os danos causados pelo uso.

1.2 POLITICAS SOBRE DROGAS NO BRASIL

Até a década de 1920, não havia qualquer regulamentação oficial sobre as drogas ilícitas no país. O movimento da industrialização foi o marco inicial no Brasil para o controle sobre as drogas. (MACHADO e BOARINI, 2009, p.583).

Entrava em cena o ideal da abstinência como fator de segurança pública, ratificado posteriormente, na década de 1970, com a publicação da Lei n.º 6.368/1976.

A política pública brasileira sobre drogas é comandada pela Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (Senad), que foi criada pela medida provisória nº 1669, de 1998 e posteriormente transferida para a estrutura do Ministério da Justiça pelo Decreto Nº 7.426, de 7 de janeiro de 2011. (Ministério da Justiça e segurança pública).

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Lei Nº 8080/90:

Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (BRASIL, 1990).

Com a Reforma Psiquiátrica nos anos 1970, e o processo de desinstitucionalização às pessoas com transtornos mentais, surgiu o primeiro CAPS no Brasil, na cidade de São Paulo em 1987. A partir do ano de 1992, os movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental.

Nesse sentido a partir de 2001, quando finalmente é sancionada a Lei Nº 10.216 de 06 de abril de 2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das

peças portadoras de transtornos mentais oferecendo o tratamento em serviços de base comunitária e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, legitimou o movimento da reforma psiquiátrica, onde os usuários de drogas foram aceitos como de responsabilidade da saúde pública, mais precisamente da saúde mental.

Neste mesmo período, o processo de desinstitucionalização de pessoas longamente internadas é impulsionado, com a criação do Programa “De Volta para Casa”. Uma política de recursos humanos para a Reforma Psiquiátrica é construída, e é traçada a política para a questão do álcool e de outras drogas, incorporando a estratégia de redução de danos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p.9).

Com a vigência dessa lei, as políticas sobre drogas passaram a priorizar a rede de cuidados extra-hospitalares, como os Centros de Atenção Psicossocial álcool e drogas – CAPS ad. O CAPS ad é um serviço oferecido no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), aos usuários de álcool e outras drogas, e esta é uma estratégia que atua na perspectiva da redução de danos, pois ela atua no território do sujeito, possibilitando que este tenha atendimentos semanais no seu próprio território, sem que haja a necessidade de internações voltadas exclusivamente para a abstinência.

Somente em 2011, através da 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). (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Fica instituída a Rede de Atenção Psicossocial.

Cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde 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).

Neste sentido, a portaria aqui apresentada, é um marco importante sobre as Políticas implementadas para usuários de substâncias psicoativas, onde estão assegurados nos cuidados de saúde, na prevenção do uso, na redução dos danos provocados pelo consumo bem como a reinserção dessas pessoas na sociedade desenvolvendo assim ações Inter setoriais na prevenção e redução de danos segundo o Ministério da Saúde (2001). Esta portaria ainda garante os direitos humanos do usuário de álcool e outras drogas, como autonomia e liberdade, promovendo a equidade e combatendo os estigmas e preconceitos, além do acesso e da qualidade dos serviços, como cuidado integral e assistência multiprofissional

além da atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas, desenvolvendo assim atividades no território que favoreçam a inclusão social, bem como o desenvolvimento de estratégias de redução de danos.

A Rede psicossocial é formada por 7 componentes, sendo eles atenção básica em saúde; atenção psicossocial especializada, a qual contempla os CAPS em suas diferentes modalidades; atenção de urgência e emergência; atenção residencial de caráter transitório; atenção hospitalar; estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial (Ministério da Saúde, 2011).

Falando um pouco sobre o CAPS ad, o qual é destinado a pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Ele pode ser classificado como CAPS ad e CAPS ad III, onde respectivamente compreendem:

CAPS AD: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para Municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes;

CAPS AD III: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes;

Dentro das Políticas Públicas existem programas e projetos do Governo Federal, destinados para as pessoas em situação de uso de drogas, podemos citar como exemplo o programa “Crack é possível vencer?” que é um programa do Ministério da Justiça que integra vários grupos sociais, trabalhando, simultaneamente, na prevenção, no combate, na reabilitação e na reintegração social, ele funciona em três eixos, sendo eles de prevenção, que se enquadram a prevenção nas escolas, capacitação de profissionais, disseminando dessa forma informações e orientações acerca do crack e outras drogas. No Eixo do Cuidado, com ampliação de ofertas de cuidado, SUS preparado para atendimentos, apoio integral as famílias e o Eixo da Autoridade, articulando as áreas de saúde e assistência social, parcerias de Estado e municípios.

Em 2019, o Presidente da República, decreta o DECRETO Nº 9.761, DE 11 DE ABRIL DE 2019, o qual aprova a política nacional sobre drogas, desse modo fica revogado o Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002.

Este novo decreto traz como alguns pressupostos a abstinência, conforme artigo 2.8.

2.8. As ações, os programas, os projetos, as atividades de atenção, o cuidado, a assistência, a prevenção, o tratamento, o acolhimento, o apoio, a mútua ajuda, a reinserção social, os estudos, a pesquisa, a avaliação, as formações e as capacitações objetivarão que as pessoas mantenham-se abstinentes em relação ao uso de drogas (DECRETO Nº 9.761).

Neste novo decreto podemos observar que um dos focos do tratamento é a busca pela abstinência do uso, bem como o tratamento por meio de comunidades terapêuticas. Os objetivos deste decreto são, entre outros:

3.3. Garantir o direito à assistência intersetorial, interdisciplinar e transversal, a partir da visão holística do ser humano, pela implementação e pela manutenção da rede de assistência integrada, pública e privada, com tratamento, acolhimento em comunidade terapêutica, acompanhamento, apoio, mútua ajuda e reinserção social, à pessoa com problemas decorrentes do uso, do uso indevido ou da dependência do álcool e de outras drogas e a prevenção das mesmas a toda a população, principalmente àquelas em maior vulnerabilidade (DECRETO Nº 9.761).

3.4. Buscar equilíbrio entre as diversas frentes que compõem de forma intersistêmica a Pnad, nas esferas da federação, classificadas, de forma não exaustiva, em políticas públicas de redução da demanda (prevenção, promoção e manutenção da abstinência, promoção à saúde, cuidado, tratamento, acolhimento, apoio, mútua ajuda, suporte social e redução dos riscos e danos sociais e à saúde, reinserção social) e redução de oferta (ações de segurança pública, de defesa, de inteligência, de regulação de substâncias precursoras, de substâncias controladas e de drogas lícitas, além de repressão da produção não autorizada, de combate ao tráfico de drogas, à lavagem de dinheiro e crimes conexos, inclusive por meio da recuperação de ativos que financiem atividades do Poder Público nas frentes de redução de oferta e redução de demanda) (DECRETO Nº 9.761).

Sobre a prevenção:

4.1.3. As ações preventivas devem ser pautadas em princípios éticos e de pluralidade cultural, orientadas para a promoção de valores voltados à saúde física, mental e social, individual e coletiva, ao bem-estar, à integração socioeconômica, à formação e fortalecimento de vínculos familiares, sociais e interpessoais, à promoção de habilidades sociais e para a vida, da espiritualidade, à valorização das relações familiares e à promoção dos fatores de proteção ao uso do tabaco e seus derivados, do álcool e de outras drogas, considerados os diferentes modelos, em uma visão holística do ser humano, com vistas à promoção e à manutenção da abstinência (DECRETO Nº 9.761).

Das diretrizes da prevenção que compõem o decreto está desestimular seu uso inicial; promover a abstinência; e conscientizar e incentivar a diminuição dos riscos associados ao uso, ao uso indevido e à dependência de drogas lícitas e ilícitas (DECRETO Nº 9.761).

Do tratamento:

5.2.5. Estimular e apoiar, inclusive financeiramente, o trabalho de comunidades terapêuticas, de adesão e permanência voluntárias pelo acolhido, de caráter residencial e transitório, inclusive entidades que as congreguem ou as representem (DECRETO Nº 9.761).

Assim, como já mencionado o tratamento neste novo decreto tem como foco a abstinência e o tratamento baseado em comunidades terapêuticas. Este decreto entrou em vigor em 11 de abril de 2019.

O Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002, o qual estava vigente antes deste novo, reconhecia a Redução de Danos como intervenção bem como o apoio nas atividades e estratégias. O foco era na prevenção, bem como estratégias para minimizar as consequências do uso indevido de drogas, reduzindo assim os riscos aos indivíduos, e o conseqüentemente a conscientização sobre os riscos aos usuários. Além do incentivo ao acompanhando em serviços territoriais como os CAPS, Consultórios de rua.

CAPÍTULO 2 – TERAPIA OCUPACIONAL NA DEPENDÊNCIA QUÍMICA E PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS OCUPACIONAL NO USO ABUSIVO.

A terapia ocupacional surgiu no Brasil no final dos anos 1950, desde então muita coisa mudou em relação a profissão.

Segundo o CREFITO 5 a definição de terapia ocupacional é:

Profissão nível superior voltada aos estudos, à prevenção e ao tratamento de indivíduos portadores de alterações cognitivas, afetivas, perceptivas e psico-motoras, decorrentes ou não de distúrbios genéticos, traumáticos e/ou de doenças adquiridas, através da sistematização e utilização da atividade humana como base de desenvolvimento de projetos terapêuticos específicos, na atenção básica, média complexidade e alta complexidade. (CREFITO 5).

Ainda segundo o Crefito 5, a profissão tem como eixo central a atividade humana, compreendendo a mesma como um processo criador, lúdico, expressivo, bem como o homem como um ser prático, interferindo no cotidiano do usuário comprometido em suas funções práticas, objetivando alcançar uma melhor qualidade de vida.

Uma das áreas de atuação da Terapia Ocupacional (TO) é no CAPS ad, atendendo assim diretamente o uso abusivo de droga, sendo esta contratação opcional entre os profissionais de nível superior. Conforme a portaria Nº336 de 19 de

fevereiro de 2002, no Art. 4º, número 4.5 que dispõem sobre o CAPS ad II, e 4.5.2 Recursos Humanos: A equipe técnica mínima para atuação no CAPS ad III para atendimento de 25 (vinte e cinco) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, será composto por:

d - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; e - 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. (portaria nº 336, 19 fev. 2002).

Dentro das especialidades da profissão está a Saúde Mental, onde podemos citar as intervenções junto a usuários que fazem uso abusivo de drogas e outras substâncias.

Entrando no eixo da TO atuando junto a usuários de drogas, Godoy (2014) traz que o principal equipamento para atenção especializada a esse público são os CAPS, mais precisamente em sua modalidade ad, ou seja, álcool e drogas (Godoy, p.27 2014), sendo estes criados recentemente, e em 2002 o profissional compoendo a equipe mínima dos CAPS ad.

A Terapia Ocupacional no campo da saúde mental apresenta diferentes estratégias de intervenção, entre elas as oficinas e grupos terapêuticos, que constituem dispositivos de tratamentos bastante utilizados na clínica da Terapia Ocupacional (Montrezon 2012 apud Barata et al, 2010, p.530). Essas estratégias são desenvolvidas de acordo com os desejos e necessidades de cada usuário, pois é através dos grupos que muitos desses usuários conseguem se expressar e dar um novo sentido para suas vidas.

Os grupos em TO têm como objetivo o tratamento através do fazer junto, compartilhando experiências, vivências e interação social entre os usuários, além da criatividade, autoconfiança, fazer com que o usuário perceba seu potencial, independência na tomada de decisões, entre outros. Este local para a execução das atividades, o qual se chama setting terapêutico, pode ser em diferentes locais, não necessariamente a sala de terapia ocupacional, este pode ser jardins, praças, lugares coletivos, passeios, Azevedo (2008) traz que o setting terapêutico é a 'clínica em movimento'.

Segundo Castro 2011 "a realização de atividade procede da experiência vivida, fornece experiências e vivências, permitindo assim que os sujeitos ajam em

seus próprios meios” (CASTRO *et al*, 2011 p. 50). Além disso, o autor acrescenta que as atividades atuam como outra forma de dizer, promovendo assim trocas sociais e o rompimento com o isolamento e a invalidação do sujeito e o terapeuta ocupacional é um facilitador neste processo. Neste sentido, quando trabalhado com usuários de drogas por meio de oficinas terapêuticas, essas atividades, sejam lúdicas, expressivas ou artísticas, proporcionam diversas experiências aos sujeitos bem como uma recomposição de subjetivações e ressignificação desses sujeitos.

Segundo Lima (2004), na terapia ocupacional, buscamos estabelecer um processo terapêutico a partir de um encontro que se dá pelo usuário através da realização ou não de uma atividade, sendo assim, a análise dessa atividade tem como função construir a forma como o TO poderá perceber o fazer humano. Sabe-se que o atendimento do TO pode estar ou não ligado a uma atividade, o que dependera da demanda do sujeito frente ao profissional. Ainda segundo Lima (2004), é fundamental que possamos olhar e escutar a ação do paciente no mundo, acolher esta ação, pois ela irá nos dizer alguma coisa, mesmo que sutil, e através disso podemos nos conectar com o usuário e conseguir compreender o que ele quer dizer e o que está sentindo, desse modo sendo um facilitador neste processo.

Quando propomos a um usuário que faça uma atividade ou quando procuramos junto com ele novas formas de estar e agir no mundo, devemos estar atentos para o fato de que uma ação articula infinitas linhas, algumas que re-enviam à história do sujeito, outras de diferenciação e invenção. (LIMA, 2004, p.42-48).

O trabalho do terapeuta ocupacional pode se dar através de atendimentos individuais e atendimentos grupais, este de acordo com os objetivos traçados junto com cada usuário através do projeto terapêutico singular (PTS). Dentre os atendimentos grupais, destacam-se as oficinas terapêuticas.

A Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul define as oficinas terapêuticas como:

Destinadas à promoção da saúde, as Oficinas Terapêuticas têm o intuito de fortalecer os espaços comunitários de convivência, de promoção de saúde mental e de produção de redes de solidariedade, realizando encontros nas unidades de Atenção Básica ou em espaços comunitários em que se dão as atividades criativas em grupo. São espaços de práticas relacionadas, por exemplo, à música, teatro, artesanato, carpintaria, costura, cerâmica, fotografia, artes plásticas, entre outras. (SECRETARIA DE SAÚDE – Rio Grande do Sul).

As oficinas terapêuticas fazem parte da Política Nacional de Saúde Mental, as quais devem oferecer aos usuários diversas formas de se expressar, sendo definidas através do interesse dos usuários visando uma maior integração social, quando falamos em oficinas terapêuticas, estas se referem segundo Guimarães, citando Ferreira:

Ferreira (2013) aponta as oficinas terapêuticas como fundamentais ferramentas, pelo fato de se constituírem em atividades coletivas, orientadas por profissionais inseridos no cuidado em saúde mental, que proporcionam aos indivíduos em sofrimento psíquico a expressão de suas emoções e dificuldades vivenciadas, além também de permitir a reconstrução da sua identidade pessoal. (FERREIRA, 2013 apud GUIMARÃES, 2016, p.8).

De acordo com a Lei nº 10.216/2001, as oficinas terapêuticas são uma das principais formas de tratamento oferecidas nos serviços de saúde mental. (BRASIL, 2001).

Guimarães afirma que as oficinas terapêuticas

Trata-se de umas das mais diversas atividades que promovem a consideração do sujeito em sua realidade, intervindo nos mais diferentes espaços, fortalecendo principalmente sua autonomia, característica essa que é algumas vezes retirada a “força” do sujeito em sofrimento psíquico. (GUIMARÃES, 2016, p.16).

Com a reforma psiquiátrica, buscou-se a desconstrução do modelo medico-asilar buscando um modelo de cuidado que fosse centrado na lógica psicossocial de cuidado, remetendo ao biopsicossocial, tendo como objetivo reinserção social de pessoas em sofrimento psíquico e a reabilitação psicossocial (Ribeiro, p.517 2008), neste sentido os serviços ofertados deixaram de ser de repressão se tornando assim locais de acolhimento, cuidado e interação social. Nesse sentido surgiram os CAPS, os quais são dispositivos comunitários, dentro dos CAPS podemos destacar as oficinas terapêuticas.

As oficinas terapêuticas são estratégias usadas principalmente na Saúde Mental, e em especial nos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). O Ministério da Saúde caracteriza estas oficinas como sendo um espaço com atividades grupais destinados a socialização familiar e social destes usuários, lugar de expressão de sentimentos, e o desenvolvimento de habilidades, autonomia e exercício da cidadania. Estas oficinas se destacam dentro dos CAPS justamente devido a esse acolhimento e convivência que ela oferece aos usuários.

Ainda segundo o Ministério da Saúde, estas oficinas podem ser expressivas, geradora de renda ou de alfabetização. A inserção do usuário dentro de uma das oficinas dependerá de sua demanda no momento, isto será realizado com o usuário e o profissional de referência juntos na construção do seu projeto terapêutico singular (PTS). Ribeiro afirma:

As oficinas terapêuticas realizadas nos CAPS são espaços de interação e socialização que visam a inserção do usuário em um espaço social, por meio de atividades que promovem a expressão de sentimentos e vivências; a entrada do usuário no mercado de trabalho participando das oficinas geradoras de renda; e o resgate da cidadania por meio das oficinas de alfabetização. Elas cumprem a finalidade de reabilitação psicossocial ao promoverem espaços de (re)construção de papéis sociais, intercâmbios e trocas com os espaços sociais externos ao CAPS, articulando, primeiro, essa socialização em suas atividades. (RIBEIRO, 2008, p.521).

As oficinas não são especificidades do TO, elas podem ser realizadas por profissionais da saúde inseridos nos contextos de atuação, sobretudo, da saúde mental.

Lancman e Juns (2011) trazem que as práticas de saúde são constantemente compartilhadas. Ao mesmo tempo em que a conformação do serviço exige a presença de profissionais distintos, com competências próprias ao seu campo profissional, ela exige competências para a atuação coletiva e um trabalho interdisciplinar. Os mesmos autores acima ainda trazem que os terapeutas ocupacionais estiveram presentes no cuidado aos pacientes psiquiátricos desde o início da criação da profissão no Brasil, além de estarem presentes na luta antimanicomial, na criação do primeiro CAPS em São Paulo, criação dos NAPS, sendo assim essas ideias estão presentes na formação dos TOs e sua prática profissional.

Uma pesquisa feita por Lancman e Juns em 2011 “O trabalho interdisciplinar no CAPS e a especificidade do terapeuta ocupacional”, traz, como objetivo, como estes profissionais de um CAPS em São Paulo compreendem suas especificidades de trabalho. Este estudo foi realizado através de uma entrevista semiestruturada com uma abordagem qualitativa.

Neste estudo de Lancman e Juns (2011) as atividades citadas foram às reuniões de equipe, que eram comuns a todos os profissionais, e as específicas como os grupos terapêuticos e oficinas; confecção de Jornal Mural; convivência com os usuários; atendimento familiar e individual; Assembleia Geral com os usuários; acolhimento na porta de entrada do serviço; triagem de novos usuários; e atividades

sócio-culturais externas ao serviço (passeios, cursos para os usuários, eventos). Neste sentido Lancman (2011) afirma que não há uma especificidade nas atividades dos TOs, mas que essa especificidade se dá na forma de trabalhar do TO.

Outro ponto que esta pesquisa aponta, é que os entrevistados trazem esta aproximação dos TOs com os usuários, este fato devido a formação do profissional.

Para eles, a formação em Terapia Ocupacional capacita, para além dessa aproximação, na qualidade da permanência nos espaços de convivência do serviço (LANCMAM e JUNS, 2011, p.32).

Desse modo, de acordo com esta pesquisa de Lancman e Juns (2011) sobre as especificidades da terapia ocupacional, os terapeutas entrevistados relataram uma diferença do foco que contribui com a equipe, dando foco às questões que se relacionam ao cotidiano do paciente e ao fazer humano, visto que é este o objeto de estudo da profissão, uma vez que o terapeuta ocupacional trabalha com a ocupação humana.

Através da pesquisa referida acima e da forma de trabalho do CAPS, podemos notar muito fortemente esta prática interdisciplinar, pois é marcada por este fortalecimento do coletivo em relação a todos os profissionais, diluindo dessa forma as especificidades de cada profissão e fortalecendo o trabalho conjunto de todas as profissões ali presentes. Meola (2000 apud LANCMAN, 2001, p. 33) ressalta o aspecto transdisciplinar das intervenções da terapia ocupacional no CAPS e define que esse profissional teria como principal objetivo ampliar o potencial de autonomia dos sujeitos.

Sendo assim, o terapeuta ocupacional vem a contribuir junto com os outros profissionais da saúde mental, tendo como principal contribuição a ocupação humana, afinal, este é o cerne da profissão, e por consequência compreender o paciente no seu meio e poder ser um facilitador neste processo de cuidado e autonomia que o usuário busca, uma vez que a autonomia esta diretamente ligada a ocupação humana, a qual é o foco da TO.

CAPÍTULO 3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este estudo se caracterizou como uma pesquisa exploratória, de caráter qualitativo, devido a este oferecer uma maior abrangência de informações. Desse modo Godoy (p.21, 1995) traz que a abordagem qualitativa, enquanto pesquisa não

se apresenta como uma proposta rigidamente estruturada, e sim permitindo que a imaginação e a criatividade levem aos pesquisadores a propor trabalhos que explorem novos enfoques.

Gerhardt e Silveira (2009) acrescentam que “A pesquisa qualitativa não se preocupa com representatividade numérica, mas, sim, com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização, entre outros.” dessa maneira este método busca por explicar o porquê das coisas, mas não quantificando em valores e sim, com o aprofundamento da compreensão.

3.1 POPULAÇÃO DO ESTUDO E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

A população alvo nesse estudo foi profissionais terapeutas ocupacionais que atuam ou já atuaram junto a usuários com dependência química, atingiu-se um número de 6 entrevistados ao longo da pesquisa.

Os critérios de inclusão: Profissionais da terapia ocupacional que tenham no mínimo um ano de atuação junto ao público alvo da pesquisa; profissionais ligados a instituições públicas; que apresentem desejo e interesse em participar do estudo.

Os critérios de exclusão: Não ser terapeuta ocupacional, estar trabalhando a menos de um ano com dependência química e não apresentar desejo e interesse em participar da pesquisa.

Para seleção dos participantes foi utilizada a amostragem pela Bola de Neve, que se caracteriza por ser uma forma de amostra não probabilística e que se utiliza de cadeias de referências. Vinuto (p.203. 2014) explica a amostragem da seguinte forma:

A execução da amostragem em bola de neve se constrói da seguinte maneira: para o pontapé inicial, lança-se mão de documentos e/ou informantes-chaves, nomeados como *sementes*, a fim de localizar algumas pessoas com o perfil necessário para a pesquisa, dentro da população geral. Em seguida, solicita-se que as pessoas indicadas pelas sementes indiquem novos contatos com as características desejadas, a partir de sua própria rede pessoal, e assim sucessivamente. (VINUTO, 2014, p.203).

Este estudo utilizou como técnica de coleta um questionário semiestruturado autoaplicável, a qual tinha 16 questões que foram enviadas via e-mail por meio de um formulário eletrônico (*Google Docs*) para Terapeutas Ocupacionais que atuam ou já atuaram junto a pacientes com Dependência Química (apêndice A). Iniciou-se o primeiro contato com 8 Terapeutas Ocupacionais de diferentes regiões do país, as

quais são informantes chaves, 2 através de e-mail e 6 através de um aplicativo de bate-papo. Num primeiro momento foi encaminhada uma mensagem igual a todos os contatos a qual explanava sobre a pesquisa. Após este primeiro contato, o questionário foi encaminhado as pessoas que deram retorno, 2 das informantes chaves, indicaram mais profissionais, porém estes não retornaram as mensagens. As mensagens foram encaminhadas no mês de fevereiro com prazo até o março. No mês de março entrou-se em contato com mais 1 TO encerrando assim o envio de do questionário. Ao todo foram obtidas 6 respostas.

Com esse questionário foi possível conhecer um pouco da atuação de alguns TOs frente a dependência química, identificar a importância e os procedimentos terapêuticos ocupacionais desenvolvidos, bem como contribuir com uma maior visibilidade da profissão neste campo.

3.1.1 Análise do material

Os dados coletados a partir do questionário foram analisados, organizados e discutidos junto à bibliografia que discorre sobre o tema da pesquisa, buscando, assim, conteúdos que correspondam aos objetivos da mesma. Cada questionário foi analisado individualmente, a partir dos temas propostos em suas questões. Após, foi realizado um diálogo entre as respostas dos questionários, buscando as semelhanças e diferenças entre os temas. Num terceiro momento, foi feito o diálogo dos temas analisados com a bibliografia existente, a fim de dialogar o campo empírico com as bases teóricas.

A metodologia usada para análise é a Hermenêutica, a qual trata da interpretação de textos, por Gadamer. A teoria de Gadamer traz em seu núcleo o explicar como escapar do círculo fechado das opiniões prévias, mantendo um constante interpretar (BONFIM, 2010, p.77).

Para Gadamer, aquele que quer compreender, fazer uma interpretação correta, adota um comportamento reflexivo diante da tradição, tem de proteger-se da arbitrariedade de intuições repentinas e da estreiteza dos hábitos de pensar imperceptíveis e voltar seu olhar para “as coisas elas mesmas” (GADAMER, 2005, *et al* BONFIM, p. 54, 2010), ou seja, quem quer compreender não pode se entregar

com antecedência as suas opiniões próprias e sim estar disposto a ouvir o que lhe digam.

Neste sentido, a análise torna-se circular, partindo do princípio hermenêutico, de um círculo não vicioso, mas de uma espiral, pois apesar de ser obrigado a passar pelo mesmo lugar, passa sempre em uma altitude diferente, de maneira que “quando se logra compreender, compreende-se sempre de maneira diferente” (GADAMER, 1997).

3.1.2 Considerações éticas

Esta pesquisa foi submetida ao comitê de ética e pesquisa com seres humanos da UFSM em 18/12/2018 analisado e aprovado pelo mesmo em 21/12/2018, com o número de registo CAAE 02848818.0.0000.5346 (apêndice B).

A pesquisa é embasada pela Resolução Nº466 de 12 de dezembro de 2012, a qual regulamenta as pesquisas científicas com seres humanos, assegurando assim o respeito e a dignidade humana bem como a não maleficência, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa. Desse modo, esta pesquisa foi explicada para os participantes a respeito da proposta e objetivos da mesma, a adesão da pesquisa só ocorreu a partir da leitura e assinalação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) o qual estava em anexo ao formulário enviado aos participantes.

O nome dos participantes da pesquisa foi mantido em sigilo, e as informações serão confidenciais, utilizadas somente para fins de pesquisa. Os resultados da pesquisa apresentados neste Trabalho de Conclusão de Curso como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Terapia Ocupacional pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

Conforme a Resolução 510 de 07 de abril de 2016, a qual dispõe:

Sobre as normas aplicáveis a pesquisa em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução. (Resolução 510, de 07 abr. 2016).

3.1.3 Riscos e benefícios

Esta pesquisa pode causar algum desconforto ao responder o questionário ou trazer algum sentimento negativo em relação ao mesmo, podendo assim o entrevistado ter a liberdade de responder ou não a mesma.

Os benefícios são referentes aos resultados que serão apresentados da atuação destes profissionais junto ao uso de drogas no âmbito do SUS, ampliando assim este campo de atuação, visto que este campo não há muitas publicações da terapia ocupacional até o momento. O que faz com que através desta pesquisa haja um benefício para o público da Terapia Ocupacional.

CAPÍTULO 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo apresentaremos os resultados e discutiremos elencando alguns temas.

4.1 CARACTERÍSTICAS DAS ENTREVISTADAS

Conforme referido no item anterior, a pesquisa aconteceu mediante envio de questionário via *google docs* para Terapeutas Ocupacionais que atuam em diferentes regiões do Brasil, que possuem idades que variam entre 24 a 34 anos de idade, bem como uma variação do tempo de atuação com o público alvo da pesquisa aqui apresentada, sendo uma margem de 1 ano e meio a 5 anos de atuação com este público, confirme a tabela abaixo:

TABELA 1

Participantes	Idade (anos)	Tempo de atuação	Instituição onde atua
1	29	4 anos e meio	Gerência de Atenção Psicossocial
2	28	5 anos	CAPS ad
3	34	4 anos	CAPS ad
4	27	1 ano e meio	CAPS ad III
5	31	3 anos	CAPS ad
6	24	2 anos	CAPS ad II

Fonte: Autor (2019).

Percebe-se que as participantes do estudo são jovens, tanto em idade, quanto em tempo de atuação profissional, sugerindo que tenham realizado sua formação profissional em um período no qual a política de saúde do país (SUS) e as políticas decorrentes do processo da Reforma Psiquiátrica estavam em vigência e franco desenvolvimento.

4.2 ATUAÇÃO DAS ENTREVISTADAS

As entrevistadas trabalham em sua totalidade em Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), como já mostrado acima, o que difere entre eles são as modalidades de CAPS, como CAPS ad, ad II e ad III, tendo uma entrevistada com experiência com Consultório de rua, o qual se deu através do CAPS em que atuava e outro entrevistado atuando na Gerência do CAPS.

Por unanimidade todos os serviços referidos acima são caracterizados como sendo de porta aberta, minimizando assim as barreiras para o acesso. Em relação a faixa etária atendida, a maioria dos serviços atendem usuários com idades entre 21 e acima de 51 anos de idade, apenas uma entrevistada citou atender um público com menos de 15 anos de idade.

Ao questionar se as terapeutas ocupacionais da pesquisa participam do acolhimento ao usuário, todas entrevistadas afirmam que participam, algumas citam que todos os profissionais participam do acolhimento, o qual é dividido por escala ou plantão.

Nesta instituição, pelo menos até o período em que lá trabalhei (julho/2018), todos os profissionais da equipe técnica participavam do acolhimento conforme escala previamente estruturada. Assim, cada período contava com a cobertura de cerca de 3 profissionais de plantão, de forma que em todo o expediente aberto ao público pudessem ser recebidas as pessoas que chegavam para acolhimento, não havendo, portanto, necessidade de agendamento. (entrevistada 4).

O Acolhimento Inicial é realizado em esquemas de plantão. Todos da equipe participam da escala de plantão, ou coordenação de período, desde os profissionais com ensino superior (Terapeutas Ocupacionais, Psicólogas, Enfermeiras, Psiquiatras, Assistentes Sociais, etc..) aos profissionais com ensino técnico ou médio (redutores de danos, técnicos de enfermagem, técnico em farmácia, etc..). (entrevistada 6).

A dinâmica de acolhimento em ambos os locais de serviço se dá basicamente da mesma maneira, “O acolhimento ocorre na chegada do usuário, sem grandes

burocracias. Há escuta qualificada da demanda e o encaminhamento ao serviço mais adequado” (entrevistada 1). Em geral elas trazem que a escuta inicial tem a finalidade de entender a necessidade da pessoa. Outra entrevistada conta como se dá este primeiro contato:

Ao chegarem, as pessoas eram direcionadas a um dos profissionais de plantão, ou eram recebidas diretamente por um destes, sendo então iniciado este primeiro atendimento em que, a partir da história do sujeito, interesses e expectativas em relação ao tratamento, eram delineados os primeiros arranjos de seu Projeto Terapêutico Singular (PTS), a ser melhor construído em atendimento posterior com o profissional de referência correspondente ao seu território.(entrevistada 4).

Em caso de crise as entrevistadas relatam acolhimento da crise e encaminhamento de atenção à crise.

Se a pessoa estiver em crise ou com sintomas de síndrome de abstinência, por exemplo, podem ser tomadas outras condutas, como encaminhamento para avaliação da enfermagem e médico, inserção em leito noite, remoção para pronto atendimento, entre outras possibilidades, a partir da avaliação de cada caso. (Entrevistada 2).

4.3 TERAPIA OCUPACIONAL NO TRATAMENTO DO USO ABUSIVO DE SUBSTÂNCIAS

Ao perguntar sobre a principal contribuição da terapia ocupacional junto ao usuário que faz uso abusivo de drogas, grande parte das entrevistadas trazem em seus discursos as estratégias de cuidado com o sujeito, cuidado este que é trabalhado juntamente com o sujeito podendo ser através dos grupos e/ou oficinas terapêuticas, visando que ele seja protagonista nas escolhas, trabalhando com o que o usuário tem de potencial para assim ele se sentir ouvido e livre de julgamentos.

Com certeza a maior contribuição é a de pensar as estratégias de cuidado no sentido de potencializar a autonomia e independência do usuário, desde a primeira intervenção, apostando nas potencialidades de cada sujeito. (entrevistada 1)

Na minha opinião, a principal contribuição da terapia ocupacional é identificar com o usuário, através das oficinas, grupos ou atendimentos individuais, atividades com sentido para sua vida, potencializando o seu fazer, valorizando sua expressão, reinventando novas formas de estar no mundo e investindo em mais qualidade de vida.(entrevistada 2)

Outro ponto que aparece em comum entre os resultados obtidos foi a retomada de sentido das coisas principalmente através dos grupos terapêuticos

desenvolvidos, onde é possível retomar algo que o sujeito gostava de fazer e fazendo assim com que ele seja o protagonista de sua vida, e que isso traz um significado importante para si, uma retomada de quem é esse sujeito, além da organização do cotidiano, a retomada desses papéis sociais que muitas vezes pode ter se perdido no decorrer da vida, pois como sabemos, essas pessoas acabam perdendo a voz perante a sociedade. Podemos ver isso nas respostas obtidas conforme abaixo:

Apoiamos a retomada dos sentidos das coisas. Ajudamos a entender o sentido de usar droga na vida, a serviço de que isso atua, e como ajuda e/ou atrapalha na realização de outras coisas. Ativamos processos criativos em que eles podem sair de uma produção repetitiva de si mesmos, podendo inventar novas respostas para os mesmos problemas, possivelmente, gerando novos problemas, movimentando a vida (de um problema como não ter um trabalho, passar a ter o problema de um chefe chato, e de um problema de não ter onde morar, passar ao problema de pagar o aluguel em dia, etc...) (entrevistada 3)

(...) investimento ou retomada de papéis perdidos em decorrência de complicações trazidas por este uso; propiciar caminhos por meio do fazer para reflexões sobre sua história, desejos e interesses, na tentativa de produzir novos territórios de existência enquanto sujeito para além do uso de SPAs, porém sem negligenciá-lo. (entrevistada 4)

Uma das entrevistadas traz, em seu discurso, uma fala muito interessante sobre a profissão de Terapia Ocupacional, de construir junto ao usuário novas formas de vida, não sendo necessariamente rompendo o uso da substância, mas sim trazendo novos significados para esta vida, fazendo com que o sujeito seja o protagonista de sua existência e de suas escolhas.

A Terapia Ocupacional, assim como qualquer outro núcleo, quando operada numa lógica libertadora e não do controle é capaz de construir possibilidades de existência e resistência para além do estereótipo marginalizado do usuário de substâncias. Construir encontros em uma perspectiva não moralista e compor a tecitura de um modo de existir que destoa do esperado em uma sociedade capitalista. Mas, pra isso, é necessário se despir dos nossos conceitos colonizados do certo e errado, bom e ruim. É necessário estar junto. Na minha prática profissional tenho percebido uma potência da Terapia Ocupacional pouco utilizada pela categoria que é estar no território e nas cenas de uso. Isso porque, ao compreendermos o cotidiano dos sujeitos, onde a vida deles acontece, a condução do cuidado se dá de maneira mais integral, menos moralista e menos recortada. Acredito que a Terapia Ocupacional quando permite estar junto aos usuários tem a potência de construir práticas libertadoras, não no sentido na "cura" com relação ao uso, mas que, mesmo que o sujeito permaneça em uso, possa expandir o modo de existência para além do lugar do usuário de drogas, mas sim do artista, do pai, da mãe, enfim: do sujeito que é muitas coisas e, concomitante a isso, faz uso de substâncias. (entrevistada 6).

Por meio das falas acima, foi possível observar que a atuação da terapia ocupacional se dá por meio das oficinas terapêuticas e atendimentos individuais sendo estes como específicos da profissão, e também por meio de procedimentos compartilhados como os outros profissionais do serviço, os quais se encaixam o acolhimento, o ser profissional de referência e as reuniões de equipe. Mas essa especificidade é de uma forma sutil, afinal, outras profissões também usam grupos e oficinas para trabalharem, o que difere é o objetivo que cada profissão busca, sendo assim o trabalho é mais voltado para a clínica de Saúde Mental em si, do que a divisão de cada profissão específica. Sendo assim esta fala a seguir traz uma importante colocação.

Não realizamos procedimentos específicos, atuamos sempre com profissionais de outras categorias. A especificidade opera de um modo sutil, não como prática instituída de Terapia Ocupacional ou qualquer outra categoria. (entrevistada 6).

No campo da saúde mental, existe ações que são comuns a todos os profissionais, como o acolhimento, atendimentos individuais, grupos, atendimentos à crise, visita domiciliar. Essas ações são correspondentes ao campo da saúde mental. As ações nucleares de cada profissão vão acontecer mediante atuação destes no campo. Sendo assim Campos (2000) traz como conceito de Campo e Núcleo o seguinte.

O núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional; e o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas (Campos, 2000, p.220).

Ainda segundo Campos (2000, p.221) tanto o núcleo quanto o campo seriam, mutantes e se interinfluenciariam, não sendo possível detectar os limites precisos entre um e outro. Desse modo observamos como eles se complementam e se entrelaçam.

Campos (2007, p. 571) traz que a construção do núcleo que circula dentro de um campo ajuda a definir responsabilidades científicas e políticas de cada área.

Como já citado anteriormente a atuação da Terapia Ocupacional neste campo de saber que é a Saúde Mental, no qual a especificidade da profissão não esta em uma modalidade, tipo de atendimento ou realização de protocolos, mas sim trabalhando dentro das ações previstas para os equipamentos territoriais, como acolhimento, o qual não é uma ação específica da TO, mas deve ser desenvolvidos

por todos os profissionais da equipe, assim como a escuta individual, grupos, entre outros procedimentos. Quando o TO realiza essas ações, tem sua ação direcionada também ao núcleo da profissão que é a ocupação humana, trazendo assim a sua contribuição para o campo, o que também está no discurso dos entrevistados quando eles falam das tarefas compartilhadas e que não há uma especificidade da profissão, e sim do campo saúde mental.

Não realizamos procedimentos específicos, atuamos sempre com profissionais de outras categorias. A especificidade opera de um modo sutil, não como prática instituída de Terapia Ocupacional ou qualquer outra categoria (entrevistada 6).

Os terapeutas ocupacionais no Caps tem atribuições compartilhadas com os demais membros da equipe (ser profissional de referência, fazer acolhimento, participar de reuniões de equipe e discussão de casos) (entrevistada 2).

A Terapia Ocupacional na área da saúde mental, dentro dos equipamentos tipo CAPS, tem se configurado principalmente com atendimentos grupais, como já mencionados anteriormente, com grupos terapêuticos e oficinas, tanto que nos resultados obtidos com a pesquisa a maioria dos profissionais cita os grupos terapêuticos como principais procedimentos terapêuticos ocupacionais, é claro que há também atendimento individual, o que dependerá da demanda o usuário.

Oficinas terapêuticas (ateliês aberto e fechado, oficina de teatro e expressão corporal, grupo utilizando audiovisual como recurso, oficina cultural, dentre outras) e atendimentos individuais (entrevistada 2).

A partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que começou a se pensar em novas possibilidades de cuidado em relação aos usuários de saúde mental, principalmente com a criação dos CAPS houve um salto fundamental para este cuidado voltado ao sujeito e suas necessidades específicas, dentro dos CAPS os grupos terapêuticos e as oficinas ganharam destaque, pois seu foco é voltado ao sujeito, através de expressões subjetivas, reintegração social bem como produção de autonomia (Pinheiro e Souza, 2012). Conforme algumas entrevistas que trazem as oficinas como práticas desenvolvidas dentro dos CAPS.

Os dispositivos de Terapia Ocupacional presentes na instituição eram: Grupo de Terapia Ocupacional, destinado a usuários de perfil mais crônico e, em sua maioria, iniciando processos de demência. Tais usuários apresentavam grande dificuldade de circulação pelo território e cotidiano bastante empobrecido, sendo realizadas atividades previamente planejadas de repertório variado (culinária, artesanato, passeios), levando em conta desejos dos participantes, quando os mesmos se manifestavam neste sentido (entrevistada 4).

Como já citado anteriormente e presente em todas as entrevistas com os TOs participantes, a Terapia ocupacional utiliza muito como forma de intervenção os grupos e oficinas terapêuticas, sendo este recurso um espaço muito produtivo para os sujeitos que ali estão, pois é um espaço de produção de vida, Ballarin (2003 apud MONTREZOR 2013) traz que os grupos em terapia ocupacional ofertam vivências aos participantes através do fazer junto compartilhando experiências, havendo uma integração social, comunicação verbal e não verbal além da exposição de sentimentos internos. A portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, estabelece que os CAPS ofertem, dentre outros, atendimentos em caráter grupal (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras) bem como atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Eram ofertados grupos terapêuticos, grupos de acolhimento, atendimentos individuais com todas as categorias técnicas. (entrevistada 3).

Existem diversos tipos de grupos terapêuticos, os da terapia ocupacional o que vai ser necessário é estar ligado com o fazer humano o qual é o objeto de estudo da profissão. Montrezor (2012) diz que a “escolha da atividade e sua execução variam conforme o perfil e as necessidades de cada grupo e, de acordo com a orientação teórica metodológica do terapeuta ocupacional”. Desse modo, podemos notar que a maioria dos participantes desta pesquisa afirma realizar grupos terapêuticos, sendo que cada um deles realiza um tipo de grupo diferente do outro, tendo como em comum o fazer humano.

No geral, o tratamento é ofertado através de grupos de verbalização, oficinas terapêuticas, atendimentos individuais, atendimentos médicos, atendimentos dos redutores de danos e atendimentos com profissional de referência para definição do projeto terapêutico (entrevistada 2).

Eram ofertados grupos terapêuticos, grupos de acolhimento, atendimentos individuais com todas as categorias técnicas. (entrevistada 3).

Cabe ressaltar que todos os profissionais entrevistados atuam em CAPS ad, devido a isto a maioria atua através de grupos/oficinas, realizando atendimentos individuais e busca ativa quando solicitado e necessário.

Nos relatos de casos presente ao final da discussão, podemos analisar que para chegar até o usuário é necessário que sejam realizadas atividades que façam sentido a essas pessoas e que ao mesmo tempo contribuam para suas

necessidades e demandas, atividades estas que não sejam necessariamente realizadas dentro do CAPS, pois o setting terapêutico não é necessariamente dentro da instituição e sim um espaço onde o processo possa acontecer.

Os atendimentos ofertados nos territórios obtém muita resposta, pois o sujeito está dentro de seu território, não precisa se deslocar de sua realidade, o que fica muito mais fácil para ele acessar. Um dos entrevistados trouxe um pouco de sua trajetória dentro de um consultório de rua, em uma movimentada cidade, onde esses profissionais foram até o local que é um lugar onde há um considerável consumo de drogas, para realizar ações de redução de danos junto a esses usuários.

Junto à redutores de danos e profissionais de outros serviços da rede de assistência e saúde realizávamos, às quintas, o 'samba na craco'. Um grupo aberto, na cena de uso. O grupo era bastante rotativo e convivíamos ali, entre pandeiros, cavaquinhos, tambores e cachimbos. Os cachimbos e latas usados para o fumar a pedra, naquele momento, viravam instrumentos da roda (...) (entrevistada 6).

Este relato traz algo muito interessante de ser pensado, pois os profissionais estão dentro da cena de uso de drogas, mas não estão ali para exercer uma ação moralista, com utilização de técnicas proibicionistas, mas sim para estar com os usuários, escutá-los nas suas necessidades, e fazer daquele ambiente, ao menos por uns minutos, algo diferente, ofertar diferentes maneiras de uso daquelas latas, como citado acima, instrumentos para a roda de samba, proporcionando, de certa forma, um novo significado para aquele objeto que eles estão tão acostumados a servir somente como meio de inserção de drogas.

Esta prática realizada pode ter muito mais significada a essas pessoas do que ela estarem necessariamente em algum lugar para "tratamento", pois ali elas estão forma livres para participarem ou não da proposta.

(...) A roda de samba era uma pausa importante na dinâmica de uso destas pessoas, e nessa pausa acolhíamos os que solicitassem por cuidados, ou só uma conversa sobre qualquer amenidade. Acredito nessa potência da clínica, que é coletiva, que não é recriminatória, que se dispõe a estar, a cantar, a rir, mesmo em território de disputa (...) (entrevistada 6).

A importância dos atendimentos de grupo certamente não é reconhecida apenas no Brasil. Johnson, Gibbons & Crits-Christoph (2011) afirmam que o "aconselhamento de grupo" é o mais importante recurso terapêutico nos serviços comunitários nos Estados Unidos (EUA).

O tratamento no Caps fez muito sentido para ele, trouxe a possibilidade dele experimentar novas maneiras de estar no mundo, se aproximar de

atividades com sentido para ele, retomar atividade de trabalho, identificar suas potencialidades e trabalhar a partir de suas dificuldades (entrevistada 2).

O estudo de Pinheiro e Silva (2012) sobre as “Oficinas terapêuticas em um centro de atenção psicossocial – álcool e drogas” traz que;

Nas Oficinas, buscava-se exercitar uma clínica ampliada, conceituada por Campos (2003) como prática de cuidado atenta à dialética entre sujeito e doença. A clínica ampliada não desconsidera os padrões da "doença" (no caso, a toxicomania), mas também não perde de vista a singularidade de cada usuário e, sobretudo, não reduz o sujeito à doença como entidade abstrata. A clínica é uma forma de promoção de autonomia e de cidadania, na medida em que o sujeito e o grupo podem se apropriar ativamente de sua história, que é sempre também sociopolítica, reconhecendo-se como cocriadores dela. (PINHEIRO E SILVA, 2012, p.224).

Eles ainda acrescentam que:

O objetivo principal não era fazer com que o participante parasse de usar drogas, mas sim promover reflexões sobre como cada um lidava com sua saúde e com sua vida, propondo corresponsabilidade na construção de práticas diferenciadas de cuidado de si. Estar ou não abstinente é uma condição que pode mudar de um minuto a outro. Mais do que a preocupação com essa condição, a lógica de redução de danos convoca a promover corresponsabilização e transformações subjetivas (PINHEIRO E SILVA, 2012, p.224).

Nesta mesma linha de pensamento do estudo referido acima, são as respostas obtidas através do questionário desta pesquisa, onde os profissionais trouxeram em seus discursos estas práticas que não são voltadas a abstinência, mas sim trabalhar as potencialidades que os sujeitos possuem e em cima delas promover saúde, trabalhar com as potências que esses usuários possuem e não somente olhar o lado patológico, isto fica claro no relato de entrevista sobre essa “visão” da terapia ocupacional.

(...) aos poucos a gente foi fortalecendo bastante nosso vínculo e eu considero que isso tem a ver com a legitimação do sofrimento dele de eu reconhecer de ele senti, ele me falou uma vez, daqui do CAPS você parece que me escuta querendo me ouvir, os outros parece que me escutam querendo encontrar o que eu to falando pra eles me analisarem, mas você parece que ta querendo me ouvir de verdade, eu acho que isso tem a ver um pouco com essa coisa nossa da TO de ouvir buscando potencia, a gente não ouve buscando doença, agente ouve buscando potencia, então essa era minha análise né(...) (entrevistada 3).

4.4 RELATO DE CASO- PERCEPÇÃO DO CORPO COM O USO DE SUBSTÂNCIA

Afim de uma melhor compreensão sobre a atuação da terapia ocupacional junto ao usuário de droga achou-se de grande importância trazer relatos de

experiências dos profissionais entrevistados, para que assim ficasse mais lúcida esta atuação. O primeiro relato trata-se de um homem que participava do tráfico.

(...) vou chamar de João. Ele era alguém que migrou de um estado para outro tendo deixado lá no Paraná um monte de problemas, (participou do tráfico então tinha gente que queria matar ele lá), ele veio pra São Paulo meio que fugindo disso tudo. Tinha uma filha e em nome dessa filha ele podia se manter de algum jeito vivo, sóbrio, alguma decência ele ainda devia para esta filha de uns 12 anos, que ele trocava algumas mensagens, às vezes, umas cartas, as vezes ligava, quando ele podia mandava dinheiro. Ele tinha muita vontade de voltar pro paraná, mas muito medo do que a família ia achar dele, de como que eles iam receber e se iam recebê-lo de volta. É usuário de crack, também cocaína gostava bastante, era mais estimulantes, então um cara também bastante “raivosão” assim. Ele percebia bastante as desigualdades e ia falando um pouco da história dele, como ele foi caindo nessa vida desse jeito, as condições de vida que ele foi fazendo, opções muitas vezes eram opções mais saudáveis do que se designa ir pro crime, por exemplo, então ele tinha muita vergonha das coisas que ele considera que fez errado, ele fazia bastante esforço então, ele vinha e falava, agora vai dar certo aí topava começar emprego, aí começa a pensar mais na vida, organiza a vida, mas em geral alguém era injusto com ele e sempre é ele ficava muito bravo e largava tudo. Tinha muita dificuldade quando ele recebia dinheiro por que ele entrava nessa de gastar com o crack e a cocaína, pra ele, ele tinha bastante essa fissura com o gatilho com a grana na mão, e aí ele se esbaldava. Aos poucos a gente foi fortalecendo bastante nosso vínculo e eu considero que isso tem a ver com a legitimação do sofrimento dele de eu reconhecer de ele sentir, ele me falou uma vez, daqui do CAPS, você parece que me escuta querendo me ouvir, os outros parece que me escutam querendo encontrar o que eu to falando pra eles me analisarem, mas você parece que ta querendo me ouvir de verdade. Eu acho que isso tem a ver um pouco com essa coisas nossa da TO de ouvir buscando potência, a gente não ouve buscando doença, a gente ouve buscando potência, então essa era minha análise né, e de um cara que nem o outro que tinha muito potencial, super inteligente, alguém com um afeto intenso com as coisas né, não era um zumbi assim, era alguém que conectava profundamente com as pessoas, com as histórias e essa intensidade inclusive eu acho que as vezes deixava ele com tanta raiva do mundo, tanta solidão também, tinha muita solidão. Com ele também teve uma coisa da história da escrita então ele um dia me contou que ele fazia muitos cadernos em que ele contava história dele, que ele tinha vontade de escrever um livro sobre a história dele e um dia ele me trouxe esses cadernos a gente leu junto por que ele queria que eu lesse o caderno e depois falasse com ele, e eu dizia pra ele que não fazia muito sentido eu sair e ler uma história que ela não era mais a história dele atual e aquilo não era um processo nosso né, então ele topou a gente ler junto, então ele vinha e eu lia em voz alta a minha intensão era que ele sáísse de um lugar que alguém que entrega a história dele na minha mão pra que eu concerte por que era um pouco isso que eu avaliava quando ele dava pra mim o texto dele e mais alguma coisa pra gente fazer junto, então quando eu propunha e ele aceitava da gente ler junto a história dele, era pra nós dois olharmos pra isso e pensarmos quais os caminhos possíveis né, e aí ia sendo muito legal ele ia tendo memórias, completando e tal, então a gente fazia essa atividade juntos, quando ele estava em crise, quando nosso vínculo se fortaleceu, ele passou a ir ao CAPS antes de ir pra biqueira, e isso foi bem legal que ele estava muito nervoso, muito ansioso, ele ia lá

com a gente me contava a gente conversava e as vezes eu aplicava auriculopuntura nele e as vezes quando ele estava muito intensamente ansioso o psiquiatra medicava, e nesse processo ele foi começando a construir a possibilidade de voltar pro paraná, aumentou o ritmo de contatos com a filha, voltou a estudar e quando eu sai do CAPS ele tava num ritmo de conseguir trabalhar com um pouco mais de frequência, não trabalhos de CLT n, trabalhos informais, mas com pouco mais de frequência, foi morar numa, num tipo de pensão das assistência social que tinha e estava conseguindo sustentar ali uma morada, assim, quando ele estava nesse lugar ele falava  eu to aqui, mas isso aqui não é meu, eu to nesse lugar mais nunca to em lugar nenhum e dai uma coisa que a gente fez junto, foi plantar um pezinho de feijão, juntos e ele levou esse vasilho, o que eu queria quando eu prescrevi essa atividade, queria que ele pudesse inscrever um processo de crescimento e um processo de enraizamento nesse lugar, e coloca na casa uma coisa dele que é um pezinho de feijão dele e alguma coisa pra ele se dedicar todos os dias, prestar ateno e de algum jeito minha intenso era que ele fosse se conectando com o cuidado do espaço o cuidado de si mesmo e a possível conexão com o espaço ainda que se seja pra ficar dois meses, três meses, mas fazer lar onde quer que ele estivesse e foi bem interessante, ele ia me contando como que estava a plantinha, um dia eu fui visita-lo na pensão, por que era formatura do curso de uma outra paciente e ele ficou muito feliz que eu estava lá e mostrou a plantinha pra mim, ta então, um outro elemento que eu faço análise desse caso  da importância que tinha ter alguém com quem compartilhar o processo da vida, alguém pra quem mostrar que ta vivendo, que existe sabe, quase como você poder existir por que tem alguém que te enxerga no mundo, então, ele foi sustentando ficar nesse lugar por que ele ficava muito bravo com algumas coisas, por que de fato ele era muito desrespeitado, por que as pessoas são n desrespeitadas nesses espaços da assistência social e da saúde, é um droga, mas são n, mas ele foi conseguindo sustentar ficar apesar disso tudo por que a gente conseguiu construir junto um projeto de vida. (Entrevistada 3).

Este outro relato, acredito que seja muito interessante, pois ele fala sobre o potencial que os grupos terapêuticos tem, como eles contribuem com os usuários que participam.

Um caso que considero muito interessante é de um senhor de 60 anos aproximadamente que quando chegou ao Caps referiu que era alcoolista crônico. Ele já estava com a saúde bastante comprometida, tinha hepatite C, Doença pulmonar obstrutiva crnica, entre outros problemas clínicos. Nunca havia feito tratamento para o uso abusivo de álcool antes. Eu fiquei como sua referência. Na elaborao de seu projeto terapêutico no Caps, ele escolheu participar de um ateliê com terapeuta ocupacional, da oficina de teatro e expressão corporal que eu fazia e de um grupo de verbalizao com psicólogo. Esses espaços do Caps fizeram muito sentido para ele, ele sentiu que era um espaço em que ele podia confiar e se expressar, ele tmbm se identificou com as atividades desenvolvidas no ateliê com a T.O. (ele desenhava e com o tempo construiu uma pasta com seus desenhos) e tmbm gostou muito de participar da oficina de teatro e expressão corporal, pois pode experimentar seu corpo e seus movimentos de novas maneiras, com criatividade. Ele entendeu que deveria interromper o uso de bebida alcoólica, pois já estava muito debilitado fisicamente. E desde que iniciou o tratamento no Caps parou

de beber, faz um uso pontual de vez em quando, mas sem ser no padrão destrutivo que usava antes. Com o tempo, se interessou pelas oficinas de geração de renda que a instituição oferece e foi inserido na oficina de agrícola. Passou a receber uma bolsa por isso e sentir valorizado por estar desenvolvendo uma atividade de trabalho. Hoje ele frequenta a oficina assiduamente e vai ao caps uma vez por semana em um grupo fora do horário de trabalho na oficina, também participa dos atendimentos de referência. Durante o tratamento ele também foi se reaproximando de sua família, pois, na época em que fazia uso diário e abusivo, esse contato não era harmônico, conforme ele foi se organizando melhor, pode se aproximar de suas tias, primas e de seu filho e isso constituiu uma importante rede de apoio para ele. Um acontecimento significativo foi em um de seus aniversários que fizemos um bolo e cantamos parabéns no Caps, nessa ocasião ele referiu que foi a primeira vez na vida que teve um bolo de aniversário. Portanto, considero que o tratamento no Caps fez muito sentido para ele, trouxe a possibilidade dele experimentar novas maneiras de estar no mundo, se aproximar de atividades com sentido para ele, retomar atividade de trabalho, identificar suas potencialidades e trabalhar a partir de suas dificuldades. Todas essas atividades também o ajudaram a construir uma rede de apoio e de convivência (por exemplo, quando teve um exame de endoscopia, foi um usuário do Caps que ele havia feito amizade que o acompanhou para o exame) e também se reaproximou de sua rede familiar. (entrevistada 2).

Por último, um relato muito interessante sobre uma atuação do TO no território de uso da substância, onde o usuário era acolhido e ouvido em atuação territorial, através dos Consultórios de Rua.

(...) A população atendida pelo serviço correspondia majoritariamente à pessoas em situação de rua. Nosso território abrangia lugares emblemáticos de uma grande cidade, marcados pela especulação imobiliária e pela disputa do mercado financeiro. Junto à redutores de danos e profissionais de outros serviços da rede de assistência e saúde realizávamos, às quintas, o 'samba na craco'. Um grupo aberto, na cena de uso. O grupo era bastante rotativo e convivíamos ali, entre pandeiros, cavaquinhos, tambores e cachimbos. Os cachimbos e latas usados para o fumar a pedra, naquele momento, viravam instrumentos da roda. O usuário de droga, desumanizado pela mídia e criminalizado pela segurança pública, visto como ameaça pela sociedade, utilizava do corpo e os instrumentos de uso, para construir um corpo e instrumento musical. A roda de samba era uma pausa importante na dinâmica de uso destas pessoas, e nessa pausa acolhíamos os que solicitassem por cuidados, ou só uma conversássemos sobre qualquer amenidade. Acredito nessa potência da clínica, que é coletiva, que não é recriminatória, que se dispõe a estar, a cantar, a rir, mesmo em território de disputa. Essa clínica tem lado, não é neutra, e é extremamente complexa. Algumas vezes os tambores e pandeiros dividiam a cena com sirenes, bombas de efeito moral, gritos e pés descalços que corriam em desespero. Saí do campo de prática com uma pausa no samba na craco, após a demissão dos redutores de danos que compunham a proposta. (entrevistada 6).

Tais relatos descritos pelas terapeutas ocupacionais contam experiências de atendimento com pessoas em uso de substâncias e foram importantes para auxiliar na compreensão de como esse papel é desempenhado nas diferentes instituições, apresentando as condutas de cada uma das participantes frente às situações vivenciadas, o que se torna útil para a compreensão do papel do TO dentro do campo da saúde mental.

Quando estamos diante de uma pessoa em sofrimento, seja este qual for, devemos considerar a integração do seu corpo com a mente, falando em relação ao uso abusivo de substâncias, devemos compreender qual a relação que este sujeito tem com o seu corpo, que está fragilizado devido a um uso incontrolável.

O álcool e as outras drogas causam danos ao SNC conforme Dalgalarondo (2008), como já mencionado, mas além disso, ele traz ao sujeito que faz o uso uma interpretação de corpo somente como fonte de recebimento da substância, e os grupos de expressão corporal, como é o caso do mencionado na entrevista, vem como um grupo para ressignificar este corpo, mostrar outras formas de utilização do mesmo, mostrar maneiras de saúde bem como mostrar um novo lugar deste sujeito em relação ao mundo e sociedade, fazer retomar esse lugar de pertencimento que pode estar fragilizado devido ao estigma que acaba ocorrendo. Sussuarana et al (2018) afirma que:

O teatro e as práticas de sensibilização e expressão corporal podem denunciar as possíveis relações de poder inscritas no corpo de usuários que estão inseridos em contextos sociais distintos e podem ajudar a horizontalizar a relação entre técnicos e usuários do serviço, bem como proporcionar a ressignificação de estigmas através do fortalecimento coletivo de subjetividades e apropriação do território. (Sussuarana et al, p.94, 2018).

As práticas de consciência corporal, na terapia ocupacional, apresentam-se como potente instrumento de transformação do cotidiano da população atendida, à medida que se tornam experiências do próprio sujeito, propiciam a apropriação de si e instauram uma condição de trabalho que promove a consciência e a criação de um cotidiano e de uma saúde em constante cuidado e produção (Saito e Castro, p.178, 2011).

No decorrer destas práticas os sujeitos vão se reconhecendo como pessoas com direitos, desejos, pertencentes na sociedade, Saito e Castro (2011) acrescentam ainda que o corpo é um processo constituído sempre pelo que o rodeia, como ele é visto e tratado, sendo assim esses grupos de expressão corporal entram de forma a dar novo significado e uma nova finalidade a este corpo visto como um lugar somente de dor e tristeza, afinal, é através do corpo que percebemos o mundo.

Uma abordagem que se faz presente para a ressignificação do corpo, pode se dar através das práticas corporais.

As práticas corporais nos âmbitos social e educacional têm ganhado espaço na saúde coletiva devido ao reconhecimento da importância de intervenções que incluam a reinserção social e familiar do usuário e a redução de danos (Azevedo e Miranda, p.4, 2010).

A terapia que envolve corpo-mente, como Yoga, meditação e técnicas de respiração, desenvolve no ser humano formas de autoconhecimento e autocontrole, são eficazes no período de reabilitação dos usuários, uma vez que o sujeito se encontra em um processo de ressignificação da vida (Carim-Todd et al., 2013 apud Silva *et al*, 2018).

Estas práticas promovem bem-estar e melhora no funcionamento cognitivo conforme pesquisa de Silva *et al* (2018), bem como resultados positivos no processo de tratamento, pois coloca o usuário como protagonista, investindo nos seus desejos e suas potencialidades, assim como afirma nas entrevistas.

(...) ele escolheu participar de um ateliê com terapeuta ocupacional, da oficina de teatro e expressão corporal que eu fazia e de um grupo de verbalização com psicólogo. Esses espaços do Caps fizeram muito sentido para ele, ele sentiu que era um espaço em que ele podia confiar e se expressar, (entrevistada 2)

(...) e também gostou muito de participar da oficina de teatro e expressão corporal, pois pode experimentar seu corpo e seus movimentos de novas maneiras, com criatividade.(entrevistada 2)

As práticas corporais foram incluídas como forma de reabilitação para usuários de álcool e outras drogas nos CAPS em 2001 por meio da Lei 10. 216/2001 a qual Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001). A PORTARIA 854/SAS de 22/08/2012 altera e cria novos procedimentos para os Centros de Atenção Psicossocial, o qual inclui as práticas corporais como procedimento para os Centros de Atenção Psicossociais (Ministério da Saúde, 2013).

A participação nas práticas corporais pode desempenhar atribuição importante no período de reabilitação do usuário de álcool e drogas, pois há uma tendência de melhoria na saúde mental dos que praticam (Ellis, 2007 apud Silva *et al* 2018, p. 5), como mencionado no relato de caso, em que o usuário participava de práticas expressivas e isto foi muito importante para ele, tanto para reconhecimento de si mesmo como sujeito protagonista de sua história quanto para se perceber no mundo e poder olhar para o corpo de outra forma e não somente como um corpo

que está em uso abusivo de alguma substância e como consequência uma imagem do seu corpo como fonte de sofrimento. Essas práticas podem ser compreendidas como conjunto de práticas relacionadas ao processo saúde-doença e seus determinantes sociais (Silva *et al*, p. 6, 2018), sendo assim elas devem ser abordadas de acordo com a demanda de seus participantes, pois elas exercitam tanto o corpo como mente, relacionando assim o processo criativo que cada sujeito, bem como uma expressão corporal por meio das vivências já obtidas, demonstrando assim através da expressão corporal algo que o usuário queira falar, mas que através do corpo seja mais fácil se expressar.

As práticas corporais entram como um viés para a reintegração social desses sujeitos, algo que deve ter início no CAPS e que seria de grande importância se pudessem ser estabelecidos também em ambientes fora do CAPS, articulando com os demais membros da rede como grupos no território pertencente ao usuário, integrando a população em geral e não ficar limitado só ao ambiente do CAPS como lugar único de produção de vida.

Um dos relatos obtidos conta a história de um senhor de 60 anos, alcólatra, que estava participando do grupo de expressão corporal, para ele este grupo foi muito eficaz, pois através do grupo ele pode dar outro significado para seu corpo, não é um corpo que só sofre, que machuca, que faz uso de álcool e sim um corpo que possui vida, um corpo que dança, que produz, festeja, trabalha, alguém que possui familiares, e esse novo significado para este corpo, traz consigo um renascer de alguém que também estava em sofrimento, mas que através de uma oficina terapêutica no CAPS pode descobrir outros lugares que este corpo pode estar atuando, além de poder voltar a ter o controle sobre seu corpo, fazer suas escolhas.

Como podemos observar nos relatos de casos obtidos, grande parte os usuários possuem o vínculo familiar rompido, ou uma relação estremecida, desse modo ficando com suas relações sociais estremecidas, as vezes tendo como suporte unicamente o serviço.

4.5 FAMÍLIA E VÍNCULOS

O vínculo é algo fundamental para estreitar o diálogo terapeuta-paciente, pois é através dele que o usuário vai sentir-se confortável para falar certas coisas ao terapeuta, além disso, com é por meio da vinculação que é possível um melhor

conhecimento do sujeito, pensando assim em novas maneiras e possibilidades na criação de PTS junto com o sujeito.

A família é parte importante neste enfrentamento de uso abusivo. Segundo Matos (2017):

A participação da família no processo de recuperação da dependência química é fundamental e contribui de forma significativa em todo o processo de tratamento e consequente a melhora do quadro (MATOS, 2017, p.2).

Além disso, Matos ainda acrescenta a importância da família saber lidar com essas situações que podem gerar estresse no ambiente familiar.

Os familiares são essenciais no processo de tratamento do doente, onde tem de saber como lidar com as situações estressantes, evitando diversos tipos de situações como comentários críticos ao paciente ou se tornando exageradamente super protetor; dois fatores que reconhecidamente provocam recaídas. Conhecendo melhor a doença e tendo um diagnóstico claro, a família passa a ser uma aliada eficiente, em conjunto com a medicação e profissionais especializados. (MATOS, 2017, p.5).

Durante o tratamento ele também foi se reaproximando de sua família, pois, na época em que fazia uso diário e abusivo, esse contato não era harmônico, conforme ele foi se organizando melhor, pode se aproximar de suas tias, primas e de seu filho e isso constituiu uma importante rede de apoio para ele (entrevistada 2).

Dentro das diretrizes da Política Nacional sobre Drogas (2005) tem assegurados o direito a promoção e garantia a articulação e integração em rede nacional das intervenções para tratamento, recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional ao usuário e seus familiares, sendo essas diretrizes muito importantes para não deixar o usuário abandonado ou sem sua participação social e na vida familiar. Matos (2017) ainda traz que as intervenções com familiares trazem resultados mais positivos se comparados a intervenções individuais.

Não obstante, as intervenções familiares levam a resultados positivos, tanto para os usuários de substâncias psicoativas quanto para os membros da família (COPELLO, 2006), evidenciado nas pesquisas recentes sobre a temática, que têm mostrado que intervenções na família e/ou rede social melhoram os resultados se comparados a intervenções individuais (MATOS, 2017, p.6).

Essa busca constante por droga afeta diretamente a saúde do usuário e por consequente a saúde da família, pois isso acaba afastando ou rompendo com esses laços familiares, sociais e grande parte das vezes os laços profissionais, por que o

sujeito acaba rompendo com seu cotidiano, causando assim um sofrimento para si e para as pessoas ao seu redor, ocasionando perdas como bens, emprego bem como a ruptura dos laços familiares e de amigos.

(...)mas também tinha uma filha e em nome dessa filha ele podia se manter de algum jeito vivo, sóbrio, alguma decência ele ainda devia para esta filha de uns 12 anos e que ele trocava algumas mensagens as vezes, umas cartas, as vezes ligava, quando ele podia mandava dinheiro (entrevistada 3),

Na entrevista acima podemos observar que, por mais que esse sujeito esteja com o laço familiar fragilizado, é por esta filha que ele ainda se mantém de certa forma vivo, não só fisicamente, mas sim com vontade de viver, fazer planos, sendo na família que algumas pessoas encontram conforto, confiança e motivação para poder continuar com o tratamento.

Outro ponto muito importante que aparece neste relato acima é sobre a importância do vínculo que é criado entre o terapeuta-paciente, pois é através dele que o sujeito irá se sentir à vontade para falar determinadas coisas e determinadas situações.

O estabelecimento do vínculo entre profissionais de saúde e usuários parece ser uma possibilidade de se construir uma nova prática que busque a melhoria da qualidade da atenção à saúde (BRUNELLO, p.132, 2010).

Brunello conceitua vínculo como:

O vínculo é a relação pessoal estreita e duradoura entre o profissional de saúde e o paciente, permitindo, com o passar do tempo, que os laços criados se estreitem e os mesmos se conheçam cada vez mais, facilitando a continuidade do tratamento, e consequentemente evitando consultas e internações desnecessárias (BRUNELLO, p.132, 2010).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) conceitua vínculo como sendo:

O vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico (BRASIL, p.21, 2012).

Através da vinculação do usuário com o terapeuta, é possível estabelecer uma aproximação e concomitantemente uma melhor visualização sobre as demandas que este usuário tem, pois através da vinculação do usuário com o profissional ele irá se sentir mais a seguro para falar sobre determinados assuntos, ou até mesmo quando o usuário está em crise, vir buscar auxílio com o seu

profissionais de referência, pois o vínculo permite essa aproximação mais efetiva, onde se instalam relações de escuta, diálogo e respeito entre o sujeito e o profissional, conforme as entrevistas.

(...) quando ele estava em crise, quando nosso vínculo se fortaleceu, ele passou a ir ao CAPS antes de ir pra biqueira, e isso foi bem legal que ele estava muito nervoso, muito ansioso, ele ia lá com a gente me contava a gente conversava e as vezes eu aplicava auriculopuntura nele e as vezes quando ele estava muito intensamente ansioso o psiquiatra medicava (...)(entrevistada 3).

Brunello ainda traz um ponto importante neste cuidado com o vínculo, pois o mesmo não pode se tornar algo de dependência do sujeito em relação ao profissional.

Entretanto, essa relação não deve gerar uma dependência do doente em relação ao profissional, uma vez que o vínculo formado entre eles deve servir para incentivar o cliente para o autocuidado, conferindo-lhe autonomia e ampliando as ações de saúde (BRUNELLO, p.132, 2010).

4.6 A REDUÇÃO DE DANOS E POLÍTICAS PÚBLICAS.

Ao que se refere em como são abordadas as questões do uso abusivo de drogas junto ao usuário, elas trazem em seus discursos de modo geral que é de acordo com a dinâmica de vida de cada usuário, considerando assim os padrões de uso e pensando em um cuidado que faça sentido para cada usuário bem como a partir da lógica da redução de danos.

As questões do uso abusivo são abordadas a partir da ótica da redução de danos e a partir do desejo de cada usuário. Alguns tem o desejo de interromper completamente o uso, outros querem interromper o uso de determinada substância e não de outra e alguns desejam continuar fazendo o uso com menos danos e se cuidando melhor. Também é abordado outras questões da vida do usuário para além do uso, como trabalho, estudo, relações familiares, perspectivas de vida, pois cuidar desses aspectos também pode ter um impacto para o cuidado com o uso abusivo de substâncias psicoativas. (entrevistada 2)

Outra acrescenta que a forma de abordar o tema se dá de maneira diversa, dependendo de cada usuário.

Isso é bastante singular, pois depende muito de como o uso de substâncias psicoativas (SPAs) se insere em sua história, seu cotidiano e como o sujeito significa este uso. De qualquer forma, a perspectiva que orienta o olhar do profissional para o uso de SPAs é a perspectiva da Redução de Danos. (entrevistada 4)

Já outra entrevistada traz que no serviço em que trabalha, a redução de danos não é aderida por todos os profissionais.

Usávamos a perspectiva da RD na maior parte do tempo, mas nem todos os trabalhadores usavam esse referencial, embora fosse a diretriz institucional. (entrevistada 3)

Quando questionado se trabalham na perspectiva da redução de danos, a maioria dos entrevistados afirma que sim, que trabalham nesta lógica.

Sim. As estratégias são pensadas com o próprio usuário, a partir do contexto de uso e riscos atrelados. Existem estratégias padronizadas, como as orientações de se alimentar e hidratar entre cada dose, mas os usuários são singulares e as formas de uso e seus riscos são igualmente singulares. Para traçar boas estratégias o mais importante é ter uma escuta sensível às particularidades de cada sujeito. (entrevistada 1)

Nesta perspectiva os relatos a seguir trazem algumas das estratégias usadas.

Sim. São utilizadas diversas estratégias, desde as ações em campo realizadas pelos agentes de redução de danos, como orientações e acompanhamento dos usuários em campo (usuários que não acessam o serviço por diversos motivos), distribuição de insumos, até orientações em atendimento, ações informativas em grupos sobre a dinâmica e interação das substâncias no organismo, o que auxilia no empoderamento do sujeito perante suas decisões, além de alguns cuidados em relação à intoxicação (conforme alcance da infraestrutura do local, claro), quando avaliado que tal conduta pode e deve ser realizada no próprio serviço, entre outras ações compatíveis com a perspectiva teórica em questão, já que esta permeia o raciocínio clínico nesta instituição. (entrevistada 4).

(...) compreendendo que a redução de danos é reconhecer a centralidade e protagonismo do usuário do serviço na condução do seu processo terapêutico. Temos também realizado ações de redução de danos nas cenas de uso, com a distribuição de insumos (kit sniffs, piteiras de silicone, sedas, preservativos e folhetos explicativos sobre as substâncias, efeitos, estratégia de proteção e a rede de atenção psicossocial). A ação territorial é uma forma de acolher e cuidar das pessoas em situação de rua, que fazem uso de substâncias, estão nas cenas de uso e, muitas vezes, não conseguem ir até o serviço de saúde. Os insumos, para além de reduzir os danos do uso de substância, também são estratégicos para que estejamos nas cenas pois facilitam a comunicação com os sujeitos. (Entrevistada 6)

Outra entrevistada traz em seu discurso uma parte muito importante sobre a redução de danos, que seu foco é no indivíduo exclusivamente, e não na proibição de seu uso ou abstinência, algo que muitos profissionais ainda questionam:

Sim. Trabalhar na perspectiva da redução de danos é ter o foco no indivíduo (sua história, seus desejos, dificuldades e potencialidades) e não na substância que ele usa. Isso significa que a abstinência não será necessariamente o objetivo do tratamento (...). (entrevistada 2).

Já esta outra entrevistada mostra que alguns profissionais não a utilizam como algo benéfico, talvez justamente por não haver a proibição do uso e sim a conscientização do mesmo através das estratégias citadas acima das entrevistas.

Infelizmente a perspectiva de redução de danos não é compreendida como benéfica por todos os profissionais, sendo assim essa prática é direcionada a partir da perspectiva de cada profissional. Não são realizadas práticas pré definidas.(entrevista 5).

Faz-se necessário as práticas de redução de danos, pois é através delas que será feito a distribuição de insumos, a qual colabora para a prevenção de doenças devido ao compartilhamento de material entre os usuários. Conforme a portaria nº 1.028, de 1º de julho de 2005 a qual:

Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta portaria (Ministério da Saúde, 2005).

A "Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas" (Brasil, 2004) adota como referencial técnico-político a noção ampliada de redução de danos. Essa "lógica" implica reconhecer o uso de drogas como fenômeno humano e propor a redução de riscos e danos possivelmente causados por esse uso sem condicionar o tratamento à obtenção prévia ou final da abstinência (Pinheiro e Souza, 2012). Pressupõe também determinantes psicossociais e a participação ativa do usuário na reflexão sobre suas experiências e transformação de seu estilo de vida (PINHEIRO e SOUZA, 2012).

A referida "Política para Atenção Integral" enfatiza a responsabilidade do sistema de saúde público brasileiro de oferecer uma rede de alternativas para o acolhimento e tratamento de pessoas com problemas com álcool e outras drogas. (PINHEIRO e SOUZA, 2012).

A lógica de redução de danos envolve não somente a diminuição dos prejuízos físicos causados pelo uso crônico de drogas, mas também a redução dos prejuízos sociais e psicológicos (BRASIL, 2004).

Desse modo a Redução de Danos (RD):

Desenvolva-se por meio de ações de saúde dirigidas a usuários ou a dependentes que não podem, não conseguem ou não querem interromper o referido uso, tendo como objetivo reduzir os riscos associados sem, necessariamente, intervir na oferta ou no consumo (portaria nº 1.028, de 1º de julho de 2005).

Desenvolva-se por meio de ações de saúde dirigidas a usuários ou a dependentes que não podem, não conseguem ou não querem interromper o referido uso, tendo como objetivo reduzir os riscos associados sem, necessariamente, intervir na oferta ou no consumo (portaria nº 1.028, de 1º de julho de 2005).

Conforme a mesma portaria:

§ 2º As ações de informação, educação e aconselhamento devem, necessariamente, ser acompanhadas da distribuição dos insumos destinados a minimizar os riscos decorrentes do consumo de produtos, substâncias e drogas que causem dependência (portaria nº 1.028, de 1º de julho de 2005).

Pensando nisso, é de extrema importância os consultórios de rua, pois eles conseguem chegar até moradores de ruas e outras populações que não chegam até o serviço, conseguem realizar atividades e distribuição de insumos que muitas vezes o CAPS não consegue, devido a parte dos usuários não estarem vinculados ao CAPS. Isto se fez presente também nas entrevistas obtidas.

Temos também realizado ações de redução de danos nas cenas de uso, com a distribuição de insumos (kit sniffs, piteiras de silicone, sedas, preservativos e folhetos explicativos sobre as substâncias, efeitos, estratégia de proteção e a rede de atenção psicossocial). A ação territorial é uma forma de acolher e cuidar das pessoas em situação de rua, que fazem uso de substâncias, estão nas cenas de uso e, muitas vezes, não conseguem ir até o serviço de saúde. Os insumos, para além de reduzir os danos do uso de substância, também são estratégicos para que estejamos nas cenas pois facilitam a comunicação com os sujeitos (entrevistada 6).

A maioria das entrevistadas traz que o CAPS onde elas estão inseridas atua através da redução de danos como forma de cuidado, por esta centralizar o cuidado no usuário e não na abstinência. A portaria 1.028 define ações voltadas aos usuários que não conseguem ou não querem interromper o uso, sem intervir na oferta ou no consumo da mesma (Ministério da Saúde, portaria 1.028), desse modo os entrevistados contribuem falando que “Trabalhar na perspectiva da redução de danos é ter o foco no indivíduo (sua história, seus desejos, dificuldades e potencialidades) e não na substância que ele usa” (entrevistada 2), a redução de danos trabalha nesta perspectiva de cuidado centralizado ao usuário, ofertando a ele insumos para a prevenção de doenças, mas cabe ao usuário a decisão de interromper o uso, diminuir o uso, ou fazer da forma que ele acredita ser adequada para aquele momento, além disso a RD trabalha a conscientização e as consequências que as drogas causam:

Art. 4º Estabelecer que as ações de informação, educação e aconselhamento tenham por objetivo o estímulo à adoção de

comportamentos mais seguros no consumo de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, e nas práticas sexuais de seus consumidores e parceiros sexuais (portaria nº 1.028, de 1º de julho de 2005).

Além de “informações sobre os possíveis riscos e danos relacionados ao consumo de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência” (portaria nº 1.028, de 1º de julho de 2005).

Em abril de 2019, o Presidente Jair Messias Bolsonaro, através do decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019, revoga o Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002. Este novo decreto tem em seus princípios a busca pela abstinência, tratamento bem como o tratamento em comunidades terapêuticas conforme artigo 2.8.

2.8. As ações, os programas, os projetos, as atividades de atenção, o cuidado, a assistência, a prevenção, o tratamento, o acolhimento, o apoio, a mútua ajuda, a reinserção social, os estudos, a pesquisa, a avaliação, as formações e as capacitações objetivarão que as pessoas mantenham-se abstinentes em relação ao uso de drogas (DECRETO Nº 9.761).

Este novo decreto estabelece como objetivo a busca por uma sociedade protegida do uso de drogas ilícitas, dessa forma deixando para trás a redução de danos e tendo como foco principal a abstinência, além de reconhecer as comunidades terapêuticas como forma de tratamento aos dependentes químicos, bem como apoio financeiro a estas comunidades.

3.3. Garantir o direito à assistência intersetorial, interdisciplinar e transversal, a partir da visão holística do ser humano, pela implementação e pela manutenção da rede de assistência integrada, pública e privada, com tratamento, acolhimento em comunidade terapêutica, acompanhamento, apoio, mútua ajuda e reinserção social, à pessoa com problemas decorrentes do uso, do uso indevido ou da dependência do álcool e de outras drogas e a prevenção das mesmas a toda a população, principalmente àquelas em maior vulnerabilidade (DECRETO Nº 9.761).

3.4. Buscar equilíbrio entre as diversas frentes que compõem de forma intersistêmica a Pnad, nas esferas da federação, classificadas, de forma não exaustiva, em políticas públicas de redução da demanda (prevenção, promoção e manutenção da abstinência, promoção à saúde, cuidado, tratamento, acolhimento, apoio, mútua ajuda, suporte social e redução dos riscos e danos sociais e à saúde, reinserção social) e redução de oferta (ações de segurança pública, de defesa, de inteligência, de regulação de substâncias precursoras, de substâncias controladas e de drogas lícitas, além de repressão da produção não autorizada, de combate ao tráfico de drogas, à lavagem de dinheiro e crimes conexos, inclusive por meio da recuperação de ativos que financiem atividades do Poder Público nas frentes de redução de oferta e redução de demanda) (DECRETO Nº 9.761).

Conforme projeto de decreto n 122 de 2019 para a Câmara dos Deputados (2019).

A política de redução de danos não pode, sem qualquer respaldo científico, ser desconsiderada pelo Estado, visto que sabidamente é complementar à política de abstinência. Cerca de 70% dos usuários de drogas não conseguem atingir a abstinência e, por isso, diversos países têm avançado em políticas complementares, que garantam a redução de danos colaterais causados pelo uso de drogas.(projeto de decreto legislativo, 122, 2019).

Como podemos notar, nem todos os usuários que fazem uso de substâncias querem ou conseguem abster-se da droga, dessa maneira, ao priorizar a abstinência, o decreto acaba por afastar o atendimento em saúde aos usuários que não estão em abstinência, sendo este um empecilho para o cuidado em saúde dessas pessoas.

Outro ponto importante em ser pensando, é sobre o cuidado prestado nas comunidades terapêuticas, Perrone (2014) traz que são realizadas inúmeras denúncias e fiscalizações nas Comunidades terapêuticas, como em 2011 o Conselho Federal de Psicologia se deparou com práticas desumanas, semelhantes as que ocorriam nos primeiros hospitais psiquiátricos.

O movimento das CT no Brasil tem sofrido severas críticas ao longo da última década, assim como muitas denúncias e rigorosas fiscalizações, como a realizada em 2011 pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP)¹⁵, que se deparou com inúmeras e imperdoáveis práticas desumanas e iatrogênicas, que em muito se assemelhavam às práticas dos primeiros Hospitais Psiquiátricos, combatidos pelo movimento primitivo da Reforma Psiquiátrica, assim como pelo Movimento de Luta Antimanicomial no Brasil. (projeto de decreto legislativo, 122, 2019)

O Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos, foi elaborado pelo Conselho Federal de Psicologia, em 24 Estados com 68 instituições, dentro dessas instituições foram encontradas várias práticas desumanas praticadas dentro desses espaços, como por exemplo, agressões físicas e morais; cárcere privado; imposição de credo religioso; negligência de cuidados com a saúde; condições indignas de alimentação, habitação e saneamento básico dentre várias outras questões.

No estado do Rio Grande do Sul, foi realizado a pesquisa em 3 comunidades terapêuticas, segundo esta mesma pesquisa, o período do “tratamento” é de nove meses para os residentes particulares e de seis meses para os residentes do SUS.

A proposta metodológica é a dos Doze Passos. Os primeiros três meses são nomeados como desintoxicação.

A pesquisa ainda traz que de acordo com o monitor, a permanência na CT não é obrigatória, no entanto, a ausência de condições de saída, tanto no que diz respeito à distância geográfica da fazenda para o centro urbano, ou mesmo de qualquer meio de transporte, quanto pelo fato de não disporem de dinheiro algum para retorno ao município de origem, ainda traz que não há o contato com abrigos ou albergues dos municípios de origem ou de desejo de moradia dos internos, quando da manifestação de intenção de saída na interrupção ou no término do “tratamento”.

São usadas ameaças para controlar a permanência e obediência dos residentes. Observou-se que alguns residentes demonstravam medo em suas atitudes, o que ficava mais evidente no trato com o coordenador. Isto infringe o direito da pessoa, Na Lei de Drogas nº 11.343/2006, o art. 22º, inciso I, que prevê o respeito ao usuário e ao dependente de drogas, independentemente de quaisquer condições, observados os direitos fundamentais da pessoa humana, como um princípio.

Na nova lógica do Governo, um explícito retrocesso, ganha espaço a oferta das terapias em comunidades terapêuticas geridas, principalmente, por entidades religiosas, o que fere frontalmente o princípio da laicidade do Estado. Além disso, no Brasil, tais entidades geralmente não contam com uma equipe multidisciplinar, deixando de observar regulamentação do Ministério da Saúde (projeto de decreto legislativo, 122, 2019).

Pode-se observar que estas instituições são bastante controladoras, horários para todas atividades, ao saírem deste lugar não há perspectiva vida, afinal o tratamento é feito em um ambiente totalmente diferente do qual o sujeito está inserido, pois e um ambiente sem nem um tipo de contato com a substância, fato este que após sair, o sujeito estará em contato direto, pois a oferta de substância vai estar presente no cotidiano do sujeito ao retorna para o seu território.

Em audiência pública realizada em 21 de maio na Câmara dos deputados, uma das conclusões apresentadas é de que as alterações na Política Nacional sobre Drogas aprovadas pelo Decreto 9.761/2019 implicam tanto prejuízos aos usuários quanto os financiamentos com recursos públicos de estabelecimentos com características asilares que violam direitos humanos. (Ministério Público Federal, 2019).

Ainda nesta mesma audiência, traz que essa alteração na política privilegia o atendimento em meio fechado e regulamentam o financiamento das comunidades terapêuticas, diminuindo assim os investimentos que deveriam contemplar os serviços de caráter aberto da RAPS (rede de atenção psicossocial), com características territoriais, como por exemplos, os CAPS.

Segundo o representante da Plataforma Brasileira de políticas de Drogas, João Telésforo, acrescentou que a medida segue na contramão da avaliação da comunidade científica brasileira, de movimentos sociais e de comunidades de usuários, contrariando, ainda, as orientações da Organização das Nações Unidas (ONU) acerca do tema (Ministério Público Federal, 2019).

Sendo assim, existem estudos e discussões acerca deste tema, dos quais muitos apresentam que esta nova política não seja eficaz para o tratamento de usuário de drogas, tanto no que tange a abstinência do sujeito, quanto nas internações em comunidades terapêuticas, as quais foi comprovado que há uma negligência da saúde, como restrição aos meios de comunicação, privação de liberdade, dentre outros já citados no relatório da 4ª inspeção nacional de direitos humanos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este estudo pode-se observar que a Terapia Ocupacional é uma das profissões da área da saúde a trabalhar com usuários de substâncias psicoativas, como pode ser notado no decorrer das entrevistas, a profissão tem muito a contribuir no que se refere a ocupação humana dos sujeitos, podendo ser trabalhado de diversas maneiras, sendo em forma de grupos terapêuticos a qual ganhou-se mais destaque, tendo ainda atendimentos individuais, o que irá depender do projeto terapêutico singular desenvolvido junto com o usuário.

Sendo assim, o terapeuta ocupacional vem a contribuir junto com os outros profissionais da saúde mental, tendo como principal contribuição a ocupação humana, afinal, este é o cerne da profissão, e por consequência compreender o sujeito no seu meio e poder ser um facilitador neste processo de cuidado e autonomia que o usuário busca, uma vez que a autonomia esta diretamente ligada a ocupação humana, a qual é o foco da TO.

Ainda, nas entrevistas, foi dada ênfase no papel o terapeuta ocupacional como um agente que possibilita trabalhar com as potencialidades dos usuários, articulando com as demandas que os usuários tem, investindo principalmente nessas potências para assim trazer esse sujeito a vida cotidiana da melhor forma possível.

Foi observado que a RD estava ganhando espaço no cuidado ao usuário, estando presente na maioria dos entrevistados, desse modo mostrando a sua importância no tratamento dos sujeitos, as políticas estavam avançando deste sentido, pensando que isto não é algo que se resolve a curto prazo, porém as perspectivas proibicionistas ainda se fazem presente, fato que está explícito no decreto 9.761 de 2019, o que se refere aos interesses de uma vertente mais moralista e de caráter religioso presente na atualidade do poder público, além do fato de se associar ao tratamento em comunidades terapêuticas, também com caráter religioso, vale lembrar que o estado é laico.

Os problemas decorrentes do uso abusivo de substâncias não serão resolvidos de uma hora para outra, muito menos com retrocessos, no qual isolavam-se as pessoas em lugares distantes causando uma sensação de que estes locais tratavam e que a sociedade vivia sem maiores problemas, ou seja, escamoteava-se a loucura e as consequências do uso abusivo,

Por fim, acredito que a profissão vem a somar junto com outras profissões no campo da saúde mental, atuando assim com usuários que fazem uso abusivo de drogas e reinserindo este no meio social com práticas pautadas no seu território, e voltadas as potências que os mesmo possuem, param assim se desenvolver cada vez mais sabendo que o campo da saúde mental é algo complexo e envolve questões de saúde e também questões de ordem social, econômica, cultural, religiosa, assim para atuar neste campo juntamente com esta problemática faz-se necessário, uma atuação interdisciplinar e inter setorial.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

____. **DECRETO Nº 9.761, DE 11 DE ABRIL DE 2019.** Aprova a Política Nacional sobre Drogas. **Diário oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 11 abr. 2019. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm>. Acesso em: 12 jun. 2019.

BONFIM, V. S. Gadamer e a experiência hermenêutica. **Revista CEJ**, Brasília, ano XIV, n. 49, p. 76-82, jun. 2010.

BRASIL. Decreto-lei n.891 de 25 de novembro de 1938. Aprova a lei de fiscalização de Entorpecentes. **Casa civil**, Rio de Janeiro, 25 de nov. 1938. Disponível :< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1937-1946/Del0891.htm > acesso 26 de jun. 2018.

___. Lei n. 1.028, de 1 de julho de 2005. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 1 jul. 2005. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html>. Acesso em: 06 jun. 2019.

___. Lei n. 1.028, de 1 de julho de 2005. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 1 jul. 2005. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html>. Acesso em: 06 jun. 2019.

___. LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Casa civil**, Brasília, DF, 19 de set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em 17 abr. 2019.

___. **Ministério da Defesa**. Drogas lícitas e ilícitas. Disponível < <https://www.marinha.mil.br/saudenaval/content/drogas-l%C3%ADcitas-e-il%C3%ADcitas>> acesso 13 ago. 2018.

___. **Ministério da Justiça**. Programa Crack é possível vencer?. Disponível <<http://www.justica.gov.br/programas-e-planos/crack>> acesso 24 ago.2018.

___. **Ministério da saúde** Portaria nº336 de 19 de fev. de 2002., 19 fev. 2002. Disponível <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html> acesso 03 jul. 2018.

___. **Ministério da saúde**. Portaria n. 816 de 30 de abril de 2002. Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas de 30 de abril de 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0816_30_04_2002.html>. Acesso em 13 jun. 2018.

___. **Ministério da saúde**. Disponível em < http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_consultorio_ua.php> acesso 22 ago. 2018.

___.**Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde)

___.**Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

___Portaria 854/SAS. Sobre novos procedimentos de CAPS. **Ministério da saúde**, Brasília, DF, 22 ago. 2012.

___Portaria nº3.088 de 23 de dez 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). **Ministério da saúde**, 23 dez. 2011. Disponível <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html> acesso 03 jul. 2018.

___Redução de danos. **Ministério da justiça e segurança pública**, Brasília, DF. Disponível em: <<https://www.justica.gov.br/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/backup-senad/acervo-historico/prevencao-e-tratamento/reducao-de-danos/reducao-de-danos>>. Acesso em: 11 jun. 2019.

___Resolução nº 466 de 12 de dez. de 2012. **Ministério da saúde**, 11 dez. 2012. Disponível <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html> acesso 03 jul. 2018.

___Resolução nº 510 de 07 de abr. de 2016. **Plenário do Conselho Nacional de Saúde**, 06 de abr. 2016. Disponível <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/reso510.pdf>> acesso 03 jul. 2018.

___Jornal brasileiro de psiquiatria: Rio de Janeiro. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 2003. v.52, n. 5, out.2003. In: DIAS, J. C. et al. **Redução de danos: posições da associação brasileira de psiquiatria e da associação brasileira para estudos de álcool e outra drogas**. v.52, n. 5, p.341-348, out.2003.

BRUNELLO, M. G. F. et al. O vínculo na atenção á saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). **Acta Paul Enferm**, São Paulo, p. 131-135, 2010.

BUCHER, R(Org.). As drogas e a vida: uma abordagem biopsicossocial. In: TOTUGUI, M. L. **Visão histórica e antropológica do consumo de drogas**. São Paulo: EPU, 1998. Cap. 1, p. 1-7.

BUCHER, R(Org.). As drogas e a vida: uma abordagem biopsicossocial. In: GOLÇALVES, E. C. **Alguns conceitos referentes à toxicomania**. São Paulo: EPU, 1998, cap. 2, p. 9-14.

CAMARA DOS DEPUTADOS. **Projeto de decreto legislativo nº 211, de 2019**. Susta os efeitos do Decreto Nº 9.761, de 11 de abril de 2019, assinada pelo

Presidente da República, que aprova a Política Nacional de Drogas. Disponível em: <<http://psol50.org.br/wp-content/uploads/2019/04/PDL-122-2019.pdf>>. acesso em: 21 jun. 2019.

CAMPOS, G. W. S. Efeito torre de babel: entre o núcleo e o campo de conhecimento e de gestão das práticas: entre a identidade cristalizada e a mega-fusão pós-moderna. **Ciência e saúde coletiva**, São Paulo, v.12, n. 3, p.566 – 585, 2007.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas, **Ciência e saúde coletiva**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 219 – 230, 2000.

CARDOSO, M. F.; SANTOS, A. C. B.; ALLOUFA, J. M. L; Sujeito, Linguagem, Ideologia, Mundo: Técnica Hermenêutico-dialética para Análise de Dados Qualitativos de Estudos Críticos em Administração. Rio de Janeiro, set.2013.

CASTRO, E. D.; LIMA, E. M. F.; BRUNELLO, M. I. B. Atividades humanas e Terapia Ocupacional. p.41-59.

COMISSÃO NACIONAL DE DIREITOS HUMANOS, CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (orgs). **Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas**. Brasília: DF, 2011.p. 200 . Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (Coffito). Terapia Ocupacional – Definição. Disponível em <https://www.coffito.gov.br/nsite/?page_id=3382> acesso: 24 out. 2018

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL da 15ª região (Crefito 15). A Terapia Ocupacional no tratamento da dependência química. Disponível em: <<http://www.crefito15.org.br/a-terapia-ocupacional-no-tratamento-da-dependencia-quimica-maior-gratificacao-e-fazer-a-diferenca-no-cuidado-e-na-vida-da-pessoa-que-estava-em-sofrimento/>>. Acesso em 24 out. 2108.

DALGALARRONDO, P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. In: DALGALARRONDO, P. **Síndromes relacionadas a substâncias psicoativas**. 2.ed. São Paulo: Artmed, 2008. Cap. 33, p. 344-350.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. (org). **Métodos de pesquisa**. Rio Grande do Sul: UFRGS, 2009. p. 31-42.

GODOY, A. S. **Pesquisa qualitativa tipos fundamentais**. São Paulo, v. 35, n.3, p. 20-29, jun.1995.

Guimarães, S.; Guazzelli, C. T. Oficinas terapêuticas: formas de cuidado em saúde mental na atenção básica. **Uniedu**, Santa Catarina, p.1-20, fev. 2016.

JUNS, A. G.; LANCMAN, S. O trabalho interdisciplinar no CAPS e a especificidade do trabalho do terapeuta ocupacional. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 27-35, abr. 2011.

LIMA, E. M. F. A análise de atividade e a construção do olhar do terapeuta ocupacional. **Ver. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 42-48, ago., 2004.

MACHADO, L. V.; BOARINI, M. L. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v.33, n.3, 2013.

MATOS, S. Participação da família no processo de tratamento do dependente químico. **Uniedu**, Santa Catarina, p. 1-26, fev. 2017.

MINISTERIO PÚBLICO FEDERAL. PFDC questiona alterações na Política Nacional sobre Drogas. Procuradoria-Geral da República. 22 mai. 2019. Disponível em: <<<http://www.mpf.mp.br/pgr/noticias-pgr/pfdc-questiona-alteracoes-na-politica-nacional-sobre-drogas>>>. Acesso em: 24 jun. 2019.

MONTREZOR, J. B. A terapia ocupacional na prática de grupos e oficinas terapêuticas com pacientes de saúde mental. **Cad. Ter. Ocup. UFScar**, São carlos, v. 21, n. 3, p. 529-536, 2013.

NUNES, L. M.; JÓLLUSKIN, G. O uso de drogas: breve análise histórica e social. **Revista da faculdade de ciências humanas e sociais**, p.230-237. 2007.

PASSOS, E. H.; SOUZA, T. P. **Redução de danos e saúde pública: construções alternativas a política global de “guerra as drogas”**. Minas Gerais: Psicologia e Sociedade, vol. 23, n. 1, abril, 2011, p. 154-162.

PERRONE, P. A.K. **A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica?**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, ano 19, n. 02, p. 569-580, fev. 2014.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. **O processo saúde e doença e a dependência química: interfaces e evolução**. Psicologia: Teoria e Pesquisa, Brasília, v. 25, n. 2, p. 203-211, jun 2009.

RIBEIRO, L. A. *et al.* As oficinas terapêuticas nos centros de atenção psicossocial. **Rev. Min. Enfem**, Minas Gerais, p. 516-522, dez. 2008.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de saúde. **Atenção básica do Rio Grande do Sul**. Disponível em:< <https://atencobasica.saude.rs.gov.br/oficinas-terapeuticas>>. Acesso em:25 abr.2019.

SILVA, P. P .C. *el al.* **Rev Bras Ciênc Esporte**. Práticas corporais no Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas: a percepção dos usuários, Rio Grande do Norte, p. 1-9, out. 2018. Disponível em:<<<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-854-22-AGOSTO-2012.pdf>>> Acesso em: 17 abr. 2019.

SOUZA, L. G. S.; PINHEIRO, L. B. **Periódicos eletrônicos de psicologia. Oficinas terapêuticas em um Centro de Atenção Psicossocial – álcool e drogas**, Pepsic, Canoas, p. 218-227 dez. 2012.

UNODC. **United Nations Office on Drugs and Crime**. Disponível em <<http://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2017/06/cerca-de-29-5-milhes-de>>

peessoas-em-todo-o-mundo-sofrem-de-transtornos-provoados-pelo-uso-de-drogas--os-opiides-so-os-mais-prejudiciais_-aponta-relatrio-mundial-sobre-drogas-2017-do-unodc.html> Acesso em: 13 jun. 2018.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, Campinas, p. 203-220, dez. 2014.

APENDICE B PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP