

Conceitos de construção de autonomia sob o paradigma psicossocial no campo do cuidado a usuários de substâncias psicoativas

Concepts of construction of autonomy under the psychosocial paradigm in the field of care for psychoactive substances users

Matheus Eduardo Rodrigues Martins (<http://orcid.org/0000-0002-4761-9252>)¹

Fatima Buchele Assis (<http://orcid.org/0000-0002-4661-9031>)¹

Carolina Carvalho Bolsoni (<http://orcid.org/0000-0003-1246-0218>)¹

Abstract *The psychosocial paradigm in the field of drugs focuses on the suffering individual in relation to the social reality and values the uniqueness of users and professionals for the development of health care. A concept that bases these characteristics, and that comes from different theoretical frameworks, is the construction of autonomy. However, there is no study in the literature that summarizes it in its different meanings. This article aimed to systematize the concepts of autonomy construction under the psychosocial paradigm in the field of drugs. The methodology used was the integrative review. We searched, in the Psycinfo, PubMed, BVS and Web of Science databases, studies that analyzed the care process using the construction of autonomy. These concepts, their theoretical references and their foundations were identified and systematized. Among the 22 studies, there are concepts based on six theories, such as collective health and harm reduction. It could be considered that the construction of autonomy is a process that mobilizes different actions, such as co-responsibility and territorial sociopolitical action; which can be systematized in three inter-related dimensions; and which has different epistemological roots, such as the psychiatry of deinstitutionalization.*

Key words *Autonomy, Drugs, Mental health services*

Resumo *O paradigma psicossocial no campo das drogas traz foco ao sujeito em sofrimento na relação com sua realidade social e valoriza a singularidade de usuários e profissionais para o desenvolvimento da atenção em saúde. O conceito que embasa essas características, proveniente de diversos arcabouços teóricos, é o de construção de autonomia. Porém, não há na literatura estudo que o sintetize em suas diferentes acepções. Este artigo objetivou sistematizar os conceitos de construção de autonomia sob o paradigma psicossocial no campo das drogas. A metodologia utilizada foi a revisão integrativa. Pesquisou-se, nas bases Psycinfo, PubMed, BVS e Web of Science, estudos que analisaram o processo de cuidado utilizando a construção de autonomia. Foram identificados esses conceitos e suas referências teóricas, e sistematizados seus fundamentos. Entre os 22 estudos, há conceitos embasados em seis teorias, como a saúde coletiva e a redução de danos. Pôde-se considerar que: a construção de autonomia é um processo que mobiliza diferentes ações, como a corresponsabilização e a atuação sociopolítica territorial; pode ser sistematizada em três dimensões interrelacionadas; e detém diferentes raízes epistemológicas, como a psiquiatria da desinstitucionalização.*

Palavras-chave *Autonomia, Drogas, Serviços de saúde mental*

¹ Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde, Campus Universitário, Trindade. 88040-900 Florianópolis SC Brasil. matheus.rodrigues@ufsc.br

Introdução

Os serviços e ações direcionados ao cuidado em saúde a pessoas que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas se consolidaram no início dos anos 2000, sobretudo com a Política para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas^{1,2,3} – mesmo que continuassem disputando espaço com as políticas proibicionistas e punitivistas vigentes^{2,3}. Até então, as políticas de Estado relacionadas às drogas por muito tempo estiveram confinadas ao estreito e violento espaço das políticas policiais, carcerárias e/ou manicomial (políticas de segurança pública e justiça), sendo que a abordagem aos usuários, quando ocorria, era feita pela lógica de controle e punição^{2,3}.

Esse novo direcionamento das políticas relativas às drogas fundamentado na Política para Atenção Integral¹ efetivou um conjunto de teorias e práticas de cuidado que vinham sendo desenvolvidas em diferentes locais, como a atenção psicossocial (CAPS/NAPS) e as estratégias de redução de danos, alinhadas ao sistema público desenvolvido sob o campo da saúde coletiva. Conjunto que passou a ser compreendido como paradigma psicossocial, ou da saúde coletiva, no campo das drogas^{4,5}.

Esse conjunto detém em comum, como importante pilar, a contraposição ao modelo biomédico-psiquiátrico e moral, que associado a políticas econômico-liberais conforma a “Guerra às drogas”^{2,6}. Este modelo foi muito criticado, nas últimas décadas do século XX, por apresentar-se ineficaz diante do perfil epidemiológico, das necessidades populacionais e na efetividade do planejamento em saúde^{7,8}.

Dessa forma, o novo paradigma baseado tanto em processos empíricos quanto no conceito ampliado de saúde desenvolveu novas concepções no terreno coletivo do cuidado. Colocou em evidência as condições de produção e reprodução da vida das populações, os vínculos estabelecidos sob essas condições e a singularidade dos sujeitos⁹. Inaugura-se uma valorização das potencialidades de usuários e profissionais, o que proporcionou novas perspectivas de reflexão e ação^{10,11}. Compreendeu-se que não só as ações institucionais incidem sobre a saúde dos sujeitos e grupos, mas que as ações comunitárias podem e devem incidir sobre a saúde e a construção das práticas de cuidado. Conceito que unifica a importância da subjetividade e do protagonismo dos sujeitos e o de construção de autonomia^{12,13}.

A construção de autonomia, em termos gerais, busca resgatar o valor social e o poder con-

tratual dos usuários, e que estes sejam corresponsáveis no processo terapêutico¹²⁻¹⁴. Amarante¹⁵, por exemplo, enfatiza que a principal maneira de avaliar os serviços provenientes da reforma psiquiátrica deve ser o grau de autonomia construído entre usuários, profissionais e sociedade, e que deve sempre ocorrer um estranhamento das ações e dos locais de cuidado, para evitar que a transformação da lógica de cuidado não se torne meramente uma reorganização tecnocrática e institucional.

Entretanto, por mais que esse conceito, sob a égide de teorias diversas, seja fundamental e detenha semelhanças em suas diferentes acepções, estas detêm conformações históricas e genealogias distintas, e embasam ações diversas. Exemplos provêm em grande parte da atenção psicossocial, da promoção da saúde e dos preceitos da saúde coletiva. Tais como a humanização dos serviços^{9,10,14}, por meio da coconstrução de autonomia e cogestão¹⁴, compartilhamento de saberes populares e técnicos^{13,14}, potencialização de vínculos territoriais^{12,15}, atuação dos ACS e equipes NASF¹⁵, e as estratégias de RD, como a distribuição de kits de aplicação segura nas cenas de uso de drogas.

Não há, porém, estudo que congregue as diferentes noções relativas à construção de autonomia no campo do cuidado a usuários de substâncias psicoativas. E o embate prático e político com o paradigma da guerra às drogas tem sido intenso, o que pode fazer com que o desenvolvimento da construção de autonomia, ocorrido nos anos de concretização do paradigma psicossocial, possa ser perdido. Exemplo desse embate é o esvaziamento da RD na política nacional sobre drogas, por meio do decreto presidencial nº 9.761/2019. Além de grandes investimentos públicos que vêm ocorrendo em comunidades terapêuticas, superando o financiamento de toda a Rede de Atenção Psicossocial RAPS¹⁶.

Dessa forma, o objetivo deste estudo é apresentar os conceitos de construção de autonomia que embasam a produção científica acerca do cuidado a usuários de drogas no Brasil, possibilitando produzir uma importante sistematização conceitual, inclusive para embasar avaliações sobre mudanças em curso nas políticas de saúde mental e drogas.

Método

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica de cunho qualitativo. Seguiu as etapas de realização de revisões integrativas de literatura^{17,18}.

A revisão integrativa objetiva determinar o conhecimento científico já desenvolvido acerca de um assunto por meio da análise e síntese de uma gama de estudos sobre o mesmo conteúdo. No campo saúde, propicia a sistematização não apenas de práticas e protocolos, mas uma compreensão crítica e conceitual, visto que pode integrar pesquisas de áreas e metodologias diversas^{17,18}. Ercole *et al.*¹⁸ afirmam que a variedade na amostra, em conjunção com a multiplicidade de finalidades, proporcionam “um quadro de conceitos complexos, teorias ou problemas relativos ao cuidado na saúde” (p. 9). Assim, ao se adotar tal método, podem ser agregadas e analisadas compreensões diversas relativas à construção de autonomia no campo do cuidado a pessoas em uso abusivo de substâncias psicoativas.

Seleção e organização

No período de agosto a setembro de 2019 foram realizadas as buscas nas bases de dados Psycinfo, PubMed, BVS e Web of Science. As buscas seguiram um protocolo adequado a cada base, conforme descritores ou palavras-chave encontradas em seus *thesaurus/Decs*. Assim, cada uma delas foi acessada com os descritores a seguir, com termos no singular e no plural.

Protocolo em português: (Serviço de saúde mental, Serviço de higiene mental, Centro de atenção psicossocial, Centro de Tratamento de Abuso de Drogas, Caps, caps-ad, Consultório na rua, Unidade Básica de Saúde, Atenção Primária, Saúde da Família) AND (Usuário de drogas, dependente químico, drogadito, farmacodependente, drogas de abuso, drogas recreativas, drogas, crack, cocaína, álcool) AND (Autonomia, autonomia pessoal, empoderamento, cidadania, direitos do paciente, direitos civis).

Em inglês: (Mental Health Services, Mental Hygiene Services, Drug Rehabilitation Centers, Drug Treatment Centers, Psychosocial Care Centers, caps, Primary health care, Family health, Street clinic, Street outreach office) AND (Drug User, Drug Abuser, Addict, drug-dependent, stoner, junkie, drugs, crack, cocaine, alcohol, street drugs, drug abuse) AND (Personal autonomy, free will, self-determination, empowerment, freedom of choice, Civil rights, client Rights, Interpersonal control, autonomy, Patient's rights).

Após a pesquisa nas bases com os protocolos e a retirada dos estudos duplicados no programa End-Note Web, foram aplicados os critérios de exclusão e inclusão. Foram cinco critérios de exclusão: 1) população não brasileira, 2) temática

distinta do objetivo, 3) local de estudo não ser um serviço da RAPS, 4) não abordar ou possibilitar análise da autonomia e 5) não deter dados primários.

E foram selecionados estudos que: 1) abordassem o conceito de autonomia nos serviços brasileiros públicos de atenção a usuários de drogas e 2) detivessem dados primários. Após a verificação dos critérios, restaram 19 artigos. Foi realizada a leitura das referências desse conjunto e três outros estudos que satisfazem os critérios de seleção foram adicionados. A seleção está sintetizada na Figura 1.

Para os resultados aqui apresentados, seguimos os passos para análise de dados qualitativos desenvolvidos por Minayo¹⁹, que incluem: ordenação dos dados, classificação e análise final. A etapa de ordenação corresponde ao mapeamento dos dados encontrados. A etapa de classificação visa ao levantamento de informações relevantes acerca dos dados, com base em questionamentos que se sustentam na fundamentação teórica, podendo ser realizada a elaboração de categorias-síntese. Na etapa de análise final, busca-se articulações entre os dados e os referenciais teóricos, que devem ser direcionadas para os objetivos da pesquisa.

Processo de análise

Após leitura exaustiva, foram ordenados os conceitos de construção de autonomia e suas referências. Eles estão apresentados no Quadro 1. Após apresentação dos conceitos, estes são explanados, buscando-se evidenciar seus fundamentos, seguindo sua teoria de base: atenção psicossocial, promoção de saúde e saúde coletiva, campo prático-teórico da RD, teoria das redes de suporte e teoria do cuidado.

Posteriormente, foram destacadas categorias que emergiram da explanação dos conceitos e que sintetizam a construção de autonomia. Por exemplo: “resgate de poder contratual”, “corresponsabilidade”, “desenvolvimento de vínculos de emprego ou geração de renda”, entre outros. Essas categorias foram organizadas por meio de três dimensões, sendo apresentadas no ponto “Síntese dos conceitos” e por meio da Figura 2.

Resultados e discussão

Inicialmente, apresentamos no Quadro 1 os 22 estudos selecionados, junto aos conceitos de construção de autonomia, a teoria que os fundamenta e a referência teórica.

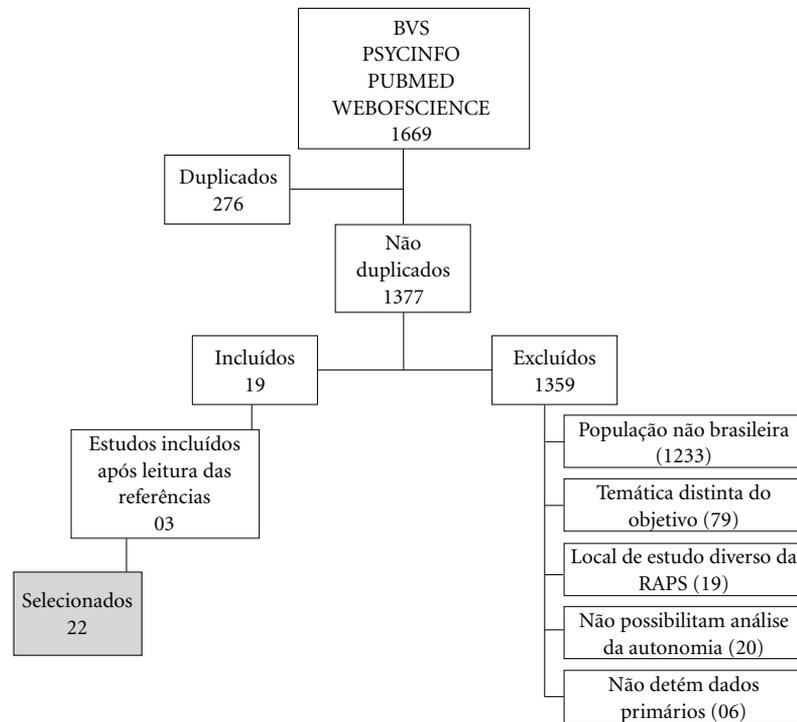


Figura 1. Percurso de seleção.

Fonte: Autores.

A atenção psicossocial foi campo teórico para nove conceituações a respeito da construção de autonomia. A estratégia de RD apareceu em seis. A promoção de saúde fundamenta um conceito. Outros dois detêm influência da promoção da saúde e da saúde coletiva. Esta última embasa outros dois conceitos. Outras duas teorias embasaram outros dois conceitos, a teoria das redes de suporte e a teoria do cuidado em enfermagem. São explanados a seguir os fundamentos desses conceitos encontrados, conforme suas referências.

Atenção psicossocial: entre as referências encontradas sob o campo da atenção psicossocial estão Kinoshita¹², Costa-Rosa *et al.*²⁰, Luzio et L'abatte²¹, Yasui²², a Política Nacional de Atenção Integral³, a Portaria 3088/11²³ e o relatório Saúde Mental no SUS²⁴.

Luzio e L'abatte²¹, ao descreverem as experiências das redes de Santos, São Paulo e Campinas, destacam o processo direcionado a transformar a prática terapêutica nesses municípios, antes centrada na concepção de doença ou distúrbio, e com vistas à promoção de autonomia. Definem a necessidade de uma terapêutica centrada na vida

cotidiana dos usuários, na relação com as instituições de saúde e a sociedade. Expressam que a proposta dos novos serviços fora criar uma rede de sociabilidade capaz de fazer emergir a instância terapêutica. Logo, era necessário uma coletividade na qual houvesse “a circulação da fala e da escuta, da experiência, do fazer concreto e da troca, do desvelamento dos sentidos, da elaboração e tomada de decisão”²¹ (p. 285).

As autoras expressam, ainda, a importância de instâncias para além dos serviços, como as associações de usuários. Um exemplo é a Associação Franco Basaglia, criada por usuários e profissionais do CAPS Luiz da Rocha. Sua finalidade era “promover a autonomia e maior abrangência da clientela, incentivar a participação da família e de outros segmentos sociais, viabilizar a gestão extraclínica da vida dos usuários (de forma a ampliar o poder contratual e as possibilidades de trocas afetivas e materiais)”²¹ (p. 285).

Essas noções foram aos poucos sendo consolidadas pelos órgãos públicos, como a prefeitura de São Paulo, que no programa de saúde mental, à época, apresentava duas premissas: “o sofrimento psíquico era parte integrante e indissociável do

Quadro 1. Conceitos de construção de autonomia, campo teórico e referência de base.

	Título	Conceitos de CA	Teoria base	Referência do conceito
1	Strategies of care for adolescent users of crack undergoing treatment	Promoção de autonomia	Atenção psicossocial	Portaria 3.088/12 e Política Nac. (Brasil, 2003)
2	An exploration of relational autonomy of people with substance use disorders	Autonomia relacional	Ética feminista e RD	McLeod e Sherwin (2000)
3	Cuidado aos usuários de drogas: entre normatização e negação da autonomia	Construção/ampliação de autonomia	Redução de danos	Sodeli (2010)
4	Homeless crack cocaine users: territories/territorialities in constitution of social support networks for health	Redes de suporte (<i>Support network</i>)	Redes de Suporte	Lacerda (2010)
5	Cuidado ao consumidor de drogas: percepção enfermeiros Saúde da Família	Promoção de cidadania e autonomia	Atenção psicossocial	Lacerda e Rojas (2017) base Luzio e L'abatte (2006)
6	O cotidiano de adolescentes em um CAPSAD: realidades e desafios	Protagonismo e corresponsabilidade	Redução de danos	Santos, Soares e Campos (2010)
7	Responsabilização e participação: como superar o caráter tutelar no CAPSAd?	Construção de autonomia	Redução de Danos	Pinto et al (2015) base em IHR (2010)
8	Significados e sentidos atribuídos ao CAPSAd pelos usuários: estudo de caso	Promoção de autonomia	Atenção psicossocial	Brasil, 2011. PT 3088 Luzio et l'abatte (2006)
9	Experiências de adolescentes em uso de crack e seus familiares com a atenção psicossocial e institucionalização	Promoção de autonomia e inclusão social	Atenção psicossocial	Yasui (2011)
10	Autonomia e reinserção social: percepção de familiares e profissionais que trabalham com RD	Autonomia e reinserção social	Atenção psicossocial	Souza et al. (2016), Duailibi (2012), base Kinoshita (2001)
11	Harm reduction and tensions in trust and distrust in a mental health service	Autonomia relacional e autoconfiança	Ética feminista e RD	McLeod e Sherwin (2000)
12	O trabalho da equipe orientado pelas motivações dos usuários no CAPSAd	Construção de autonomia	Promoção saúde/saúde coletiva	Jorge et al. (2011), base em Campos (2007)
13	Biopolítica na assistência aos usuários de álcool e outras drogas	Produção/ampliação de autonomia	Saúde coletiva	Merhy, 2002
14	A percepção dos usuários a abordagem de álcool e drogas na atenção primária	Aumento de liberdade e corresponsabilidade	RD	Brasil, Política Nacional (PAIUAD) (2004)
15	Demandas de autocuidado em grupo terapêutico: educação em saúde com usuários de substâncias psicoativas	Autocuidado com coparticipação	Teoria do cuidado	Orem (2001)
16	O CAPSAd sob a percepção do usuário	Aumento de autonomia e cidadania	Atenção psicossocial	Brasil. Saúde Mental no SUS (2004)
17	Cuidado aos usuários de um CAPSAd: uma visão do sujeito coletivo	Construção/ampliação de autonomia	Saúde coletiva	Merhy (1994)
18	Terapia comunitária como recurso de abordagem do abuso do álcool na atenção primária	Empoderamento	Promoção saúde/saúde coletiva	Carvalho (2004)
19	Práticas Assistenciais no CAPSAd	Resgate de cidadania e autonomia	Atenção psicossocial	Kinoshita (2001)
20	Reabilitação psicossocial dos usuários de álcool e outras drogas: concepção de profissionais de saúde	Resgate de autonomia	Atenção psicossocial	Kinoshita (2001)
21	Modelo atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas	Resgate do poder de contratualidade	Atenção psicossocial	Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003)
22	Vínculos e redes sociais de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas sob tratamento em CAPSAd	Empoderamento	Promoção saúde	Andrade e Vaitsma (2002) base Labonte (1994), Israel (1994)

Fonte: Autores.

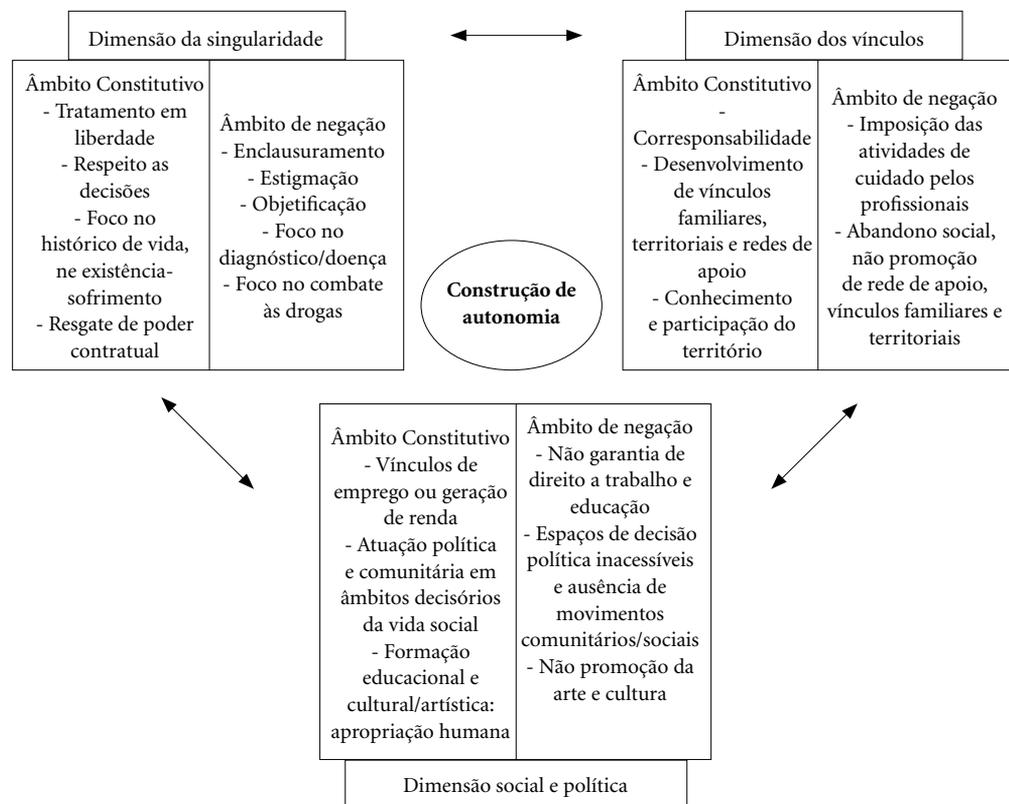


Figura 2. Síntese das dimensões da construção de autonomia.

Fonte: Autores.

sofrimento global dos indivíduos submetidos a desigualdades sociais” e a política de saúde mental deveria romper “com o modelo hegemônico centrado nas interações psiquiátricas e práticas manicomialis”²¹ (p. 286).

De maneira muito semelhante, Costa-Rosa et al.²⁰ destacam termos como a valorização do sujeito, a emancipação e o poder de contratualidade social. Assim, também se direciona à abordagem de Yasui²², que expressa que a Reforma Psiquiátrica fora uma disputa política que visava uma transformação social, contrapondo ideias de autonomia e solidariedade a controle e segregação. A Política Nacional³ também preconiza ações territoriais e a construção de redes de suporte. Expressa que é dever do SUS proporcionar a construção da corresponsabilidade e de uma perspectiva ampliada da clínica³ (p. 11).

A construção de autonomia na atenção psicossocial, portanto, concebe que os sujeitos devem ser considerados detentores de valor social e poder de decisão; que esses se modificam com a qualidade dos vínculos com a alteridade; além

disso, esses vínculos se desenvolvem sob condições sociais que garantem mais, ou menos, possibilidades de vida. Esse conjunto de concepções encontra as principais raízes epistemológicas, conforme Amarante^{15,25} e Nicácio e Campos²⁶, na psiquiatria da desinstitucionalização. Essa raiz epistemológica é apresentada a seguir²⁷⁻³⁰.

Para os autores desse movimento, o que demarca o que é designado como loucura e descontrole é a relação conflituosa da sociedade com os indivíduos no desenvolvimento concreto de suas vidas^{27,29}. Giovanni Jervis, autor do *Manual crítico de psiquiatria*, expressa que o distúrbio é resultado “de uma condição existencial global. Essa condição de vida é em geral dominada pelas contradições materiais, antes de ser dominada pelas contradições psicológicas. Pode-se reconhecer que existe uma série de fatores com uma importância grande na determinação dos distúrbios mentais”²⁷ (p. 132). Entre esses fatores, expressa a miséria com suas dificuldades materiais e morais, a violência doméstica, a educação opressora, condições alienantes de trabalho etc.

A esses indivíduos, a sociedade e suas instituições, na impossibilidade de readaptação à mesma norma que acarreta adoecimento, resguarda a estigmatização e exclusão – em vez de acolher a existência em sofrimento e proporcionar a transformação coletiva dessa realidade. Isso ocorre sobretudo para aqueles que não possuem poder e valor socioeconômico, com os quais poderiam se contrapor ao estigma de descontrolados ou doentes^{27,30}.

A psiquiatria da desinstitucionalização, portanto, baseia-se no resgate de uma vida autônoma, restituir o poder contratual do indivíduo frente ao inevitável contrato com a sociedade^{29,30}. Pois sob o diagnóstico de descontrole psicológico, a ciência médica destitui o indivíduo de poder sobre si, ficando sobre o crivo dos profissionais que executam o tratamento. Para aqueles em processo de institucionalização mais profunda, decorrente de uma vida de diagnósticos e internações, Basaglia³⁰ expressa ser necessário, antes de tudo, resgatar a inconformidade: “Seria mais importante que nos esforçássemos para despertar nele um sentimento de oposição ao poder que até agora o determinou e institucionalizou, antes mesmo de construir em torno dele o espaço acolhedor e humano do qual necessita”²⁹ (p. 116).

Assim, o resgate de poder perpassa uma dimensão evidentemente relacional. Pois tão somente com o reconhecimento enquanto pessoas (e não objetos) os indivíduos não encontram a situação de liberdade; encontram na verdade um vazio^{28,29}. Têm que realizar a reconstrução de vínculos, exercer na prática seu valor. Pois frente às instituições sociais, aos papéis a serem desempenhados, as decisões de uma pessoa podem afetar outras, bem como as decisões de grupos afetam o indivíduo. É necessário, na promoção de autonomia, um tensionamento processual dessa relação frente à realidade social: “a transformação institucional deveria agir no contexto da relação que une os termos opostos dessa relação, para negar a oposição evidente. Isso significa que termos contraditórios como escravidão e liberdade, dependência e autonomia, não podem ser entendidos como um oposto ao outro”²⁸ (p. 149).

Isto é, desenvolver relações autônomas exige responsabilidade para com o outro. Na desinstitucionalização, por exemplo, seja o usuário, o profissional ou o familiar, é necessário buscar lidar com as tensões das relações, enfrentando o retorno à autoridade/autoritarismo.

O tensionamento entre os papéis no tratamento ainda perpassa a tomada de consciência^{27,31}. Basaglia, baseado em Gramsci, assim de-

envolve seu pensamento quando expressa que os técnicos de saúde devem se contrapor ao próprio poder. O autor vincula o termo “técnico” ao de “funcionário do consenso”: os intelectuais legitimadores da violência institucional. Em contraposição, é necessário que os profissionais preocupados com a pessoa em sofrimento disputem a hegemonia do poder onde esse acontece, no território junto aos sujeitos.

A construção de autonomia na teoria da atenção psicossocial, portanto, tem raiz em concepções que enfatizam o combate à violência institucional, que concebem a relação intrínseca entre autonomia e responsabilidade coletiva, e desenvolvem essa construção no interior dos serviços e tratamentos, mas também no âmbito da sociedade institucionalizada.

Redução de danos: entre os autores que abordaram a construção de autonomia na RD, encontramos McLeod e Sherwin³², Santos *et al.*³³ e Sodeli³⁴.

Na concepção apresentada por Santos *et al.*³³, os usuários não devem ser vistos como dependentes das drogas ou doentes e destituídos de racionalidade sobre seus atos. E as ações de RD devem se voltar para orientar os usuários acerca das consequências do uso em relação ao seu contexto de vida, integrando condições de saúde, moradia, vínculos familiares e sociais. Assim, desenvolve o protagonismo do usuário em relação ao seu processo terapêutico³³. A noção de RD se direciona também para a transformação do contexto socio-cultural a partir dos serviços de cuidado, visto que o uso abusivo é encarado como consequência do impacto gerado pelas condições de existência³³.

Sodeli³⁴, com base na fenomenologia existencial, direciona esses raciocínios para a construção de possibilidades de escolha. Expressa que o ser humano se constitui enquanto detentor de uma esfera de liberdade, pois sempre pode tomar decisões. O uso de drogas é uma das possíveis formas de se aliviar angústias existenciais. Logo, o autor rejeita a compreensão proibicionista de que o uso de drogas é sempre um comportamento desviante ou patologia. Pois se é uma escolha, os indivíduos a princípio não se sentem mal com isso. O autor expressa que é fato que o uso pode se tornar abusivo, mas não necessariamente. Dessa maneira, é necessário construir junto ao outro possibilidades de escolhas mais autênticas, no sentido da diminuição de vulnerabilidades. Defende-se a educação a respeito das drogas (prevenção primária), inclusive antes do uso³⁴.

Dois estudos com base em McLeod e Sherwin³² relacionam a perspectiva da RD de em-

poderamento dos usuários à perspectiva de autonomia relacional da ética feminista. Esta leva em consideração as diversas determinações que atuam sobre a vida de cada pessoa, o que implica a possibilidade ou não de praticar ações autônomas. Isto é, detêm destaque as características sociais, como opressões estruturais e identitárias que agem nas relações interpessoais, como racismo e machismo. Só refletindo acerca dessas determinações e havendo a construção de ações que as contraponham é que poderia se falar em autonomia.

Outra abordagem nesse sentido é a da International Harm Reduction Association (IHRA)³⁵ que expressa o protagonismo dos usuários numa dimensão comunitária. Ou seja, defende que o público das ações de RD deve fazer parte da elaboração dessas ações, discutir seus objetivos. E não apenas os usuários de drogas, mas seus familiares, além dos gestores das políticas. Logo, apresenta uma concepção baseada na saúde pública, sendo o não adoecimento e a manutenção da vida objetivos claros.

A RD é frequentemente explicada^{36,37}, como base epistemológica, pela compreensão de saúde-doença de Canguilhem, em *Normal e patológico*³⁸. Segundo Canguilhem, o ser humano dispõe da capacidade de criar novas normas a partir das mudanças que enfrenta no decorrer da vida. Isso porque a vida é de natureza processual e variável. Nesse sentido, o autor se contrapõe à premissa biomédica de que saúde é o contrário de doença e que equivale a uma norma objetiva. Cada indivíduo está sempre produzindo sentidos de seu corpo-existência em relação ao meio com o qual convive, justamente para executar seu modo de andar a vida. O patológico corresponderia à inércia normativa, na medida em que, se essa normatividade ocorre, há processo de saúde.

Essa concepção reverbera nas noções desenvolvidas, por exemplo, por Marlatt³⁹ e Lancetti⁴⁰ acerca da abstinência enquanto obrigatoriedade de tratamento. Marlatt expressa que a abstinência não é um imperativo, e que qualquer ação de RD à saúde deve ser apoiada. Há uma flexibilidade, de acordo com a relativização do uso que cada pessoa deseja e suporta realizar a cada momento. Lancetti⁴⁰ afirma que a RD é antagônica ao combate às drogas, pois não é a droga que está em questão, mas o sujeito. E enquanto ação de saúde pública, a RD apresenta congruência com todo ato de cuidado que visa a defesa da vida^{39,40}.

Promoção de saúde e saúde coletiva: os autores que embasaram a construção de autonomia sob o campo teórico da promoção da saúde fo-

ram Labonte⁴¹ e Israel *et al.*⁴². Os conceitos de Carvalho⁴³ e Campos⁴⁴ têm influência da saúde coletiva e da promoção de saúde. E a produção de Merhy^{13,45} está compreendida sob o campo teórico da saúde coletiva. Abordam-se ambos os campos teóricos nesse mesmo ponto, visto que esses se aproximaram na conformação do campo da saúde no Brasil⁷.

Onocko-Campos e Campos¹⁴, ao abordarem as necessidades de reformulação do campo da saúde trazidas pela compreensão ampliada do conceito de saúde, consideram que a construção de autonomia deve ser central na política, na gestão e no trabalho em saúde, sendo objetivo fundamental de todo sistema.

A principal destas mudanças refere-se à redefinição do “objeto” do trabalho em saúde, refere-se a pensar esse “objeto” como uma síntese entre problemas de saúde (riscos, vulnerabilidade e enfermidade) sempre encarnados em sujeitos concretos. Esta valorização do “sujeito” e de sua singularidade altera radicalmente o campo de conhecimento e de práticas da saúde coletiva e da clínica (p. 669)¹⁴.

Seria fundamental que todo planejamento do sistema e dos serviços de saúde buscasse uma autonomia compartilhada, uma coconstrução de autonomia: “a coconstrução de capacidade de reflexão e de ação autônoma para os sujeitos envolvidos nesses processos, trabalhadores e usuários”¹⁴ (p. 669). Essa concepção de autonomia não corresponde a valores absolutos, mas relativos, correspondentes a cada realidade. Concebem-na como a capacidade de os sujeitos ou o coletivo lidarem com sua rede de dependências. Isto é, capacidade de compreenderem e agirem sobre si mesmos e sobre o contexto⁴⁴. Logo, os sujeitos necessitam de informação e de poder utilizá-la para agir sobre o mundo. Portanto, a autonomia está intimamente vinculada à capacidade de o sujeito enfrentar conflitos, realizar e organizar contratos e compromissos pessoais e coletivos¹⁴.

Merhy¹³ expressa que o processo de autonomização corresponde a uma tecnologia do cuidado/trabalho vivo em saúde e que é também uma tecnologia de produção de relações. Faz parte da categoria de tecnologias leves, necessariamente relacionada ao acolhimento e ao vínculo. Expressa que o desenvolvimento dessas tecnologias se direciona para o aumento do grau de autonomia no modo de andar a vida das pessoas, que, em nível individual e coletivo, possibilita um maior controle dos riscos de adoecer ou agravar os problemas de saúde. Esse processo, ao ser realizado pelo profissional de saúde em vínculo com o usuário, por si só já acarreta tratamento terapêutico¹³.

A conceituação de *empowerment* da promoção da saúde, com base em Labonte⁴¹ e Israel *et al.*⁴², apresenta similaridades com as concepções abordadas. Expressam que o *empowerment* provém do processo de indivíduos agirem conjuntamente para decidirem sobre suas próprias vidas, pensando de maneira crítica em relação à realidade. Por exemplo: quando os próprios usuários dos serviços, organizados, podem influenciar nas várias dimensões de sua saúde, desde a mudança de hábitos individuais e de comunidades até as condições de organização dos serviços^{41,42}.

Entretanto, Carvalho⁴³ expressa que o termo *empowerment* é utilizado por diversas linhas teóricas, nem sempre homogêneas. Ao abordar o histórico da promoção da saúde, expressa que algumas das concepções se baseiam em uma noção ideal de autonomia. Essa concepção compreende sujeitos que por si só podem tomar decisões autônomas, sem deter conhecimento acerca das determinações que sobre ele incidem. Carvalho⁴³ argumenta que termos como risco e *empowerment* estão vinculados às “políticas públicas saudáveis” ou “políticas contemporâneas de prevenção”:

A autonomia possível é, quase sempre, uma autonomia regulada uma vez que os indivíduos tendem a seguir regras e normas concebidas por expertos e pelos parâmetros construídos pelas Políticas Públicas Saudáveis. [...] muitas das narrativas de progresso que suportam as estratégias da Nova Saúde Pública deixam intocadas as discussões sobre relações desiguais de poder na relação entre especialistas e não-especialistas, populações dos países ricos “desenvolvidos” e populações dos países pobres “em desenvolvimento”, homens e mulheres, heterossexuais e homossexuais masculinos e lésbicas (p. 674)⁴³.

O termo *empowerment* carrega, portanto, o caráter ambíguo de algumas premissas da promoção da saúde. Assim, pode acabar por limitar a construção de autonomia. Ou seja, é uma concepção de empoderamento liberal, que pode fazer o Estado se ausentar das responsabilidades frente à população⁴³. O autor conclui que o termo “*empowerment* comunitário” seria mais indicado, pois traz a noção de disputa pelo controle de recursos e a redistribuição de poder.

Dessa forma, a promoção da saúde concebe que o aumento da capacidade de analisar e atuar sobre seus próprios problemas não deve ser relegado somente aos indivíduos e suas comunidades, esses devem ter participação efetiva na formulação de políticas e distribuição de recursos, exercendo poder socialmente.

Teoria das redes de suporte: Lacerda⁴⁶ expressa que as redes de suporte que se conformam no co-

tidiano em diversos âmbitos sociais “se traduzem em saúde” (p. 76), uma vez que os sujeitos e coletivos integrantes passam a deter maior autonomia no modo de andar a vida. Isso ocorre em função de seus participantes compartilharem bens simbólicos e materiais. O compartilhamento desses bens alimenta os vínculos, faz com que os sujeitos influenciem e sejam influenciados, em uma dinâmica de circulação e preocupação mútua.

Logo, baseado na teoria da dádiva de Mauss, explicita-se que não se trata simplesmente de dar e receber para benefício próprio, baseando-se numa visão utilitarista dos sujeitos e das redes. A dádiva, ou dom, compreende um sistema de ação social que envolve o movimento triplo de dar, receber e retribuir os bens simbólicos e materiais. A dimensão da autonomia, nas redes de apoio, é construída de maneira dialética entre sujeitos e seus vínculos diversos. Em síntese, redes possibilitam suporte e cidadania não apenas a pessoa ou coletivo que dá apoio e a quem recebe apoio, geram também um compartilhamento que circula, influenciando as relações micro e macro da vida social.

Assim, é relevante expressar, com base em Amarante e Lancetti⁴⁷, a potencialidade do fortalecimento dos vínculos com as redes de apoio no contexto da atenção primária e nos demais níveis de atenção em saúde. Porque o apoio social como promotor da saúde possibilita a abertura para análise do modelo de saúde-doença-cuidado, em vez da análise baseada somente na saúde-doença. O apoio social possibilita considerar a saúde-doença não como um estado biológico vivido pelos sujeitos, mas um processo que modifica a saúde-doença por meio da ação e consciência de todos os membros do coletivo social⁴⁶.

Teoria do cuidado: na teoria geral do cuidado, desenvolvida pela enfermeira Dorothea Orem, a autonomização da pessoa ocorre quando ela atua de forma consciente, isto é, intencional, além de atuar com ações efetivas para preservar a saúde e o bem-estar⁴⁸. Leva-se em conta que faz parte da autonomização a adaptação e o aprendizado em novas situações fisiológicas, como gestação e velhice, e em situações patológicas. A atenção profissional adentra na autonomização dos sujeitos, visto que é comum o vínculo de apoio para desenvolvimento do cuidado.

A respeito da relação dos indivíduos com o profissional de saúde, pode ser de três tipos: totalmente compensatório (autocuidado não pode ser realizado pela pessoa); cuidado empreendido com auxílio parcial; e cuidado em que há foco no apoio e na educação para a adaptação. É im-

portante destacar que nas demandas terapêuticas não se leva em consideração apenas a dimensão individual, mas em relação ao ambiente, à sociedade. Isto é, o cuidado é organizado de acordo com as características das pessoas como membros de grupos de determinado tempo e espaço⁴⁹. Segundo Remor *et al.*⁴⁹, o funcionamento do homem está ligado ao seu ambiente e juntos formam um todo funcional, um sistema.

Logo, a teoria de Orem expressa que o estabelecimento do vínculo entre profissional e pessoa sob cuidados se estabelece para a superação do processo de adoecimento por meio de ações de adaptação e autocuidado, além de considerar aspectos socioambientais para a produção de autonomia cotidiana, o que demonstra a relativização de ideais de saúde a serem alcançados – manifestando certa superação em relação ao modelo biomédico.

Síntese conceitual e discussão

A partir dos conceitos de construção de autonomia apresentados e seus respectivos arcabouços teóricos, fica evidente a interrelação entre as teorias que embasam o paradigma da saúde coletiva no campo do cuidado a pessoas em uso abusivo de substâncias psicoativas. Entre as práticas e os fundamentos desse conjunto, destacam-se a importância da participação social e a promoção coletiva das ações de cuidado, o que fundamenta, por exemplo, ações como oficinas e grupos de promoção em saúde e serviços como os consultórios na rua. Além das noções de territorialidade e atenção integral. Sendo que esse conjunto busca superar a vulnerabilidade e as iniquidades em saúde dessa população, tendo como plano de fundo a compreensão de determinação social dos processos de saúde e adoecimento.

Levando em conta essa confluência de teorias, buscou-se sintetizar sua complexidade e pluralidade. Para isso, associamos as categorias que emergiram da explanação teórica por meio de três dimensões: (1) dimensão da singularidade: resgate de autonomia no processo terapêutico; (2) dimensão dos vínculos: construção corresponsável de autonomia; e (3) dimensão social e política: construção de autonomia em amplitude coletiva.

Foi constatado, ainda, que essas categorias provêm de uma necessidade de superação de algo oposto ou ausente. A RD, por exemplo, é oposta à concepção biomédica que detém foco nas drogas ao invés dos sujeitos, reiterando a necessidade da abstinência. Assim, considerou-se o que é propo-

sitivo para desenvolver autonomia como âmbito construtivo, e o que é necessário ser superado como âmbito de negação. Esses elementos e suas dimensões são apresentados na Figura 2.

Também ficou evidente que a construção de autonomia depende de múltiplas ações em cada dimensão, sendo essas três interrelacionadas. Na da singularidade, os elementos que constituem o processo dizem respeito a trazer à tona o ser humano em sofrimento, proporcionando resgate de sua condição de indivíduo detentor de valor para si mesmo e para a alteridade. Isso possibilita superar práticas baseadas em concepções de saúde que têm como objeto a doença, as drogas, a inadaptabilidade individual, e culpabilizam os sujeitos pelo uso abusivo.

Na dimensão dos vínculos, a construção de autonomia não é apenas individual, depende da relação com a alteridade de forma corresponsável, para desenvolvimento do valor social. Essa segunda dimensão busca desenvolver o aumento do universo de dependências, noção trazida pela psiquiatria da desinstitucionalização²⁸ e presente em Kinoshita¹² e Onocko-Campos e Campos¹⁴. Isto é, ao ser dependente de vários vínculos, cria-se a possibilidade de satisfação de necessidades diversas, não de uma única. Esse conjunto de dependências se expande ao participar não só do CAPS ou da Unidade de Saúde, mas na família, no centro de convivência e demais redes territoriais.

A terceira dimensão diz respeito à execução e ao desenvolvimento de autonomia de maneira social ampla, não só realizando o conjunto de trocas que a própria norma social já possibilita, mas expandindo direitos para superação de condições sociais por meio da garantia de trabalho, educação formal, melhoria do acesso em saúde, por exemplo. Busca também o poder de contrapor e transformar essa norma de maneira política, pelas reivindicações de associações de usuários e participação nos conselhos de saúde.

O que a presente revisão aponta, portanto, é que a promoção de autonomia ocorre tanto por meio da negação de processos de exclusão quanto na construção de políticas efetivas de participação social. Isso ocorre em certa medida pela rede de seguridade social, visto que a literatura ressalta a importância dos CAPS-AD, das unidades de saúde e consultórios na rua, por exemplo, principalmente quando se utilizam de tecnologias que buscam a autonomia, como projetos terapêuticos singulares, oficinas de redução de danos, grupos educativos e de promoção em saúde, e o próprio acesso aos serviços⁵⁰⁻⁵²

Entretanto, o que a revisão também demarca é que a autonomia não se realiza apenas no interior dos serviços. Estes permeiam o território justamente para articulá-lo, descobrir e intensificar vínculos, assim como criar possibilidades de redes de apoio, dispositivos de garantia de direitos, de lazer e cultura^{46,47}. Pois o uso abusivo ocasiona perda de autonomia, seja por efeitos individuais diretos do uso abusivo, seja por dificuldades nas relações sociais, como conflitos familiares e laborais, além da invisibilidade por parte do Estado, que intensifica essa situação de vulnerabilidade^{36,53}.

Contudo, o conjunto de ações abordado tem sido mitigado frente às políticas atuais. As últimas modificações na Política Nacional de Saúde Mental e Drogas, por meio do decreto presidencial nº 9.761/2019, por exemplo, define um esvaziamento da RD, ao mesmo tempo em que assevera a abstinência total. Ainda há grandes *déficits* de financiamento da RAPS e grandes investimentos públicos em comunidades terapêuticas¹⁶. Logo, as dimensões da corresponsabilização, e principalmente da participação sociopolítica, enfrentam muitas dificuldades, tanto pela falta de relação entre os dispositivos da rede como pela dificuldade de os profissionais estarem no território fortalecendo vínculos.

Essas limitações muitas vezes impossibilitam uma transformação prática da vida dos usuários, fazendo-os dependentes de CAPS, unidades de saúde e das comunidades terapêuticas em expansão, reoxigenando o processo conhecido como *revolving-door*, ou carreira de internamento⁵⁴. Isto é, a não transformação das condições de reprodução da vida diária dos usuários no processo de construção de autonomia faz que eles muitas vezes retornem ao mesmo local de tratamento, com as mesmas demandas.

Considerações finais

Foi possível evidenciar a pluralidade e complexidade da construção de autonomia na confluência dos arcabouços teórico-práticos que compõem o campo psicossocial. Ela [ela quem?] provém da fundamentação dessas escolas, perpassando a práxis do processo de cuidado e apontando para os objetivos desse conjunto: a autonomia de sujeitos e grupos no processo de promoção de saúde durante a reprodução da vida individual e coletiva.

A sistematização, em três dimensões indissociáveis, ainda possibilitou destacar que tal conceito se desenvolve junto ao paradigma da saúde coletiva, que também está em um processo em curso. Aponta-se a necessidade, portanto, de se avançar com a rede de cuidados, valorizando os serviços já desenvolvidos. É possível, inclusive, que novas concepções teóricas e práticas de cuidado se desenvolvam a partir do próprio desenvolvimento atual da RAPS e do sistema de saúde, por mais que haja barreiras e retrocessos a serem superados.

Foi possível apresentar uma descrição abrangente de conceitos relativos à construção de autonomia que vêm embasando as análises acerca dos serviços de cuidado no Brasil. Considera-se que os conceitos e suas teorias de base representam um conjunto coeso que potencializa o desenvolvimento de ações e serviços das políticas de saúde mental e drogas no país.

Fica evidente, por fim, que, para que seja posta em prática a diretriz da estratégia de construção de autonomia, é necessário maior investimento na RAPS, para de fato ocorrer o combate à marginalização dos usuários que fazem uso abusivo de drogas. Para além dos CAPS e das unidades de saúde, é necessário investir nos dispositivos que favoreçam a promoção da saúde, com moradia de qualidade, emprego e educação, para se contrapor aos impactos de uma sociedade que adocece.

Colaboradores

MER Martins trabalhou na concepção e redação final de todo o artigo. FB Assis e CC Bolsonaro participaram da revisão final, com fundamental contribuição teórico-científica.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília: MS; 2003
2. Machado L, Boarini M. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. *Psicol cienc prof* 2013; 33(3):580-595.
3. Gomes-Medeiros D, Faria P, Campos G, Tofoli L. Política de drogas e saúde coletiva: diálogos necessários. *Cad Saude Publica* 2019; 35(7):e00242618.
4. Santos V, Soares C. O consumo de substâncias psicoativas na perspectiva da saúde coletiva: uma reflexão sobre valores sociais e fetichismo. *Saude Transform Social* 2013; 4(2):38-54.
5. Assumpção AD, Alberti S. Do paradigma psicossocial à moral religiosa: questões éticas em saúde mental. *Cien Saude Colet* 2021; 26(1):285-295.
6. Hart C. Guerra às Drogas: por que não tentar diferente depois de tanto fracasso? *Carta Maior* 2014. [acessado 2019 Nov 19]. Disponível em: <https://www.cartamaior.com.br/?/Editoria/Direitos-Humanos/Guerra-as-drogas-por-que-nao-tentar-o-diferente-depois-de-tanto-fracasso-/5/30923>
7. Paim J, Almeida Filho N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Rev Saude Publica* 1998; 32(4):299-316.
8. Buss P. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Cien Saude Colet* 2000; 5(1):163-177.
9. Campos G, Barros R, Castro A. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. *Cien Saude Colet* 2004; 9(3):745-749.
10. Czeresnia D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.
11. Fleury-Teixeira P, Vaz F, Campos F, Álvares J, Aguiar R, Augusto T, Oliveira V. Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. *Cien Saude Colet* 2008; 13(2):2115-2122.
12. Kinoshita R. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: Pitta A, organizador. *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 55-59.
13. Merhy E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. E. Merhy E, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2002. p. 71-112.
14. Onocko-Campos R, Campos G. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drummond Júnior M, Carvalho YM. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 669-688.
15. Amarante P. Avaliação dos novos serviços de saúde mental: em busca de novos parâmetros. *Revista Saúde em Debate* 1996; 52:74-83.
16. Ribeiro F, Minayo M. As mudanças na política brasileira de drogas: o avanço da lógica da justiça sobre a saúde. *Revista Cultura y Droga* 2020; 25(29):17-39.
17. Souza M, Silva M, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein* 2010; 8(1):102-106.
18. Ercole F, Melo L, Alcoforado, C. Revisão integrativa versus revisão sistemática. *REME* 2014; 18(1):9-12.
19. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa e saúde*. São Paulo: Hucitec; 2008.
20. Costa-Rosa A, Luzio C, Yasui S. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: Amarante P, organizador. *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau; 2003. p. 13-44.
21. Luzio C, L'abbate S. A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de SP, Santos e Campinas. *Interface (Botucatu)* 2006; 10(20):281-298.
22. Yasui S. *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira* [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2006.
23. Brasil. Portaria 3.088, 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede Atenção Psicossocial. *Diário Oficial da União* 2011; 23 dez.
24. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: MS; 2004.
25. Amarante P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
26. Nicácio F, Campos, G. Afirmação e produção de liberdade: desafio para os centros de atenção psicossocial. *Rev Ter Ocup* 2007; 18(3):143-151.
27. Jervis G. *Manuale Critico di Psichiatria*. Milão: LaFeltrinelli; 1975.
28. Ongaro F. Rovesciamento Istituzionale e Finalità Comune. In: Basaglia F, organizador. *L'istituzione Negata*. Milão: Baldini & Castoldi; 2018. p.321-335.
29. Basaglia F. As instituições da violência. In: Basaglia F, organizador. *A instituição negada*. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1985. p. 99-134.
30. Basaglia F. A utopia da realidade. In: Amarante P, organizador. *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond; 2010. p. 225-236.
31. Basaglia F. *Crimini di pace – ricerche sugli intellettuali e sui tecnici come addetti all'oppressione*. Roma: G. Einaudi; 1975.
32. Mcleod C, Sherwin S. Relational autonomy, self-trust and health care for patients who are oppressed. In: Mackenzie C, Stoljar N, editors. *Relational autonomy: feminist perspectives on autonomy, agency & the social self*. Oxford: Oxford University Press; 2000. p. 259-269.
33. Santos V, Soares C, Campos C. Redução de danos: análise das concepções que orientam as práticas no Brasil. *Physis* 2020; 20(3):995-1015.
34. Sodelli M. A abordagem proibicionista em desconstrução: compreensão fenomenológica existencial do uso de drogas. *Cien Saude Colet* 2010; 15(3):637-644.
35. International Harm Reduction Association (IHRA). *O que é redução de danos? Uma posição oficial da IHRA*. Londres: IHRA; 2010.
36. Subrinho L, Sena E, Santos V, Carvalho P. Cuidado ao consumidor de drogas: percepção de enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. *Saude Soc* 2018; 27(3):834-844.
37. Souza T. *A norma da abstinência e o dispositivo “drogas”: direitos universais em territórios marginais de produção de saúde* [tese]. Campinas: Unicamp; 2013.
38. Canguilhem G. *O normal e o patológico*. Barueri: Forense Universitária; 1995.

39. Marlatt G. *Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 1999.
40. Lancetti A. *Contrafissura e plasticidade psíquica*. São Paulo: Hucitec; 2015.
41. Labonte R. Health promotion and empowerment: reflection on professional practice. *Health Education Quarterly* 1994; 21(2):253-268.
42. Israel B, Checkoway B, Schulz A, Zimmerman M. Health education and community empowerment: conceptualizing and measuring perceptions of individual, organizational and community control. *Health Education Quarterly* 1994; 21(2):149-170.
43. Carvalho, S. Os múltiplos sentidos da categoria empowerment no projeto de Promoção à Saúde. *Cad Saude Publica* 2004; 20(4):1088-1095.
44. Campos G. Comentários sobre analogias e diferenças entre os métodos Paidéia e o “interrogativo”. *Interface (Botucatu)* 2007; 11(22):345-363.
45. Merhy E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida In: Cecílio L, organizador. *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec; 1994. p. 117-160.
46. Lacerda A. *Redes de apoio social no Sistema da Dádiva: um novo olhar sobre a integralidade do cuidado no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde* [tese]. Rio Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2010.
47. Amarante P, Lancetti A. Saúde mental e saúde coletiva. In: Campos G, organizador. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 615-634.
48. Orem D. *Nursing: concepts of practice*. Londres: Mosby; 2001.
49. Remor A, Brito I, Petters V, Santos E. A teoria do autocuidado e sua aplicabilidade no sistema de alojamento conjunto. *Rev Bras Enf* 1986; 39(2/3):6-11.
50. Sena J. Produção do cuidado no Centro de Atenção Psicossocial de Fortaleza – Ce: limites e desafios na construção da autonomia do usuário [dissertação]. Ceará: Universidade do Estado do Ceará; 2010.
51. Londero M, Ceccim R, Bilibio L. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. *Interface (Botucatu)* 2014; 18(49):251-260.
52. Borges C D, Schneider DR. Trajetória do cuidado e o percurso ao CAPSad: com a palavra os usuários. *CBSM* 2018; 10(25):234-259.
53. Paula M, Jorge MB, Vasconcelos M, Albuquerque R. Assistência ao usuário de drogas na atenção primária à saúde. *Psicol Estud* 2014; 19(2):223-233.
54. Rotelli F. A instituição inventada. In: Rotelli F, Leonardi O, Mauri D, Risio C, organizadores. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec; 1990. p. 89-99.

Artigo apresentado em 29/07/2021

Aprovado em 24/11/2021

Versão final apresentada em 26/11/2021

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva

