



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS (UFG)
INSTITUTO DE PATOLOGIA TROPICAL E SAÚDE PÚBLICA (IPTSP)
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (PPGSC)

NILMA MARIA DE SOUSA

**Significados e sentidos da relação dialógica em grupos na
construção da autonomia de usuários de álcool e outras
drogas em CAPS AD III**

Goiânia
2025



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
INSTITUTO DE PATOLOGIA TROPICAL E SAÚDE PÚBLICA

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO (TECA) PARA DISPONIBILIZAR VERSÕES ELETRÔNICAS DE TESES

E DISSERTAÇÕES NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a [Lei 9.610/98](#), o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

O conteúdo das Teses e Dissertações disponibilizado na BDTD/UFG é de responsabilidade exclusiva do autor. Ao encaminhar o produto final, o autor(a) e o(a) orientador(a) firmam o compromisso de que o trabalho não contém nenhuma violação de quaisquer direitos autorais ou outro direito de terceiros.

1. Identificação do material bibliográfico

Dissertação Tese Outro*: _____

*No caso de mestrado/doutorado profissional, indique o formato do Trabalho de Conclusão de Curso, permitido no documento de área, correspondente ao programa de pós-graduação, orientado pela legislação vigente da CAPES.

Exemplos: Estudo de caso ou Revisão sistemática ou outros formatos.

2. Nome completo do autor

Nilma Maria de Sousa

3. Título do trabalho

Significados e sentidos da relação dialógica em grupos na construção da autonomia de usuários de álcool e outras drogas em CAPS AD III

4. Informações de acesso ao documento (este campo deve ser preenchido pelo orientador)

Concorda com a liberação total do documento SIM NÃO¹

[1] Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. Após esse período, a possível disponibilização ocorrerá apenas mediante:

- a) consulta ao(à) autor(a) e ao(à) orientador(a);
 - b) novo Termo de Ciência e de Autorização (TECA) assinado e inserido no arquivo da tese ou dissertação.
- O documento não será disponibilizado durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro;
- Publicação da dissertação/tese em livro.

Obs. Este termo deverá ser assinado no SEI pelo orientador e pelo autor.



Documento assinado eletronicamente por **NATHÁLIA DOS SANTOS SILVA, Usuário Externo**, em 13/10/2025, às 12:26, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Nilma Maria De Sousa, Discente**, em 17/10/2025, às 11:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **5713388** e o código CRC **64354AED**.

NILMA MARIA DE SOUSA

Significados e sentidos da relação dialógica em grupos na construção da autonomia de usuários de álcool e outras drogas em CAPS AD III

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública, da Universidade Federal de Goiás, para obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

Linha de pesquisa: Gestão de Sistemas e Processos Gerenciais nos Serviços de Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Nathália dos Santos Silva

Coorientadora: Profa. Dra. Marciana Gonçalves Farinha

Goiânia
2025

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Sousa, Nilma Maria de

Significados e sentidos da relação dialógica em grupos na construção da autonomia de usuários de álcool e outras drogas em CAPS AD III [manuscrito] / Nilma Maria de Sousa. - 2025.

126 f.

Orientador: Profa. Dra. Nathália dos Santos Silva; co-orientadora Dra. Marciana Gonçalves Farinha.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (IPTSP), Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva (Profissional), Goiânia, 2025.

Bibliografia. Anexos. Apêndice.

Inclui siglas, abreviaturas, tabelas.

1. Relações interpessoais. 2. Processos grupais. 3. Autonomia. 4. Serviços de Saúde Mental. 5. Usuários de drogas. I. Silva, Nathália dos Santos, orient. II. Título.

CDU 614



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

INSTITUTO DE PATOLOGIA TROPICAL E SAÚDE PÚBLICA

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

Ata nº **017/2025** da sessão de Defesa de Dissertação de Nilma Maria de Sousa, que confere o título de Mestra em **SAÚDE COLETIVA, no Programa de Pós Graduação Mestrado Profissional em Saúde Coletiva/IPTSP/UFG**, na área de concentração em **Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde**.

Aos quatro dias do mês de julho de dois mil e vinte cinco, a partir das **14h00**, na Sala 403 do IPTSP/UFG, realizou-se a sessão pública de Defesa de Dissertação intitulada “Significados e sentidos da relação dialógica em grupos na construção da autonomia de usuários de álcool e outras drogas em CAPS AD III.” Os trabalhos foram instalados por mim, Profa. Dra. Nathália dos Santos Silva (**PPGSC/IPTSP/UFG**) **orientadora**, com a participação dos demais membros da Banca Examinadora: Profa. Dra. Larissa Arbués Carneiro (**PPGSC/IPTSP/UFG**), Prof. Dr. Johnatan Martins Sousa (**RECUID FEN UFG**), Profa. Dra. Marciana Gonçalves Farinha (**Universidade Federal de Uberlândia**). Em seguida, eu como presidente da banca, fiz a apresentação formal dos membros e orientei a candidata sobre como utilizar o tempo durante a apresentação de seu trabalho. A palavra a seguir, foi concedida a autora da dissertação que, em 30 minutos procedeu à apresentação de seu trabalho. Terminada a apresentação, cada membro da Banca, utilizou o tempo de 20 minutos para arguir a candidata, tendo-se adotado o sistema de diálogo sequencial. Terminada a fase de arguição, a Banca Examinadora reuniu-se em sessão secreta a fim de concluir o julgamento da Dissertação, tendo sido a candidata **aprovada**, pelos seus membros, cumprindo todos os requisitos para fins de obtenção do título de **Mestra em Saúde Coletiva**, na área de concentração em **Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde**, pela Universidade Federal de Goiás.

Proclamados os resultados por mim Nathália dos Santos Silva, Presidente da Banca Examinadora, em seguida foram encerrados os trabalhos e, para constar, Neuracy Moreira Andrade, secretaria do PPGSC/IPTSP/UFG, lavrou a presente ata que é assinada pelos Membros da Banca Examinadora.

TÍTULO SUGERIDO PELA BANCA



Documento assinado eletronicamente por **NATHÁLIA DOS SANTOS SILVA, Usuário Externo**, em 08/07/2025, às 17:10, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Marciana Goncalves Farinha, Usuário Externo**, em 09/07/2025, às 11:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Johnatan Martins Sousa, Usuário Externo**, em 09/07/2025, às 16:32, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Larissa Arbues Carneiro, Professora do Magistério Superior**, em 09/07/2025, às 18:10, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **5473213** e o código CRC **BED92461**.

Referência: Processo nº 23070.033936/2025-55

SEI nº 5473213

DEDICATÓRIA

*Cada um lê com os olhos que tem.
E interpreta a partir de onde os pés pisam.
Todo ponto de vista é a vista de um ponto.*

Leonardo Boff

Dedicar esse trabalho me fez resgatar tantas vivências... Assim, o dedico:

À minha mãe, Osvalda, com seu jeito simples e sábio, sempre presente, companheira e de um amor incondicional, e ao meu pai, Guinozy, que me ensinou sobre valores, responsabilidade e ética, totalmente dedicado à família e de muita presença amorosa. Eles me proporcionaram oportunidades, por isso estou aqui trilhando esse caminho. Infelizmente, nesse percurso, meu pai partiu para algo maior, mas está presente de outra maneira, me guiando.

A Maria Conceição Procópio Ferreira, com quem desenvolvi um vínculo afetivo e de muito aprendizado. Minha madrinha de crisma, cuidou de mim desde os seis meses de vida, e minha amiga, fazíamos muitas coisas juntas. Numa cidadezinha do interior, ela me ensinou a ver a vida com mais cor e me cutucou para sair da zona de conforto. Infelizmente, ela não está mais conosco, também partiu para algo maior, mas se faz presente pelo seu jeito e pelos ensinamentos que deixou.

Aos meus sobrinhos, principalmente ao Pedro Paulo: não sabia muito de informática, e ele me auxiliou até na inscrição do processo seletivo do mestrado. Ao João Pedro, que, já adiante no mestrado, me orientou bastante, dando algumas informações preciosas, contribuindo nessa caminhada. Ao Phelipe, que com paciência, carinho e presença me ensinou a mexer em ferramentas do computador que foram importantes enquanto recursos de tecnologia para utilizar na construção do trabalho. A Amanda, que, com a sua leveza, dedicação e carinho, fez a correção e padronizou com as normas técnicas todo o trabalho.

Às minhas orientadoras, Nathália dos Santos Silva e Marciana Gonçalves Farinha, muita riqueza no nosso encontro, as diferenças nos aproximaram e ao mesmo tempo criamos um caminho com muitas semelhanças e foi possível surgir um todo integrado. Muito carinho por vocês!

Aos que colaboraram com a pesquisa, pois nada teria acontecido sem a permissão de vocês, que me deram a oportunidade e acreditaram em mim para escrever sobre nós, o nosso encontro e o que fizemos juntos.

Ao Thiago Vasconcelos da Silva, que representa todos os usuários e usuárias que tiveram suas vidas interrompidas por um ato de violência, crueldade e abuso de poder, por um não cuidado, proteção e incompreensão de pessoas em sofrimento e impotentes diante da vida, da realidade e do contexto.

À minha amiga Delma e aos meus amigos Gustavo e Paulo Victor, sempre disponíveis para orientar, dar sugestões, tirar dúvidas, aguentar os desabafos, os dramas, os sofrimentos e rir juntos também, muito amor e carinho recebi de vocês. Sem vocês eu não teria conseguido, sou muito grata.

A Laura Furst Arantes, minha terapeuta, que caminhou comigo e acreditou em mim, confirmando a minha existência; e aqui estou, gratidão.

Ao Rondon de Castro, meu amigo, que me fez refletir e ter um outro olhar sobre a adicção, muito me ensinou com seu conhecimento e sabedoria.

É nosso, construímos juntos, um fazer coletivo, cada um trouxe um pedacinho de si para formarmos um todo.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus. Tenho fé e acredito em sua existência, que se expressa em minha vida de tantas maneiras.

Agradeço à Universidade Federal de Goiás e ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva pela proposta de mestrado e por considerar os profissionais do Sistema Único de Saúde, dando espaço para o aprendizado voltado para o serviço público, contribuindo, assim, com o desenvolvimento e o crescimento do SUS.

Também agradeço às minhas orientadoras, Nathália e Marciana. Não foi um caminho fácil, algumas pedras no meio dele, mas rico em acolhida, carinho e aprendizado.

Às minhas amigas e amigos, Bianca, Marielle, Stênio e Fábio, pelo carinho, amor, apoio e companheirismo, a presença de vocês me fortaleceu para seguir em frente.

Agradeço aos meus colegas de mestrado pelo tempo que tivemos juntos, alguns com mais proximidade, outros não. É o movimento da vida, cada um faz um tempo diferente, mas foi de muita riqueza estar com vocês.

Agradeço à professora Marta Roverly Souza, que muito me ensinou com a sua humanidade, a trago comigo em meu coração, gratidão.

Às minhas colegas de trabalho Luzana e Núbia, que me auxiliaram com o grupo focal, se colocaram disponíveis e contribuíram muito para enriquecer esse trabalho, gratidão a vocês.

Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana seja apenas outra alma humana.

Carl Jung

O principal pressuposto para o surgimento de um diálogo genuíno é que cada um deveria olhar seu parceiro como a pessoa que ele realmente é. Torno-me consciente dele, consciente de que ele é diferente, essencialmente diferente de mim, de uma maneira única e definida que lhe é própria; e aceito a quem assim vejo, de forma que eu possa plenamente dirigir o que digo a ele, como pessoa que é.

Martin Buber

SOUSA, Nilma Maria de. **Significados e sentidos da relação dialógica em grupos na construção da autonomia de usuários de álcool e outras drogas em CAPS AD III**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Tropical e Saúde Pública, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2025.

RESUMO

Introdução: esta pesquisa qualitativa investigou os significados e sentidos da relação dialógica em grupos terapêuticos no processo de autonomia de usuários de álcool e outras drogas em um Centro de Atenção Psicossocial do tipo III (CAPS AD III). O estudo explorou as percepções dos usuários no contexto grupal, evidenciando a relevância da relação dialógica e do grupo terapêutico na promoção da autonomia em saúde mental e no desenvolvimento humano. Apesar da literatura abundante sobre os benefícios individuais de cada abordagem, a intersecção entre o diálogo e o ambiente de apoio grupal na construção da autonomia ainda é pouco investigada. Compreender essa dinâmica é pertinente para o aprimoramento de intervenções terapêuticas mais eficazes e humanizadas, que capacitem os indivíduos a tomar decisões e a gerir suas vidas com maior independência. Fundamentado no modelo da Atenção Psicossocial, em uma postura humanista e na abordagem dialógica da Gestalt-terapia, este trabalho descreve o processo de autonomia através das vivências grupais, destacando sua relevância para a saúde mental e a prática clínica. Objetivo: investigar como a relação dialógica em vivências grupais contribui para o processo de construção da autonomia de usuários de álcool e outras drogas em CAPS AD III. Metodologia: o estudo empregou o método qualitativo, descritivo e exploratório, com o uso da técnica do grupo focal. Os dados foram analisados a partir da técnica de Análise de Conteúdo de Laurence Bardin, que abrange a realidade subjetiva para descrever o fenômeno de interação do ser humano com ele mesmo, com o outro e com o mundo. Foi realizado no período de julho a outubro de 2024, com a participação de 11 pessoas adultas do CAPS AD III em Goiânia. Resultados: os dados analisados, a partir das perguntas norteadoras, possibilitaram a construção de três categorias e oito subcategorias. A primeira, *Primeiro contato-acolhimento: um olhar reflexivo*, inclui duas subcategorias: *Impactos psicossociais relacionados ao uso problemático de álcool e outras drogas* e *Desmotivação e falta de sentido de vida*. A segunda, *Grupo terapêutico: lugar de cuidado*, contempla outras duas subcategorias: *Potencialidade da relação dialógica no contexto grupal* e *Mudanças significativas no decorrer da convivência em grupo*. Por fim, a terceira categoria, *Processo terapêutico e autonomia*, abarca as quatro subcategorias seguintes: *Um novo sentido*; *Conquistas, projetos e sonhos*; *Responsabilidade com as atividades laborais e para assumir compromissos*; *Mudanças significativas na convivência familiar e social e diminuição de conflitos*. Conclusão: o grupo terapêutico se mostra um espaço de acolhida. A construção de vínculo e a relação dialógica são aspectos importantes de promoção da autonomia ao empoderar as pessoas no reconhecimento de suas necessidades, potencialidades e habilidades existenciais. Isso proporcionou mudanças expressivas na forma como a pessoa se relaciona consigo mesma, com os outros e com o mundo, reafirmando o cuidado na integralidade enquanto proposta da Atenção Psicossocial para a saúde mental.

Palavras-chave: relações interpessoais; processos grupais; autonomia; serviços de saúde mental; usuários de drogas.

SOUSA, Nilma Maria de. **Meanings and significance of the dialogical relationship in groups for the construction of autonomy among alcohol and other drug users in CAPS AD III.** Dissertation (Master's in Public Health) – Institute of Tropical Health and Public Health, Federal University of Goiás, Goiânia, 2025.

ABSTRACT

Introduction: This qualitative study explored the meanings and significance of dialogical relationships within therapeutic groups in the autonomy process of individuals who use alcohol and other drugs at a Psychosocial Care Center for Alcohol and Drugs (CAPS AD III). The research investigated users' perceptions in a group context, highlighting the importance of dialogical interactions and group therapy in promoting mental health autonomy and human development. Although abundant literature addresses the individual benefits of each approach, the intersection of dialogue and supportive group environments in fostering autonomy remains underexplored. Understanding this dynamic is crucial for developing more effective and humanized therapeutic interventions that empower individuals to make decisions and manage their lives with greater independence. Grounded in the psychosocial care model, a humanistic stance, and the dialogical approach of Gestalt therapy, this study describes the autonomy process through group experiences, emphasizing its relevance for mental health and clinical practice. **Objective:** To investigate how dialogical relationships in group experiences contribute to the autonomy-building process of individuals who use alcohol and other drugs at CAPS AD III. **Methodology:** This descriptive, exploratory qualitative study employed focus group techniques. Data were analyzed using Laurence Bardin's Content Analysis method, which addresses subjective reality to describe the phenomenon of human interaction with oneself, others, and the world. The study was conducted from July to October 2024, involving 11 adult participants from CAPS AD III in Goiânia. **Results:** Analysis based on guiding questions resulted in the construction of three categories and eight subcategories. The first category, *First Contact–Reception: A Reflective Perspective*, includes two subcategories: *Psychosocial Impacts Related to Problematic Alcohol and Drug Use* and *Demotivation and Lack of Life Meaning*. The second category, *Therapeutic Group: A Place of Care*, encompasses *The Potential of Dialogical Relationships in Group Contexts* and *Significant Changes Through Group Interaction*. The third category, *Therapeutic Process and Autonomy*, comprises four subcategories: *A New Sense of Purpose; Achievements, Projects, and Dreams; Responsibility for Work Activities and Commitments; and Significant Changes in Family and Social Relationships, Including Reduced Conflicts*. **Conclusion:** The therapeutic group emerged as a welcoming space. Building bonds and fostering dialogical relationships are crucial for promoting autonomy by empowering individuals to recognize their needs, potential, and existential skills. This led to significant changes in how participants relate to themselves, others, and the world, reaffirming holistic care as a central principle of psychosocial approaches to mental health.

Keywords: interpersonal relationships; group processes; autonomy; mental health services; substance users.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD	Acolhimento diurno
AN	Acolhimento noturno
CAIS	Centro de Atenção Integrada à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD III	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas Modalidade III
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CECOs	Centros de Convivência e Cultura
CELK	Sistema de Tecnologia Especializada à Saúde
CID	Classificação Internacional de Doenças
CnR	Consultório na Rua
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COREQ	Critérios Consolidados para Relato de Pesquisa Qualitativa
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
EMSP	Escola Municipal de Saúde Pública
ESF	Equipe Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
PICS	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RD	Redução de Danos
RECUID	Grupo Interdisciplinar de Pesquisa e Intervenções em Saúde Mental – UFG
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAs	Unidades de Acolhimento
UFG	Universidade Federal de Goiás

UPA

Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA.....	06
AGRADECIMENTOS.....	08
RESUMO.....	10
ABSTRACT.....	11
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	12
APRESENTAÇÃO.....	17
1. INTRODUÇÃO.....	21
1.2. OBJETIVO GERAL.....	26
1.2.1. Objetivos específicos.....	26
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	27
2.1. REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	27
2.2. ATENÇÃO PSICOSSOCIAL OPERACIONALIZADA EM REDE.....	28
2.3. GRUPOS TERAPÊUTICOS NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	33
2.4. CONTEXTUALIZAÇÃO DA RELAÇÃO DO USO DE DROGAS.....	36
2.5. GESTALT-TERAPIA E RELAÇÃO DIALÓGICA.....	45
3. PERCURSO METODOLÓGICO.....	49
3.1. DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	49
3.2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	50
3.2.1. Campo da pesquisa.....	50
3.2.2. Colaboradores da pesquisa.....	51
3.2.3. Instrumentos e procedimentos para coleta de dados.....	52
3.2.4. Procedimentos éticos.....	56
3.2.5. Análise dos dados.....	57

3.2.5.1. Pré-análise.....	60
4. RESULTADOS.....	65
4.1. CATEGORIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES.....	65
4.2. CATEGORIAS.....	68
4.2.1. Categoria 1 – Primeiro contato-acolhimento: um olhar reflexivo.....	70
4.2.1.1. Subcategoria 1 – Impactos psicossociais relacionados ao uso problemático de álcool e outras drogas.....	70
4.2.1.2. Subcategoria 2 – Desmotivação e falta de sentido de vida.....	73
4.2.2. Categoria 2 – Grupo terapêutico: lugar de cuidado.....	74
4.2.2.1. Subcategoria 1 – Potencialidade da relação dialógica no contexto grupal...75	
4.2.2.2. Subcategoria 2 – Mudanças significativas no decorrer da convivência em grupo.....	77
4.2.3. Categoria 3 – Processo terapêutico e autonomia.....	80
4.2.3.1. Subcategoria 1 – Um novo sentido.....	81
4.2.3.2. Subcategoria 2 – Conquistas, projetos e sonhos.....	84
4.2.3.3. Subcategoria 3 – Responsabilidade com as atividades laborais e para assumir compromissos.....	85
4.2.3.4. Subcategoria 4 – Mudanças significativas na convivência familiar e social e diminuição de conflitos.....	86
5. DISCUSSÃO.....	88
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	99
REFERÊNCIAS.....	102
APÊNDICES.....	110
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	110
APÊNDICE B – Questionário sociodemográfico.....	114

APÊNDICE C – Questionário sobre o uso de álcool e substâncias psicoativas.....	115
APÊNDICE D – Perguntas norteadoras para os usuários – Gravação.....	116
ANEXOS.....	117
ANEXO A – Comprovante de envio do projeto.....	117
ANEXO B – Declaração de anuência e co-participação.....	118
ANEXO C – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).....	120

APRESENTAÇÃO

*É na escuta que o amor começa.
E é na não-escuta que ele termina.
Não aprendi isso nos livros,
aprendi prestando atenção.*

Rubem Alves

Esse trabalho significa para mim a oportunidade de falar sobre o ser humano, sua existência, suas necessidades e potencialidades. Do mesmo modo, propõe sensibilizar o profissional de saúde sobre a importância do cuidado, de acolher sem preconceito, de estar aberto ao outro em suas fragilidades, sem julgamentos, de reconhecer que existe uma riqueza a ser explorada, basta apenas estarmos disponíveis. Para isso, é preciso romper barreiras, superar preconceitos e julgamentos, entender que não somos perfeitos, erramos e podemos errar, e que temos o direito de expressar a nossa existência, mas também de crescer e enriquecer com as experiências.

Ao mesmo tempo, esse trabalho permite evidenciar a grandeza da existência humana, a capacidade de refazer caminhos. Podemos contribuir para que esses caminhos sejam possíveis, todos somos responsáveis, estamos no mesmo lugar, dividimos o mesmo mundo. O que me afeta, afeta o outro. Ao adotar essa perspectiva e vivenciar essa postura, construímos um mundo mais harmônico, humano e acolhedor para que cada pessoa possa viver a sua singularidade e reconhecer-se nas semelhanças com o outro.

Desde criança, sempre me acompanhou a inquietação de entender o mundo, como as coisas aconteciam e por que aconteciam. Cada história que ouvia me fazia refletir sobre a riqueza presente na diversidade: tantas cores, sentimentos e jeitos de ser, tudo em constante movimento. Gostava disso.

Tive o privilégio de viver no interior, em uma cidade pequena, mas agitada, onde todos se conheciam e se acolhiam. Nesse ambiente, aprendi a viver em comunidade e ajudar quem precisava, e comecei a entender a importância do contato, da solidariedade, do respeito, de fazer o bem e de acolher sem preconceito. Foi um contexto muito importante para as escolhas que fiz no decorrer de minha vida.

Outra riqueza que marcou minha trajetória foi o contato com a natureza. Havia muito verde, muitos córregos, lagos, rios, onde nos divertíamos. Tudo era festa,

descobertas e alegrias. Eu particularmente gostava do vento, me inteirava com ele o tempo todo, gostava do contato que tínhamos, ele me dizia muito e eu aprendia: a suavidade do toque, o barulho que provoca, sempre uma linguagem diferente, mas o contato era pleno.

Com os animais, experimentei a pureza dos sentimentos, a fidelidade que expressam, isso para mim também foi um aprendizado de respeito, carinho e amor. No entanto, chegou um momento que tive que deixar esse lugar. Outros sonhos surgiam, um mundo maior se abria diante de mim, com mais possibilidades. O vento já me dizia que era preciso voar, descobrir outros movimentos e barulhos.

Uma nova realidade surgiu, com muito movimento e barulho. Foi uma grande adaptação às mudanças, era um mundo maior, mas carregava comigo as minhas origens. Aos poucos, fui descobrindo caminhos que me levaram à faculdade de Psicologia; a vida ampliou em possibilidades, entendi que era o meu lugar. Depois, conheci a abordagem da Gestalt-terapia.

Fui em muitos lugares e conheci várias teorias, mas me encontrei na abordagem da Gestalt-terapia, pois ela é humana, fala da existência e vê o fenômeno como ele acontece, sem julgamentos. Esse conhecimento me fez entender que gostaria de contribuir com as pessoas. Ao longo desse percurso, fui explorando caminhos diferentes que me trouxeram até aqui, entendendo o processo e reafirmando meu desejo de estar entre pessoas e lugares que tivessem sentido para mim e que eu pudesse trazer algum sentido para elas.

Interessante ter escolhido um lugar difícil: fui percebendo as barreiras, os preconceitos, a exclusão, a indiferença, o abandono. Esses aspectos me tocaram profundamente e me levaram a refletir sobre o que me mantinha nesse lugar. Para estar aqui era preciso se desprender de muitas coisas para poder tocar o outro, acolher e estar aberta ao movimento de cuidado. Compreendi, então, que minha vivência no interior e os aprendizados da infância me ensinaram a olhar para o ser humano, seja ele quem for, com respeito, abertura e acolhida.

Fiz um bom caminho, hoje falo de uma realidade de muito sentido para mim. Não por acaso, decidi falar da importância do tratamento de pessoas em sofrimento – não em razão do uso de drogas, mas do sofrimento da vida que as marcou profundamente, impedindo-as de expressar sua existência. O uso das drogas foi só um caminho que encontraram para ter um pouco de aconchego, descanso e paz.

Assim me apresento. Desejo que com esse trabalho eu possa contribuir com as pessoas, trazer uma reflexão, romper paradigmas e estimular descobertas sobre

como nos cuidarmos e cuidarmos do outro enquanto profissionais da saúde. Espero que essa discussão continue e amplie o nosso fazer.

Só se pode conhecer a totalidade da pessoa, e através disso a totalidade do homem, quando não se deixa de fora sua própria subjetividade e não se permanece como um observador neutro.

Martin Buber

1. INTRODUÇÃO

O sofrimento psíquico e o uso de álcool e outras drogas trazem questões desafiadoras em relação aos estigmas e preconceitos, é um paradigma em construção, por envolver aspectos delicados, às vezes conflitantes, um divisor de opiniões na maneira de compreender e lidar com a situação (Silva, 2023). Portanto, pensar sobre o álcool e outras drogas precisa ir além da relação abusiva e da dependência. Dessa forma, o modelo da Atenção Psicossocial visa ultrapassar o tratamento medicamentoso, a fim de contextualizar o fenômeno do uso de drogas conforme os determinantes econômicos, sociais, políticos e culturais que nele estão implicados (Silveira; Moreira, 2006).

A compreensão do fenômeno do uso de álcool e outras drogas, na atualidade, nos remete à busca de um estudo teórico mais amplo que perpassa pelas transformações histórico-culturais e sociais, bem como pela abordagem humanista. Essa articulação favorece reflexões, modelos e práticas que instigam a criação de modelos de cuidado mais humanizados e contextualizados, que permitem olhar para o ser humano e romper preconceitos e estigmas. Acreditar que as desigualdades sociais surgem a partir do uso indevido de álcool e outras drogas é minimizar toda uma realidade social, que se constitui em divisão de classes, que se refere à estratificação da sociedade em grupos ou camadas com base em fatores econômicos, sociais e culturais (Silva, 2023).

Isso demanda considerar algumas reflexões, entre elas, como a pessoa estabelece a relação com as drogas, como esse vínculo afeta a sua vida, qual a importância desse uso para a manutenção de sua existência e quais possibilidades têm significado e sentido para contribuir e ajudar a modificar essa relação prejudicial. Por outro lado, torna-se necessário avaliar as estratégias para a redução de danos quando a pessoa deseja continuar o uso, buscando minimizar os riscos associados. O desafio está em pensar alternativas que promovam o cuidado ao respeitar a singularidade de cada pessoa e o que ela consegue fazer diante da sua realidade existencial (Ciornai, 2023).

Nesse viés, é muito pertinente pensar sobre os desafios para promover atenção à saúde em todos os níveis de complexidade, assim como desenvolver políticas capazes de subsidiar as necessidades diante de uma realidade tão complexa, garantir os direitos e criar recursos necessários para esse cuidado (Araújo, 2020). Pensar a elaboração dessas políticas requer o envolvimento de todos os setores da sociedade.

Percebe-se, com isso, a dimensão e os desafios a serem enfrentados.

O tratamento na rede de Atenção Psicossocial não visa à necessidade da abstinência, direciona-se à redução de riscos e danos à vida do sujeito. Outros princípios que norteiam esse modelo são a desinstitucionalização, a autonomia dos sujeitos frente a seus tratamentos, a interdisciplinaridade e a intersetorialidade (Bulla; Santos, 2021). A saúde mental é um campo de conhecimento teórico e técnico no âmbito das políticas públicas de saúde, que direcionou um novo olhar para o sofrimento humano, ampliando o seu alcance (Amarante, 2017). Não existe apenas uma verdade, o ser humano é singular e complexo.

O ato de cuidar também acontece na dimensão da transversalidade dos saberes, é um fazer coletivo, uma construção que se transforma permanentemente devido à complexidade da vida e do contexto. Isso envolve vários atores sociais e situações, devido às reais necessidades das pessoas, o que traz uma mudança de paradigma e uma nova percepção do sofrimento humano (Fidelis, 2018).

A atuação multiprofissional articula o envolvimento da sociedade para que ocorra o desenvolvimento da autonomia do sujeito e a responsabilidade coletiva. Para Amarante (2017), a construção da autonomia ocorre diante da capacidade da pessoa de enfrentar conflitos, ser responsável consigo mesma e com o outro, ou seja, enquanto sujeito protagonista, assumir seu lugar de direito e fazer escolhas que considerem o contexto em que vive, como cidadão, sujeito social e político.

Por outro lado, esse lugar coletivo precisa acolher e possibilitar oportunidades de inserção no contexto familiar e social, o que envolve a reconstrução de relações que possibilitem trabalho, moradia, renda e o desenvolvimento da cidadania (Martins; Assis; Bolsoni, 2022).

O desempenho da prática profissional precisa ser sensível ao desejo, à necessidade da pessoa, e se pautar em respeito e confiança. Nesse contexto, o conhecimento-teoria torna-se importante: entender o fenômeno e sua complexidade para o desenvolvimento de habilidades, técnicas e práticas baseadas em uma postura humanizada para acolher a pessoa que busca ajuda e acreditar na sua capacidade de, mesmo diante das dificuldades, se (re)organizar (Frazão, 2015).

Essa mudança de paradigma é processual e afeta os dois lados, a pessoa que busca ajuda e o profissional que acolhe. Isso traz aprendizado. Estas são questões desafiadoras que podem proporcionar um cuidado verdadeiro e possível para novas realidades. Quando a pessoa recebe ajuda adequada, ela consegue desenvolver recursos internos e externos para lidar com a situação que a aprisiona (Sodelli, 2019).

As pessoas que buscam ajuda devido ao uso de álcool e outras drogas se percebem estigmatizadas, têm dificuldades em dizer sobre a sua realidade por preconceito e vergonha. Para Frazão (2015), o contato com a pessoa em sofrimento, em sua fragilidade, em seu desamparo, devido às rupturas e profundas afetações em todo o seu existir, é um momento importante para reconhecer o sofrimento que ela traz. Acolher de maneira adequada considerando esse momento de fragilidade possibilita a aproximação e a abertura. Segundo Sodelli (2019), a postura dos profissionais pode facilitar a construção de vínculo ao proporcionar ao indivíduo uma escuta qualificada, uma abordagem humana e cuidadosa. Essa atitude facilita a construção da empatia e cria oportunidade de adesão ao tratamento.

O tratamento proposto pelo modelo da Atenção Psicossocial se direciona em um fazer coletivo, que envolve a equipe, a pessoa que busca ajuda, os familiares e a comunidade. Para Versiani, Cordeiro e Ferrari (2024), o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas – CAPS AD III – está inserido na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); a Portaria 3.088/23, do Ministério da Saúde, o institui como parte integrante do SUS. Sua proposta é a criação, ampliação e articulação com a rede de atenção em relação às pessoas em sofrimento devido ao uso do crack, álcool e outras drogas.

A Portaria 336/02, do Ministério da Saúde, regulamenta o funcionamento do CAPS, referência no âmbito da assistência à saúde mental, orientando o fazer humanizado e a proteção dos direitos das pessoas (Brasil, 2002). No território, este se articula com a Atenção Básica e amplia o seu fazer através da Atenção Especializada, oferecendo o cuidado com foco na autonomia, inclusão e desinstitucionalização.

Os serviços substitutivos possibilitaram a participação da pessoa em seu processo de tratamento, o reconhecimento da sua capacidade de lidar com o sofrimento, ser criativo e atuante em suas escolhas, um agente transformador da sua realidade e do meio em que vive. A doença não a define, são pessoas dotadas de sonhos, desejos, necessidades e responsabilidades. Contudo, para que uma pessoa alcance a autonomia, é necessário promover sua inclusão social, seja por meio do trabalho, da aquisição de bens materiais ou da satisfação das necessidades básicas, possibilitando que se sinta útil e atuante. Ao tornar-se protagonista de sua própria história, o indivíduo fortalece o reconhecimento da sua cidadania, o que gera mudanças nas relações sociais e contribui para o rompimento de paradigmas. O fortalecimento desses vínculos contribui para a diminuição das

interações e para o exercício da cidadania, ou seja, a criação de uma rede de apoio torna-se significativa para o processo de autonomia (Gil; Pontes; Rocha, 2024).

O fortalecimento dos vínculos é fundamental para o desenvolvimento de relações verdadeiramente humanizadas, pois permite o reconhecimento do indivíduo em sua totalidade subjetiva: seus desejos, vontades, afetos e a capacidade de sonhar com o futuro. O cuidado humanizado amplia possibilidades ao propiciar reflexões quanto à criação de outros recursos que sejam necessários para que a pessoa consiga transformar sua vida e suas relações, agindo ativamente para potencializar sua autonomia. Esse processo é importante para que se torne protagonista da sua própria história e do seu contexto, pois cria condições para que seus desejos, necessidades, sonhos se aproximem da realidade, se concretizem e sejam validados (Martins; Assis; Bolsoni, 2022).

O cuidado do ser humano na integralidade, na perspectiva da Atenção Psicossocial, está relacionada à construção de um projeto social. Para o desenvolvimento da autonomia, esta precisa estar justamente relacionada à maneira como a pessoa constrói a sua rede de apoio, para que possa desempenhar o seu papel enquanto produtora atuante no processo da cidadania e, assim, colocar em prática os direitos adquiridos pelas conquistas da Reforma Psiquiátrica (Gil; Pontes; Rocha, 2024).

O grupo terapêutico em um CAPS é considerado um espaço que acolhe as diversidades, que dá suporte e cuida de pessoas que compartilham dificuldades semelhantes. Tem como proposta promover a reabilitação psicossocial, fortalecer a identidade e o protagonismo das pessoas, aumentando o autoconhecimento para desenvolver novas maneiras de interagir com o mundo. Os grupos funcionam como intermediadores entre a instituição e a comunidade, e possibilitam o desenvolvimento de atividades interdisciplinares (Amarante, 2007).

Na área da saúde mental, os profissionais empregam recursos de atividade grupal para o desenvolvimento do cuidado na assistência dos serviços de saúde. São instrumentos metodológicos potenciais de práticas utilizadas para a compreensão das condições de vida, em relação ao processo de saúde e doença dos sujeitos. Um dispositivo que desencadeia a singularidade existencial e a subjetividade dos sujeitos integrados ao processo grupal, que emergem das relações e da convivência social (Lima, 2019).

Grupos oferecem um espaço valioso para explorar a experiência psicológica e social da relação entre o indivíduo e a sociedade. Essa dinâmica abrange níveis intrapsíquicos, interpssíquicos e transpsíquicos, promovendo o aprendizado e a reconstrução de laços sociais. Ao potencializar habilidades que favorecem a cidadania e autonomia, o grupo se torna um ambiente rico em interações. Nele, a construção de novas ideias, a conscientização, a sensibilização e a percepção de significados são práticas que geram vivências e responsabilidade no desempenho de papéis sociais, configurando um verdadeiro processo de aprendizado e expressão de sentimentos (Sousa *et. al.*, 2023).

O trabalho de grupo entre os profissionais traz uma representatividade de ideias, recursos e perspectivas, resultando em uma rica diversidade conceitual. Essa multiplicidade fomenta a produção de subjetividades, conhecimento teórico, intervenções e práticas profissionais. A clínica psicossocial abraça essa diversidade, o que potencializa a riqueza do fazer interdisciplinar no cuidado integrado. Através da interação e do diálogo, é possível (re)conectar. Isso envolve várias dimensões do ser humano, portanto, a interdisciplinaridade facilita essa conexão na medida em que compreende a diversidade humana e proporciona a integração do contato do ser humano com ele mesmo, com as pessoas e o mundo (Lima, 2019).

É por meio da interação que nos conectamos com as pessoas, é pelo diálogo que promovemos o contato. Para Hycner e Jacobs (1997), a relação dialógica é uma proposta de contato que possibilita acessar a pessoa, em seu mundo e nas relações que estabelece, pessoa-mundo, através da interação, contato entre dois ou mais sujeitos pelo diálogo, pelos sentidos, uma atitude de troca e presença. É uma postura diante da existência da pessoa e do processo psicoterapêutico que vai exigir uma relação única em situações singulares, um olhar para a singularidade e integralidade dentro de um contexto. A existência humana é relacional e dialógica por natureza; é no entre das relações que a vida se realiza, favorecendo a autorregulação orgânica, o crescimento e a autonomia.

A construção desse trabalho se referenciou na compreensão do cuidado integral e humanizado; na mudança que trouxe a Reforma Psiquiátrica; no modelo da Atenção Psicossocial; no Centro de Atenção Psicossocial; na compreensão do fenômeno das substâncias psicoativas; na compreensão do ser humano na perspectiva da Atenção Psicossocial; no processo saúde e doença; e na relação

dialógica como uma postura de acesso ao ser humano.

Diante disso, esse estudo pretende trazer reflexões que possam contribuir e ampliar as discussões sobre modelos de intervenções, práticas e processos de cuidado, com o propósito de responder a seguinte pergunta norteadora: Qual a influência da relação dialógica e dos grupos terapêuticos para a promoção da autonomia dos usuários no CAPS AD III?

1.2. OBJETIVO GERAL

O objetivo geral desse trabalho é investigar como a relação dialógica, por meio de vivências grupais, contribui para o processo de construção da autonomia de usuários de álcool e outras drogas em CAPS AD III.

1.2.1. Objetivos específicos

Formam os objetivos específicos desse estudo:

- Descrever os impactos psicossociais relacionados ao uso problemático de álcool e outras drogas dos usuários integrantes do grupo.
- Compreender como as intervenções em grupo terapêutico atuam nos relacionamentos interpessoais e na autonomia do usuário que participa dos grupos.
- Analisar as repercussões das vivências grupais nas perspectivas dos usuários.
- Descrever as potencialidades para a relação dialógica em grupo terapêutico por meio das vivências dos usuários.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. REFORMA PSIQUIÁTRICA

A Reforma Psiquiátrica brasileira sofreu influências de outras experiências mundiais, principalmente da Itália na década de 1970. Assim, surgiram iniciativas de debates e ações, com forte influência do psiquiatra Franco Basaglia, em rever e criar mudanças do modelo vigente das instituições em relação aos saberes e práticas manicomiais, desativando os hospitais psiquiátricos, enfrentando a ideologia médica da época em relação ao tratamento, que reforçava a manutenção do controle e da exclusão social. Foi uma construção coletiva, movimento que desmistificou a prática dos últimos séculos (Fidelis, 2018).

Uma mudança de paradigma diante de uma realidade de descaso e violência em relação ao tratamento oferecido às pessoas em sofrimento psíquico, foi uma luta direcionada aos direitos humanos, em que foi necessário estabelecer articulações sociais direcionadas ao cuidado com dignidade, ao tratamento em liberdade, à inserção social, à dimensão do sofrimento e à percepção das necessidades, nos aspectos biológico, psicológico, social, econômico, político e cultural; muitas barreiras foram superadas (Amarante; Nunes 2018).

Todo o movimento aconteceu na tentativa de modificar a maneira de se perceber a loucura e como lidar com ela, diante de um modelo assistencial que afastava as pessoas do seu contexto, excluindo-as da convivência social. Um modelo que desconsidera a dimensão humana do sofrimento, com foco na medicalização, tratamento centrado na doença e no modelo médico instituído (Bispo; Sampaio, 2021).

A Reforma Psiquiátrica é um processo amplo, complexo e dinâmico que demanda constantes desconstruções e reconstruções na dimensão epistemológica e revisão do saber no campo teórico e científico da psiquiatria e saúde mental em relação à existência e à compreensão do sofrimento psíquico. O cuidado traz como proposta a dimensão de sujeito e do lugar que ocupa na perspectiva da integralidade, a inserção social do fazer coletivo (Amarante, 2007).

No aspecto jurídico, a Lei 10.216/01, marco da Reforma Psiquiátrica, revisa os conceitos fundamentais na legislação civil, penal e sanitária em relação aos direitos civis, de cidadania, sociais e humanos. No aspecto cultural, propõe um conjunto amplo de iniciativas e ações para estimular as pessoas na compreensão e na mudança de

olhar em relação aos princípios, preconceitos e estigmas sobre a loucura (Brasil, 2001).

As principais mudanças ocorreram nos âmbitos: gasto em saúde mental, em decorrência da implantação e expansão dos serviços comunitários; ações intersetoriais; redução de leitos hospitalares, devido às iniciativas de desinstitucionalização; e fortalecimento do protagonismo dos usuários e familiares, pautado no modelo de Atenção Psicossocial (Delgado, 2019).

A desinstitucionalização e a reinserção social trazem uma proposta de mudança do modelo centrado na doença para o modelo de Atenção Psicossocial, para romper paradigmas e para o cuidado integral na elaboração de novas práticas e serviços em saúde mental, que fundamenta e possibilita novos caminhos e fazeres na continuidade do projeto da Reforma Psiquiátrica brasileira (Bispo; Sampaio, 2021).

Atualmente percebem-se mudanças para a construção de políticas públicas, principalmente decorrentes dos movimentos sociais, que avançaram significativamente. No entanto, algumas barreiras persistem, por exemplo, relacionadas ao financiamento, à estigmatização, à frágil articulação intersetorial e à lógica pautada em uma visão não integrada do ser humano, ainda um cuidado fragmentado, centrado na doença e na medicação. Infelizmente, o modelo manicomial se faz presente nessas práticas e existem barreiras a serem superadas, a luta continua enquanto processo permanente de conquistas a serem alcançadas (Amarante; Nunes, 2018).

2.2. ATENÇÃO PSICOSSOCIAL OPERACIONALIZADA EM REDE

A Atenção Psicossocial é compreendida como um modelo de cuidado em saúde mental que considera o sujeito e suas relações sociais e no território para além de uma categorização médica de sinais e sintomas. Para compreender o cuidado em saúde mental, consideram-se quatro dimensões: teórico-conceitual, que refere-se às mudanças de paradigmas em relação à conceituação e à compreensão da loucura e do transtorno mental; técnico-assistencial, que diz respeito à reestruturação dos serviços de atenção à saúde mental, uma rede de atendimento diversificado, de um cuidado em liberdade; jurídico-política, que aborda a legislação e as políticas públicas que regem o campo do cuidado, as perspectivas dos direitos humanos, regulamentando novas formas de cuidado e de gestão dos serviços; e sociocultural, que considera o impacto e a recepção social da Reforma Psiquiátrica no cotidiano das

peças, a desconstrução de estigmas e de preconceito em relação às pessoas com transtorno mental e o processo de inclusão (Amarante, 2007).

Para operacionalização técnico-assistencial do cuidado no SUS, foi proposta a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para promover cuidado integral à saúde mental das pessoas, pautado nos direitos humanos, com ações intra e intersetorial em redes capilarizadas nos territórios. Ela tem como proposta produzir impacto positivo nos indicadores de saúde da população, por meio de arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, com tecnologia, que, integrada ao suporte técnico, logístico e de gestão, consiga garantir a atenção do cuidado (Macedo; Abreu; Dimenstein, 2018).

É composta por serviços e equipamentos variados que atuam no território, com organização em serviço especializado no atendimento em saúde mental, composto por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em diversas modalidades (I, II, III), CAPSi (infanto-juvenil), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), ambulatórios multiprofissionais, Centros de Convivência e Cultura (CECOs), equipe de consultório na rua (CnR), Unidades de Acolhimento (UAs), leitos de saúde mental nos hospitais gerais, leitos de psiquiatria nos hospitais especializados e nos hospitais de atenção integral (Garcia; Reis, 2018).

Segundo a Portaria 336/02, os CAPS se constituem em serviços de saúde com porta aberta e perfil comunitário que priorizam inicialmente o acolhimento. São formados por equipe multiprofissional capacitada e qualificada para o cuidado, que atua sob a ótica transdisciplinar, considerando a singularidade de cada usuário em seu território.

Os CAPS realizam prioritariamente atendimentos de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, e de pessoas com transtornos decorrentes do uso abusivo e da dependência de substâncias psicoativas, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial (Macedo; Abreu; Dimenstein, 2018).

São definidos por ordem crescente de porte e complexidade em relação à abrangência e número de habitantes por região. As modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental: serviço ambulatorial de atenção que funcione conforme a lógica do território, atendimento nos dois períodos, com duas equipes, uma por turno, de segunda a sexta-feira (Brasil, 2002).

A Modalidade III, contudo, apresenta especificidades: conta com atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana, oferece acolhimento noturno para eventual repouso e/ou observação e permanência por 14 dias corridos em um período de 30 dias (Brasil, 2012).

A proposta de cuidado oferta atendimento individual (medicamentoso, psicoterapêutico, de orientação, entre outros), atendimento em grupo (psicoterapia, grupo operativo, grupo terapêutico, atividades de suporte social, entre outros), oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento à família, atividades comunitárias (Garcia; Reis, 2018).

A equipe se constitui de profissionais de nível superior e médio, sendo o número de profissionais ampliado conforme a modalidade de atendimento. A proposta de intervenção procura promover a adesão e o vínculo a partir da construção de estratégias que norteiam a busca pela qualidade de vida, pela redução de danos e pela autonomia das pessoas em sofrimento (Brasil, 2012).

O CAPS é responsável pela organização da atenção em saúde mental no território e concretiza o cuidado. Garcia e Reis (2018) relatam que o CAPS integra, articula e se torna meio que transforma a assistência com novas propostas de intervenção, redefinindo e elaborando conceitos que orientam a construção de estratégia e a modalidade de atenção. Conceitos que nascem da relação com o contexto, considerando a singularidade, o coletivo e as complexidades das relações e interações. São conceitos que fazem refletir sobre a dimensão da oferta de cuidado no campo da saúde e possibilitam entender a saúde como uma produção social, em que agir sobre esses determinantes significa romper limites assistenciais.

Para Amarante (2007), o CAPS é lugar de pensar, de trocas, de sociabilidade e de subjetividade. Para que a mudança de paradigma se fortaleça, a construção precisa ser de responsabilização e posicionamento comprometido com o outro, visto que aquilo que é humano se constitui, se mantém e se afirma pelo ato do cuidado.

A responsabilização profissional envolve o cuidado, na interação com quem busca ajuda, através de uma postura ética e respaldada por um saber teórico e técnico pautado na construção de vínculo para possibilitar mudanças e garantir qualidade de vida. Busca-se reduzir os danos, considerando a singularidade das pessoas, e promover a saúde e o bem-estar, para ampliar a autonomia, proporcionando a integração do cuidado. Com diferentes atores, uma equipe multidisciplinar, um serviço integrado, articulado e que funciona em rede, busca-se estabelecer estratégias capazes de causar, proporcionar, produzir ou construir um processo de transformação que rompa barreiras para a superação do modelo hospitalocêntrico (Garcia; Reis, 2018).

Segundo Amarante e Nunes (2018), a produção do ato de cuidado pressupõe: 1) território; 2) responsabilização; 3) acolhimento; 4) projeto de cuidado e diversidade

de estratégias; e 5) articulação de uma rede. A Atenção Especializada em Saúde integra o trabalho através do planejamento no território, centrado nas necessidades das pessoas, com base na universalidade, integralidade e equidade, fortalecendo e atuando junto com a Atenção Primária. Trata-se de um fazer coletivo e integrado.

Segundo Macedo, Abreu e Dimenstein (2018), trata-se de construir um lugar de pertencimento que proporcione o cuidado necessário, que vá de encontro com as demandas das pessoas, que seja uma construção coletiva, considerando o indivíduo e as relações que ele estabelece no contexto, em sua diversidade, enquanto ser único e coletivo ao mesmo tempo, responsável pela sua mudança e pelo lugar que ocupa.

Neste contexto, a proposta da Clínica Ampliada¹ se constitui como ferramenta de integração e articulação na produção do ato de cuidado. O trabalho transdisciplinar no manejo das complexidades com uma equipe multiprofissional possibilita pensar e construir o cuidado de maneira integral e compartilhada, ampliando o olhar diante da demanda da pessoa e do contexto, buscando novos caminhos que proporcionem respostas adequadas e reais (Brasil, 2009).

Os instrumentos que norteiam a proposta da Clínica Ampliada são dispositivos resolutivos no âmbito da gestão e de serviços e redes de saúde, sendo as Equipes de Referência e os Projetos Terapêuticos Singulares² aqueles que referenciam a

¹ Clínica Ampliada é uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização, tem como ferramenta de trabalho a Atenção Básica, principalmente a ESF, e propõe qualificar o modo de fazer saúde através do instrumento teórico e prático, com o objetivo de proporcionar saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da sua família e da comunidade. Busca trabalhar com demandas concretas dos sujeitos, a inserção da avaliação de questões sociais e subjetivas envolvidas na vida do indivíduo, a garantia de direitos dos cidadãos, os aspectos políticos dos profissionais visando à emancipação dos usuários, bem como o deslocamento da sua condição objetivante. Pontua que o profissional de saúde desenvolva habilidades para ajudar cada pessoa a transformar-se, de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não a impeça de viver outras coisas na sua vida. Ela engloba cinco eixos fundamentais: compreensão ampliada do processo saúde-doença; construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas; ampliação do “objeto de trabalho”; transformação dos “meios” ou instrumentos de trabalho; suporte para os profissionais de saúde (Silva; Mandelli; Bonatti, 2024).

² O projeto terapêutico é compreendido como um condensado das ações em saúde; nele se inscreve a concepção de ser humano que subjaz à prática e às tecnologias que foram ou são desenvolvidas para alcançar os objetivos de cuidar, ampliar o entendimento e a apropriação do processo saúde-doença pelo portador de transtornos mentais e a melhoria da sua qualidade de vida. Sua construção é coletiva, compartilhada, integral e singular. Os projetos terapêuticos são elaborados com base nas necessidades de saúde de cada usuário, levando em consideração seu modo de compreender a vida, suas subjetividades e singularidades, configurando-se numa interação democrática e horizontal entre os atores envolvidos no processo de cuidar (trabalhadores/usuário/família), alicerçados pela utilização das tecnologias das relações que propõe novos fluxos e circuitos dentro do sistema, seguindo os movimentos dos usuários e a incorporação de novas tecnologias de trabalho e de gestão. Outros avanços a serem destacados no processo dizem respeito à flexibilização e à participação, que podem ser modificadas conforme as necessidades. O projeto terapêutico busca atender às demandas de saúde complexas e por isso conta com a equipe multidisciplinar, articulando saberes, práticas e conhecimento dos equipamentos comunitários, com vistas a possibilitar a inserção do usuário em seu próprio meio (Pinto *et. al.*, 2011).

construção do cuidado compartilhado. Isto é, tem-se a responsabilização da equipe na atenção e a corresponsabilização da equipe, da pessoa, da família, da rede e do contexto na construção conjunta do Projeto Terapêutico Singular (Silva; Mandelli; Bonatti, 2024).

Dessa maneira, ampliar e compartilhar a clínica possibilita construir processos de saúde nas relações entre os serviços e a realidade de forma conjunta, participativa, negociada. Todos os saberes são importantes, da pessoa que nos revela a sua história de vida, do contexto no qual ela está inserida, dos seus familiares, bem como o olhar da equipe. Estas são construções relevantes e significativas para encontrar novas maneiras de lidar com o adoecimento e ao mesmo tempo com alternativas que proporcionem a autonomia e o bem-estar (Lima, 2019).

Portanto, os eixos que fundamentam a Clínica Ampliada partem da compreensão do processo saúde e doença sob a perspectiva da construção compartilhada do diagnóstico e da terapêutica diante da complexidade e da necessidade apresentadas (Silva; Mandelli; Bonatti, 2024). Dessa maneira, amplia-se o objeto de trabalho, seja na singularidade, seja no coletivo, quanto à responsabilização da atenção, da referência e do cuidado. Segundo Cunha e Pio (2017), ressalta-se a importância da equipe em utilizar, na construção do Projeto Terapêutico Singular, recursos teóricos, tecnologia leve e instrumentos de trabalho capazes de promover a capacidade técnica para uma escuta qualificada, considerando o acolhimento como o caminho para aproximação e vínculo.

Trata-se de um plano de assistência organizado que possibilita o protagonismo e a autonomia tanto da equipe de referência quanto da pessoa em cuidado; uma experiência de transformação, que representa a mudança de paradigma quanto à forma de proporcionar uma atenção integrada e uma atuação interdisciplinar que vai além do diagnóstico e da medicação. Envolve um sistema de referência e contrarreferência que está relacionado com a entrada no Caps e saída para continuidade do tratamento, seja no território, na comunidade, no bairro ou em outros serviços de atenção à saúde (Silva; Mandelli; Bonatti, 2024).

O PTS é um processo dinâmico, uma estratégia que possibilita à equipe dialogar com a pessoa, a família, a rede e o contexto. Para Cunha e Pio (2017), trata-se de um conjunto de propostas e condutas terapêuticas em construção com o indivíduo ou coletivo, que se orienta pela hipótese diagnóstica, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação, conforme as necessidades e o surgimento de outras demandas. Dessa maneira, quanto mais possibilidades de ampliação do

fazer para cuidar, valorizando as potencialidades, o resgate da autonomia, o amadurecimento, o empoderamento e o resgate da cidadania, mais efetivo se torna o PTS (Gadelha; Catanio, 2021).

Uma das principais metas de cuidado no contexto da Atenção Psicossocial é a promoção da autonomia dos usuários. Essa autonomia é compreendida como processo coletivo e compartilhado, que envolve as pessoas em tratamento, os profissionais, os familiares e o contexto. Trata-se de um processo de desinstitucionalização que reafirma a responsabilidade compartilhada pelo cuidado. A proposta de cuidado no CAPS perpassa ações voltadas ao fortalecimento do protagonismo por meio das vivências grupais, que se configuram como dispositivos importantes no processo de construção de autonomia e de empoderamento das pessoas para a inserção social (Alves *et. al.*, 2018).

No âmbito do movimento de resgate da cidadania, na proposta de desinstitucionalização, fez-se necessária a construção de novas abordagens terapêuticas que pudessem acolher a dimensão psicossocial do sofrimento humano, considerando a subjetividade humana, suas demandas e a participação no PTS, que garante direitos e reconhece os sujeitos como ativos na reconstrução da cidadania e da autonomia. Nesse contexto, o grupo terapêutico surge como proposta de trabalho que considera as relações enquanto processo de construção coletiva e de integração (Cunha; Pio, 2017).

2.3. GRUPOS TERAPÊUTICOS NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Os grupos oferecidos pelo CAPS se propõem à construção da reabilitação psicossocial por meio do fortalecimento do protagonismo e do desenvolvimento da autonomia. São grupos com ações de suporte social e comunitário; são atividades que contemplam várias pessoas em grupos, tais como psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, assembleias, grupos de redução de danos, oficinas terapêuticas, atendimento e atividades sociofamiliares e comunitárias, bem como atividades de reinserção social (Brasil, 2015).

Para Ribeiro (1994), o grupo é um lugar que potencializa e proporciona o diálogo, acolhe, um espaço que compartilha experiências, fragilidades e potencialidades do sujeito em sofrimento, que propõe a escuta na compreensão do humano, a construção de novos caminhos e novas maneiras de ser e estar no mundo.

Os grupos, seja grupo terapêutico, grupo de convivência, grupo com abordagem comunitária, e as oficinas trabalham as relações interpessoais dos sujeitos, lugar de comunicação e integração que traz reflexões, informações, trocas, que ampliam a compreensão do processo saúde e doença, dentro de uma perspectiva que respeita às adversidades (Amarante, 2007).

As experiências em grupos possibilitam a construção das relações interrompidas, sendo o grupo um lugar de encontro, de acolhida, de troca, de construção e ressignificação da existência; no diálogo é possível tornar-se consciente das escolhas e se responsabilizar por elas. É um lugar de reconhecimento da existência, essa experiência ajuda na reconstrução do novo, amplia a maneira de se perceber e provoca reflexões significativas sobre um outro jeito de ser e estar no mundo (Ribeiro, 1994).

Tornar-se consciente das necessidades e habilidades ajuda a criar recursos necessários para a autorregulação e o desenvolvimento da autonomia (Frazão, 2015). O grupo possibilita esse encontro, sendo também lugar de cuidado e proteção, de promoção e construção de novos significados e sentidos.

O grupo terapêutico demanda um espaço específico, seguro, confortável, aberto, dinâmico e acolhedor, que tem propósito, tempo de duração, dia e horário, regras e contrato, que orientam como acontece o processo em grupo. É um lugar de encontro, das diferenças e das semelhanças, que acolhe a diversidade, considerando a singularidade e a dimensão subjetiva da existência das pessoas, seja do sofrimento, seja das suas demandas e necessidades (Ribeiro, 1994).

Um espaço de pensamento crítico e reflexivo, vivência da dor, do sofrimento psíquico, das alegrias, das novidades, das descobertas. Cada pessoa constrói a sua resposta a partir dos seus sofrimentos psíquicos, do seu saber, da maneira que consegue falar de si, da sua história de vida, do contexto e das potencialidades. A troca de experiências provoca pensar a partir do lugar de cada um; na relação, cada caminho representa uma possibilidade de escolha compartilhada (Ávila; Oliveira, 2017).

Ribeiro (1994) considera o indivíduo como um ser de possibilidades e de potencialidades, que precisam ser valorizadas ao longo do processo terapêutico, sendo livre e capaz de fazer escolhas para o seu projeto de vida e responsabilizar-se por elas, um ser dinâmico e ativo que, no processo, encontra um sentido de ser. O ser humano compreende o significado a partir da sua própria vivência.

É na fronteira de contato que ocorre a troca de experiência que possibilita mudança, assimilação da vivência para processo de ajustamento criativo. No fazer junto e, ao mesmo tempo, individual, cada pessoa, a partir das suas características, vivencia e expressa o seu jeito de ser e entender o processo, a partir do tema em questão, e se situa diante da experiência, levando esse momento para o mundo de fora. Quanto mais ela amplia o contato consigo mesma e com os outros, também amplia a sua *awareness*³, uma força integradora da experiência imediata, que proporciona maturidade em se perceber e perceber a relação com o outro (Frazão, 2015).

O grupo representa um campo que envolve pessoas e ambiente. Para conhecer a experiência de campo, é preciso compreender a perspectiva da pessoa nessa vivência, como as relações acontecem, a atividade e as forças dinâmicas experimentadas no grupo (Ribeiro, 1994).

Cada pessoa transforma a realidade do grupo como um todo, uma totalidade cujas partes são interdependentes. O grupo possibilita transformação, a partir da escuta, da vivência dos sentimentos, da troca, da acolhida em compreender o processo de significação do viver e do responsabilizar-se por ele (Sousa *et al.*, 2023).

O processo grupal é construção o tempo todo, as interações surgem diante da necessidade, desejo, percepção, sensibilidade e sentimento, nem todas as pessoas se encontram no mesmo lugar, algumas resistem ao processo, tem um tempo diferente, isso é singular. A resistência pode dificultar o processo de integração do grupo e a interrupção de energia do ciclo de contato, do acesso ao diálogo. Uma polaridade que precisa se integrar, fluir energia, passar do sintoma ao processo de organização do campo. Quando o campo é percebido e sentido como uma possibilidade, um lugar seguro e confiável, o contato e a *awareness* acontecem enquanto processo de regulação e organização do espaço vital do grupo (Ribeiro, 1994).

A troca permite refletir sobre si mesmo e sobre a relação com outro, com o mundo, ressignificar a maneira de estar no mundo, reconstruir maneiras de existir,

³ “*Awareness* refere-se à capacidade de aperceber-se do que se passa dentro de si e fora de si no momento presente, em nível corporal, mental e emocional. É a possibilidade de perceber simultaneamente os meios externo e interno através dos recursos perceptivos e emocionais, embora em determinado momento alguma coisa (interna e externa) possa se tornar mais proeminente” (Perls; Hefferline; Goodman, 1997, p.10).

com dignidade de ser e estar. Ao ter clareza de suas necessidades, habilidades e potencialidades, o sujeito consegue (re)criar recursos necessários para o desenvolvimento da autonomia, reconstruindo um jeito mais integrado de existir e estar no mundo (Ávila; Oliveira, 2017).

Sendo um lugar de encontro, o grupo tem a função de acolher todas as representações sociais e existenciais de cada pessoa, de maneira singular, ao possibilitar a escuta e a fala, que são processos para a construção da relação dialógica, do vínculo. Esse processo gera confiança e espaço para que a pessoa possa expressar a dor, o sofrimento e criar condições para ampliar as escolhas de vida, no sentido de proporcionar o bem-estar biopsicossocial. Nesse movimento, o contexto também se modifica através das relações que se encontram adoecidas, pois ao se perceber capaz de escolhas mais construtivas, a pessoa observa a possibilidade de relações mais saudáveis, o que modifica toda a existência, seja no contexto familiar, de trabalho ou da vida social (Ribeiro, 1994).

2.4. CONTEXTUALIZAÇÃO DA RELAÇÃO DO USO DE DROGAS

O uso de drogas e a relação de dependência química trazem questionamentos e reflexões no âmbito social, econômico, jurídico e das políticas públicas. O tema provoca discussões complexas, sempre em construção com várias teorias e abordagens na compreensão do fenômeno, que acompanha toda a história da humanidade. As drogas fazem parte do mundo e não podem ser extintas, constituem um fenômeno social, que implica ideologias, preconceitos e tabus em relação à maneira como o ser humano vivencia o contato com as drogas (Silveira; Moreira, 2006).

Trata-se de um tema que desperta a atenção e provoca desafios em sua compreensão no âmbito biopsicossocial, cultural e histórico e no cotidiano dos profissionais, que acolhem a demanda das pessoas em relação ao sofrimento e às perdas envolvidas. Ao pensar sobre as dificuldades na compreensão do fenômeno e as possibilidades de acolhida para o tratamento, vários modelos surgem, do proibicionismo ao antiproibicionismo (Bulla; Santos, 2021).

No modelo do proibicionismo, o foco se direciona à abstinência e à repressão, sem possibilidades de escolhas. O sujeito não se torna protagonista do tratamento. Parte-se, então, da visão de uma sociedade sem drogas. Ao contrário, o

antiproibicionismo, que articula outras abordagens e propostas na dimensão humana, social, familiar, biológica, cognitiva, emocional e relacional para a compreensão do fenômeno, considera a pessoa, o sofrimento, a responsabilização, a autonomia, o direito de decidir sobre a vida (Santos; Miranda, 2016). Inclusive decidir manter o uso de drogas, mas buscando alternativas para reduzir os danos. Essa perspectiva, portanto, tem como base o direito de escolha na busca do prazer com responsabilidade.

Na perspectiva da abstinência, o modelo motivacional tem como proposta o cuidado relacionado à conscientização da abstinência e considera dois fatores importantes que interferem no processo de tratamento: a falta adesão e a motivação, que podem causar frequentes recaídas. Considera a motivação um fator importante no processo de tratamento, pois ela possibilita a adesão. A motivação é um fator interno que pode ser influenciado por condições externas, processo que estimula a ação. Nesse sentido, a pessoa se coloca em prontidão para que a mudança ocorra, o que envolve três estágios: pré-contemplação, contemplação e ação e manutenção (Sousa *et. al.*, 2013).

A internação psiquiátrica tem como proposta de tratamento o isolamento social para exercer o controle sobre o indivíduo, uma exigência da submissão da pessoa diante de uma relação de poder onde a instituição, através da figura do médico, determina naquele momento como conduzir todo processo. Por considerar a dependência química uma doença, o diagnóstico é o foco que direciona o cuidado. Trata-se de uma relação de violência que fecha outras possibilidades. E a internação forçada responde a uma demanda social, familiar e política, é uma normatização do controle sobre a pessoa, que é considerada incapaz de participar do processo de tratamento (Malamut; Modena; Passos, 2011). Dessa forma, uma compreensão da relação apenas com o álcool e as drogas não considera a dimensão existencial de pessoa-mundo.

O modelo de atendimento proposto pela Atenção Psicossocial se direciona para o tratamento na integralidade da pessoa. O CAPS, o lugar desse cuidado, é um serviço aberto e comunitário, cuja proposta se direciona na perspectiva multidisciplinar, no território, em processo de trabalho em rede: a atenção básica, a família e a comunidade (Amarante, 2007).

É um fazer coletivo, acompanhamento clínico e inserção social através do trabalho e do exercício dos direitos civis, do lazer, do fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Suas ações se baseiam no PTS, possibilitando as

intervenções pertinentes a cada etapa do processo de tratamento, com abordagem humanizada, que proporciona a liberdade e a autonomia das pessoas diante do seu tratamento, a redução de danos e a responsabilização por seu cuidado (Rodrigues *et al.*, 2022).

A redução de danos aparece na década de 2010 como pressuposto básico da política sobre drogas, que considera as demandas e possibilidades do indivíduo para o tratamento enquanto sujeito protagonista e participativo do processo de cuidado. Para Alvarenga, Silveira e Teixeira (2018), a Redução de Danos é compreendida como uma estratégia na Política de Atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas, que constitui ações que transversalizam os serviços da rede assistencial do SUS. São iniciativas preventivas e de redução de danos que envolvem a participação responsável e a autonomia das pessoas em tratamento, assim como a sociedade.

Enquanto conceito ético, a redução de danos compreende o cuidado a partir de uma escuta qualificada, na compreensão da singularidade e diversidade, reconhecimento da pessoa em sofrimento em toda a sua dimensão. Para Fonseca (2012), cinco princípios norteiam a redução de danos: 1) oferta de políticas públicas e procedimentos de cuidado que visam à redução das consequências prejudiciais do comportamento dependente; 2) reconhecimento da possibilidade da abstinência, mas também da redução de danos para aqueles que querem continuar usando a droga; 3) consideração das demandas das pessoas e articulação dessa integração com as políticas públicas, um fazer coletivo, integrado e não determinado; 4) promoção de serviços de fácil acesso e pronto-acolhimento, abordagem humanizada e princípio da diversidade; 5) princípios da experimentação empática, manejo das questões cotidianas e das práticas reais, profissionais e a pessoa buscando alternativas viáveis naquele momento.

Considerando o direito ao consumo, seja ele experimental, ocasional, recreativo, moderado ou abusivo, as intervenções precisam ser ajustadas às demandas de cada indivíduo (Silveira; Moreira, 2006). Por exemplo, em algumas situações, a maneira de se relacionar com a substância pode trazer mais danos e prejuízos à vida.

Para Surjus e Silva (2019), as pessoas se diferenciam em relação a sua singularidade e ao contexto em que vivem, por isso os danos relacionados ao consumo de drogas se apresentam de forma diversificada e complexa. O envolvimento da pessoa no seu tratamento facilita e direciona as estratégias de cuidado, que proporcionam a compreensão de suas demandas e a realidade na qual

se encontra. São posturas e atitudes, políticas e programas que visam mudanças de paradigmas que possibilitem o diálogo com a sociedade e que as pessoas que usam drogas possam expressar o seu uso, necessidades, desejos, direitos e deveres.

Os princípios da Lei nº 11.343/06, que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD –, respeitam os direitos fundamentais do ser humano, propondo estratégias de cuidado com a rede de atendimento no território e a reinserção social e econômica, considerando a sua autonomia e liberdade de escolha, o respeito à diversidade, a promoção dos valores éticos, culturais e de cidadania (Brasil, 2006). Assim, reconhece-se a importância dos fatores de proteção, de maneira articulada e integrada na construção de estratégias que sejam capazes de alcançar o ser humano.

A Portaria 1.028/05, do Ministério da Saúde, que regulamenta as ações destinadas à redução de danos sociais e à saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas, prioriza a atenção do cuidado integral, a prevenção e a promoção da qualidade de vida, com vistas a reduzir os danos e os riscos em relação à estigmatização, exclusão e vulnerabilidade social devido ao uso de drogas, que afeta a autonomia e compromete a capacidade da pessoa de conduzir a vida de maneira responsável e mais produtiva (Brasil, 2005).

Para a compreensão do fenômeno, é preciso ampliar a maneira de perceber a pessoa em sua integralidade, ela não se apresenta apenas em relação ao uso de drogas, mas enquanto ser humano dinâmico e em relação, desse modo o sofrimento não é isolado, mas integrado a toda a sua existência. Cabe ao profissional de saúde perceber essa dimensão humana, mesmo diante de várias formas de atuação, abordagens e teorias que constituem a formação profissional (Silveira; Moreira, 2006).

A proposta da Atenção Psicossocial considera a diversidade, inclui e aborda o ser humano de maneira humanizada, considerando o contexto ao qual a pessoa pertence. Parte-se da compreensão de que o mesmo lugar que provoca adoecimento pode oferecer possibilidades de resignificação que promovam um novo jeito de ser e estar, de maneira integrada, responsável, autônoma e fluida (Martins; Assis; Bolsoni, 2022).

A busca pelo prazer sempre caminhou com a humanidade, o uso de drogas possibilita encontrar esse lugar de satisfação, de magia e de diversão. No entanto, enquanto há pessoas que fazem o uso de drogas de maneira recreativa ou ocasional e, na maioria das vezes, sem grandes danos, outras têm problemas ou se tornam dependentes, o que provoca a necessidade de ampliar a maneira de olhar e lidar com

o fenômeno e outros processos envolvidos nessa compreensão da dimensão humana (Silveira; Moreira, 2006).

A integralidade do cuidado requer um modelo de atenção que alcance a pessoa em sua vivência com o álcool e outras drogas e possibilite refazer caminhos, que esses caminhos aconteçam de maneira a proporcionar mudanças significativas quanto ao modo como se relaciona com ela mesma, com o mundo e com as substâncias psicoativas (Martins; Assis; Bolsoni, 2022).

O processo de dependência do uso de álcool e outras drogas dimensiona a compreensão da existência humana, considerando o aspecto biológico, psicológico, sociocultural, familiar, cognitivo e emocional. A hereditariedade é um fator significativo, mas não determinante. A referência familiar é muito importante para compreender a funcionalidade da dependência, isto é, quais membros da família compartilham essa realidade e o grau de parentesco envolvido (Silveira; Moreira, 2006).

A história de vida, as escolhas, as não escolhas, as carências, a não satisfação das necessidades básicas para a sobrevivência interferem no desenvolvimento de cada fase da vida, podendo, desta maneira, condicionar o modo de estar no mundo, muitas vezes de uma forma fragmentada, inacabada, fragilizada; não se fecha um ciclo para iniciar outro (Frazão, 2015).

Toda essa vivência se faz presente no decorrer da formação da personalidade, dificultando o desenvolvimento das potencialidades e a ampliação de escolhas mais saudáveis. A relação com droga pode ser uma maneira de preencher essas faltas existenciais, ela pode ocupar um lugar significativo na vida da pessoa, na tentativa de preencher esse vazio, que parte de uma necessidade existencial (Nery Filho *et al.*, 2012).

O contexto, o lugar das relações e das trocas, a busca pela sobrevivência, as necessidades que vão surgindo ao longo da vida, todos esses fatores possibilitam compreender o uso abusivo e a relação de dependência, cujo processo vai se instalando no decorrer da vida. Assim, não é possível falar de relação de dependência sem compreender o indivíduo em sua singularidade (Ciornai, 2023).

Diferentes indivíduos se relacionam com as drogas de maneira singular, criam a sua realidade com as substâncias a partir do contexto em que estão inseridos (Cetolin *et al.*, 2022). Segundo Nery Filho *et al.* (2012), o uso de drogas está relacionado ao fato de sermos humanos; no decorrer da caminhada, as pessoas podem se tornar dependentes do uso de drogas, uma vez que essa relação de dependência dependerá dos fatores que interferem no desenvolvimento da existência

humana.

A Classificação Internacional de Doenças CID-11 (OMS, 2019) descreve a relação de dependência como um conjunto de síndromes, um agrupamento de sinais e sintomas que se repetem com certa frequência, relacionados a padrões de comportamento, com diferentes níveis de gravidade, levando a um comprometimento ou sofrimento clinicamente significativo que interfere na dinâmica de vida da pessoa, em todos os aspectos.

As adições no DSM-5-TR agrupam, na seção nomeada de “Transtornos Relacionados a Substâncias e Transtornos Aditivos” (TRS), dez classes de drogas: álcool, cafeína, cannabis, alucinógenos, inalante, opioides, sedativos, hipnóticos/ansiolíticos, estimulantes e tabaco. Essas se diferenciam em relação aos mecanismos farmacológicos, mas todas têm em comum a direta ativação do sistema de recompensa do cérebro, que influencia a repetição de comportamento e a produção da memória (Tessaro, 2023).

Percebe-se, dessa maneira, a interação disfuncional de um conjunto de fatores para o surgimento do uso nocivo ou da dependência, em que se deve considerar a pessoa, sua história de vida, sua personalidade e o contexto para avaliar a gravidade e definir a relação de dependência, o adoecimento que interrompe a dinâmica das relações pessoais e sociais, causando prejuízos e perdas (Silveira; Moreira, 2006). O tratamento depende da responsabilização da pessoa, dos familiares e dos profissionais de saúde envolvidos.

O uso abusivo do álcool e outras drogas tornou-se um problema grave de saúde pública em decorrência da relação entre o consumo dessas substâncias e os agravos sociais. Atualmente, o que se observa é o aumento do uso drogas em uma idade cada vez mais precoce e o seu uso de forma cada vez mais constante. Consequentemente, nos deparamos com o abandono escolar, rompimento de laços familiares e sociais e aumento de transtornos mentais (Brasil, 2003). Nesse sentido, é importante a compreensão do fenômeno em uma dimensão multifatorial, que possibilite reflexões que contribuam para a construção de políticas públicas mais eficazes que consigam lidar com a questão de forma mais real e próxima.

É muito pertinente pensar sobre os desafios para promover atenção à saúde em todos os níveis de complexidade, desenvolver políticas capazes de subsidiar as necessidades diante de uma realidade tão complexa, possibilitar o cuidado, garantir os direitos e criar recursos que proporcionem o bem integral (Araújo, 2020). Pensar a elaboração dessa política requer o envolvimento de todos os setores da sociedade.

Percebe-se, com isso, os desafios a serem enfrentados.

A atuação da política de atenção ao uso de álcool e outras substâncias psicoativas, apesar dos esforços dos setores envolvidos, não têm conseguido lidar com as demandas de um cuidado integral. Para Santos e Miranda (2016), o que ocorre e se observa são ações pontuais, limitadas a ambientes específicos, mesmo diante do crescimento do uso abusivo de álcool e outras drogas. É importante articular a rede de cuidado e os setores envolvidos, para que assumam o desafio de prevenir, tratar, reabilitar as pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, encarando a questão como um problema de saúde pública.

É preciso reabilitar enquanto processo de reconstrução para o exercício da cidadania e para refazer as relações familiares, sociais e de trabalho, de modo que a pessoa consiga estabelecer uma convivência de trocas, desenvolver a capacidade de interagir, manter o equilíbrio nas diversas esferas da vida e construir novos projetos de vida para que seja funcional (Silveira; Moreira, 2006). Para tanto, é importante refazer caminhos considerando a capacidade humana de transformar a partir das relações que estabelece com o outro, o movimento de interação em que ambos são afetados. Para que ocorram mudanças, tudo que envolve o ser humano precisa ser atingido. Um caminho a percorrer na compreensão do fenômeno requer mudanças de significados na construção de um novo sentido (Sena *et. al.*, 2017).

O fenômeno do uso de substâncias psicoativas reflete no contexto social, devido a sua complexidade, e traz muitos questionamentos sobre como lidamos com a problemática, que atinge a todos nós. Para Eslabão *et. al.* (2023), apesar de grandes avanços, os modelos e abordagens não têm conseguido proporcionar um acompanhamento que contribua para avançar na proposta de um cuidado amplo. Trazer reflexões sobre as intervenções, sobre as políticas públicas e sobre os referenciais teóricos é um caminho significativo para a busca de novas práticas e saberes que possam contribuir com a compreensão de um fenômeno dinâmico.

É importante para a reabilitação psicossocial dos sujeitos e para a equipe a utilização de dispositivos para a produção do cuidado, tais como vínculo, acolhimento, corresponsabilização e autonomia. Ao cuidar do sujeito, a equipe procura entender sua complexidade, subjetividade, singularidade e possibilidades. A produção do cuidado inclui a participação da família no projeto terapêutico. Compreender a dinâmica familiar possibilita perceber as relações, o que contribui para o adoecimento e o que pode ajudar no processo de mudança para construir novos comportamentos, ajustes criativos que favoreçam as condições de tratamento (Silveira; Moreira, 2006).

Um cuidado transdisciplinar se torna necessário, mediante políticas públicas que consigam favorecer e criar recursos necessários que envolvam sociedade, familiares, profissionais humanizados e qualificados. Mudar a compreensão sobre o uso de álcool e outras drogas só se torna possível com o envolvimento de todos (Sena *et. al.*, 2017).

Os membros da família passam pelo processo de sofrimento, ficando codependentes⁴ da maneira como as relações são construídas e mantidas. A família é o lugar da construção da existência, lugar de saúde e doença, dos padrões funcionais e disfuncionais, o comportamento de cada um é interdependente, por isso a importância da compreensão do todo, já que uma parte isolada não revela a complexidade existente no contexto familiar (Patias; Vieira; Santos, 2022).

É a partir da família que as relações sociais são construídas, ela é a ponte com o mundo, uma rede de significados, com suas crenças e valores compartilhados. A família pode sustentar a drogadição ou contribuir com o processo de mudança, ela revela sua estrutura funcional e as mudanças que podem ocorrer durante o tratamento (Silveira; Moreira, 2006). O grupo terapêutico proporciona acolhida e troca, lugar de pertencimento e escuta, facilita a compreensão do adoecimento e cria alternativas para olhar o fenômeno com mais amplitude.

As relações podem causar situações que geram conflitos, em que a pessoa não encontra suporte interno necessário para lidar com as circunstâncias vivenciadas. Isso causa impacto, criando situações inacabadas, interrupções de contato com ela mesma e o mundo, o que abala e proporciona alterações fisiológicas, emocionais e cognitivas, que interferem no comportamento de ser e estar no mundo de maneira fluida, produtiva e criativa, impactando toda relação do organismo com o meio (Frazão, 2015). Saúde é um processo amplo, requer o desenvolvimento criativo de habilidades, suporte interno para que a vida possa fluir, para se autorregular diante das situações inacabadas.

É no contato que se estabelece as possibilidades, a autorregulação orgânica, estar ciente das necessidades, se organizar diante da fragmentação, encontrar solução satisfatória diante da dialética de formação e fechamento de ciclos de vida que interferem no processo criativo e dinâmico. Para seguir o fluxo da vida, é

⁴ O codependente assume responsabilidades que não são suas, concentrando-se na vida do outro. Isso tem impacto na sua qualidade de vida, visto que tende a ficar vulnerável e, por vezes, acreditar que é vítima das atitudes do usuário. É afetado fisicamente, socialmente e psicologicamente, podendo desenvolver sintomas psicopatológicos que são acompanhados de sofrimento, o que gera um vínculo de doença e necessidade de controle (Patias; Vieira; Santos, 2022).

necessário estar consciente dos recursos internos e externos que possam auxiliar a caminhada e a lidar com as barreiras, dificuldades, conflitos da vida e do humano (Frazão; Fukumitsu, 2020).

A compreensão do ser humano envolve a compreensão de mundo, um constitui o outro, enquanto processo que se complementa, inacabado por sua natureza e um vir a ser pela existência. É um desafio que envolve várias dimensões: biopsicossocial, cultural e espiritual. Um todo integrado: singularidade e complexidade interagem entre si dando significado ao sentido de ser. O significado se revela na expressão vivida e o sentido busca realizar-se na possibilidade de ser. A compreensão do que se vive revela o sentido, e esse sentido é interligado à relação de pessoa-mundo (Ribeiro, 2016).

Essa percepção sobre si, o outro e o mundo – que envolve a dimensão do sofrimento ao pensamento criativo – traz experiências significativas e atitudes de valor que podem proporcionar amadurecimento pessoal, crescimento e melhor enfrentamento da situação vivida, uma realidade em total interdependência, um movimento contínuo e dinâmico sempre em relação (Frankl, 2022).

O ambiente e as relações que se estabelecem podem favorecer a integralidade do ser humano e ao mesmo tempo dificultar esse processo, devido aos conflitos, às barreiras, ao impedimento de acesso e à falta de oportunidades. Quando se está em um ambiente que oferece abertura, oportunidades, respeito e reconhecimento, o desenvolvimento para o crescimento ocorre de maneira mais espontânea e fluida. Já em contextos adversos, o ser humano precisa fazer o melhor que pode para se autoajustar na tentativa de sobrevivência (Frazão, 2015).

Quando o ambiente disponibiliza oportunidades de escolhas para suprir as necessidades do desenvolvimento humano, é possível ampliar as oportunidades, isso acarreta a fluidez das interações e facilita a integralidade para o crescimento. Por outro lado, quando o ambiente não consegue suprir principalmente as necessidades básicas, isso dificulta, interrompe e fragmenta o processo de desenvolvimento e causa sofrimento (Frankl, 2022).

2.5. GESTALT-TERAPIA E RELAÇÃO DIALÓGICA

A relação dialógica fundamenta a teoria e a prática da Gestalt-terapia⁵ de explorar o entre. É considerada uma forma específica do processo de contato entre a pessoa do cliente e a pessoa do terapeuta, essa experiência acontece na fronteira, é no entre que ela se estabelece (Cardella, 2015).

Abrange duas posturas polares, o Eu-Tu e o Eu-Isso. O terapeuta utiliza de toda a sua habilidade e uma atitude Eu-Tu integrada para acolher a alteridade, a singularidade do indivíduo dentro do contexto relacional. Os elementos que compõem a relação dialógica, do processo Eu-Tu, são: presença, comunicação genuína e sem reservas e inclusão. Reconhecer e perceber a existência do outro, aceitá-lo e confirmá-lo possibilita que o encontro aconteça, ambos precisam estar abertos a esse processo (Hycner; Jacobs, 1997). Para Buber (1974), a pessoa se revela no ato da relação, que pode acontecer em dois momentos, no Eu-Tu e Eu-Isso, unidade-dualidade. O encontro Eu-Tu envolve presença, reciprocidade, totalidade e confirmação imediata, uma experiência de encontro.

Segundo Motta, Assis e Satelis (2020), o encontro Eu-Isso abrange experimentação, num determinado tempo e espaço, objetivação e durabilidade, é dirigida por um propósito. Em determinados momentos, todos precisamos disso para atingir um propósito, é por esse caminho que se chega no momento Eu-Tu. Portanto, um mundo da relação e outro da experimentação, dois princípios dinâmicos que podem interagir de maneira fluida, que são significativos e importantes por dar sentido à construção da existência humana.

As atitudes Eu-Tu e Eu-Isso são duas posturas primárias que uma pessoa assume em relação à outra pessoa. A primeira é considerada uma atitude de ligação natural, um processo fluido e integrado; a segunda, de separação, também natural e necessária. Ambas são essenciais para o desenvolvimento do ser humano. A vida saudável requer uma alternância rítmica entre as duas atitudes, um movimento de busca constante pelo ponto de equilíbrio entre separação e conexão com as pessoas

⁵ A abordagem da Gestalt-terapia teve sua concepção em Nova York em 1950. Frederick Perls é reconhecido como o pai desta abordagem. É considerada uma abordagem terapêutica relacional que traz uma proposta integradora do ser humano na compreensão da subjetividade, um ser complexo, que se revela em um movimento dinâmico e em processo de construção. Integra três filosofias fundamentais: existencialismo, fenomenologia e humanismo, influenciada pela Teoria Organísmica, Teoria de Campo, Psicologia da Gestalt e Holismo (Freitas, 2016).

(Hycner; Jacobs, 1997). Para Polster e Polster:

Desde o corte de nosso cordão umbilical cada um de nós se tornou um ser separado, procurando a união com aquilo que é outra coisa diversa de nós mesmos. Nunca mais poderemos retornar ao paraíso simbólico original; nosso senso de união, paradoxalmente, depende de um elevado senso de separação, e este é o paradoxo que procuramos constantemente resolver (Polster e Polster, 2001, p. 98-99).

Na fronteira do contato, a pessoa traz a sua existência, como funciona em seu ambiente, como estabelece o contato entre as pessoas e o ambiente. Seus pensamentos, ações, comportamentos e emoções se revelam e a pessoa experimenta encontrá-los na fronteira (Hycner; Jacobs, 1997). Segundo Cardella (2015), uma das tensões mais fundamentais da existência humana é a tensão entre a natureza relacional com as pessoas e com o mundo e a sua singularidade. Por isso, na perspectiva da Gestalt-terapia, a base última da existência é relacional e dialógica, somos conectados por um tecido inter-humano, nos tornamos humanos e confirmamos a nossa existência em relação com as outras pessoas e no mundo. Tudo acontece na fronteira do entre.

A relação dialógica está em tudo na vida, isto é, não só no âmbito da Psicologia, mas em todos os contatos entre pessoas e, algumas vezes, entre pessoas e objetos. Pode ser também um encontro consigo mesmo, enquanto ser de reflexão, ao pensar a existência como ela acontece, no momento da introspecção, em que surgem provocações que instigam a busca de respostas. Essa reflexão cria tensão, que movimenta a busca de alternativas, esse momento possibilita o contato com os sentimentos, dúvidas e questionamentos, já se inicia o processo de inquietação da existência (Frazão, 2015).

A qualidade de vida depende da maneira como essa tensão é resolvida repetidamente durante todo o desenvolvimento da existência humana. Para Hycner e Jacobs (1997), trata-se de uma tensão existencial, do que se relaciona aos interesses pessoais e às necessidades relacionais. Esse é o cerne de uma vida saudável. Um autorregular-se enquanto processo de desenvolvimento e amadurecimento, de escolhas criativas e funcionais diante do que o mundo também oferece. O processo de adoecimento está relacionado com o diálogo perturbado com as pessoas, o mundo e a dificuldade em fazer contato consigo mesmo, quando não encontra respostas adequadas às necessidades existenciais. Nesse sentido, a patologia é compreendida como um distúrbio da existência inteira da pessoa, de um ser humano integral e

singular.

O diálogo perturbado desequilibra as alternâncias rítmicas entre as polaridades Eu-Tu e Eu-Isso. A predominância da atitude coisificante (Eu-Isso) provoca um desequilíbrio em relação à orientação dialógica da pessoa em sua existência e com a existência das outras pessoas. Ao focalizar tão intensamente e de maneira esmagadora e predominante em um objeto, ocorre um processo de adoecimento, de fragmentação, que interrompe o contato criativo em todas as dimensões do existir, ou seja, ao colocar as pessoas em segundo plano, coisificando-as, a pessoa também se coisifica (Buber, 1974).

A patologia é compreendida como uma parte de várias outras partes do todo da pessoa, uma parte afetada compromete o todo. O sintoma pode ser compreendido como um sinal do organismo que tenta se ajustar de maneira não criativa, disfuncional ao modo de ser e estar no mundo. Essa estrutura constituída teve a necessidade de funcionar de tal maneira porque se encontra interrompida, não fluida em relação a si mesma, às pessoas e ao contexto de vida (Frazão, 2015).

A percepção integradora acontece através da reconexão, do pensamento, da percepção, do sentimento e da ação, que religa a natureza do ser com a natureza coletiva. Se aceitar e aceitar o mundo com toda a sua diversidade modifica toda a dinamicidade do ser e propicia a ampliação da consciência, trazendo maturidade emocional, responsabilidade, autonomia e independência. A *awareness* promove o desenvolvimento de habilidade, flexibilidade, criatividade e sabedoria para lidar com os recursos internos-externos, para aumentar o autossuporte e a sua manutenção enquanto processos de autorregulação organísmica (Cardella, 2015).

A resposta criativa proporciona ajustamento funcional, bem-estar, harmonia e fluidez. Isso não significa cura ou reparação de qualquer distúrbio, mas sim a possibilidade de a pessoa ser autêntica, o direito de ser diferente, o seu modo singular de estar no mundo. Isso também não significa que o diagnóstico não seja considerado, ou que o estado patológico seja negado, o enfoque se direciona para a pessoa e suas possibilidades de encontrar outra maneira de ser e viver, que possa estar mais *awareness* de suas necessidades e se autorregular em processos criativos (Frazão, 2015).

A vivência do contato interrompido possibilita encontrar as respostas para o processo de integração, ampliando o campo, se tornando *awareness* e promovendo a conscientização da experiência vivida, o que possibilita a reabilitação da percepção

emocional (Ribeiro, 2017).

3. PERCURSO METODOLÓGICO

3.1. DELINEAMENTO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório, cuja perspectiva é compreender o fenômeno a partir do relato da subjetividade das pessoas (Minayo, 2013). A pesquisa qualitativa visa à compreensão dos elementos que tenham significado e sentido em relação ao fenômeno vivenciado, da realidade percebida e da experiência consciente das pessoas, enfatizando a subjetividade (Bardin, 2022). O estudo descritivo e exploratório, por sua vez, tem como proposta compreender as características de um determinado fenômeno, por exemplo como as relações se estabelecem, como a natureza dessa relação acontece, como as pessoas lidam com determinada realidade, considerando as atitudes, o comportamento, as opiniões e o jeito de ser e estar em relação, como se organizam no dia a dia; são informações mais específicas e detalhadas (Minayo, 2013).

Dessa forma, a prioridade da investigação é apreender o significado que diferentes pessoas atribuem ao seu jeito de ser e estar no mundo. Segundo Minayo (2012), através do método de observação do fenômeno, procura-se investigar a maneira como a pessoa percebe o mundo, como se comunica, como adquire autoconhecimento, como os problemas humanos acontecem nas interações, como os significados são construídos a partir das vivências em grupo e das experiências que acontecem fora do grupo terapêutico. Trata-se de um processo que analisa os dados de forma indutiva. Assim, a pesquisa tem como foco de interesse a pessoa e as suas relações e interações com o meio em que vive.

Para Bardin (2022), a pesquisa qualitativa abrange a realidade subjetiva, uma metodologia que explica as opções teóricas fundamentais para descrever o fenômeno que ocorre da interação do ser humano com seu mundo, estudar o fenômeno em sua totalidade, entender como isso afeta a maneira de ser e estar no mundo, construindo o sentido da vida, enquanto processo que influencia aspectos fundamentais de saúde e doença. Assim, acompanha-se a realidade, descreve-se e interpreta-se os dados encontrados. Essa metodologia percorre o caminho de pré-análise; exploração do material coletado; categorização; tratamento dos resultados, inferências e interpretação.

Minayo (2012) considera que a pesquisa qualitativa abrange o universo dos

significados, das motivações, dos interesses, dos desejos, das crenças e dos valores, os quais influenciam as atitudes diante da vida. Esses aspectos não se manifestam de maneira isolada, mas sim em interação com o contexto e com as pessoas, o que revela fenômenos humanos que podem ser compreendidos e interpretados a partir da realidade.

O método qualitativo de pesquisa pretende compreender como ocorre a interação subjetiva e relacional da realidade do sujeito em seu contexto, considerando espaço, tempo, representações sociais, motivações, valores, crenças, a partir das percepções, das vivências, como ele se sente e pensa a respeito de si mesmo, do outro e do mundo, de que maneira isso vai dando significado à sua existência. Trata-se de um método dinâmico, que busca entender o pensamento e a vivência da relação com a realidade (Minayo, 2013).

Para o delineamento da pesquisa, utilizou-se o guia COREQ – *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* ou Critérios Consolidados para Relato de Pesquisa Qualitativa – (Souza *et al.*, 2021).

3.2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.2.1. Campo da pesquisa

O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas está localizado na cidade de Goiânia. A cidade de Goiânia possui uma população estimada de 1.555.626 habitantes (IBGE, 2022), está localizada na Região Centro-Oeste do país e é um dos principais centros econômicos estaduais, destacando-se nas atividades desenvolvidas pelo setor terciário da economia. O CAPS está situado na Região Noroeste, região periférica com população estimada de 164.283 habitantes (Goiânia, 2022), conhecida como uma das regiões de Goiânia com alto índice de violência e tráfico de drogas (Souza, 2020).

O território possui 50 Equipes Saúde da Família, uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), dois Centros de Atenção Integrada à Saúde (CAIS), uma maternidade (Secretaria Municipal de Saúde/Dados do Distrito Sanitário Noroeste em 2024), e dois CAPS, um que atende demanda de álcool e outras drogas e outro direcionado para a demanda de transtorno mental, ambos para população adulta, e ocupam o mesmo espaço. O motivo desta escolha está relacionado à atuação

profissional no CAPS AD III, com Grupos Terapêuticos, em relação ao tratamento de pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas.

A Unidade oferece acolhimento inicial, escuta qualificada, grupos terapêuticos, oficinas, atividade física, horta comunitária, práticas integrativas, acolhimento diurno e noturno. Os grupos são conduzidos por profissionais das áreas de Psicologia, Enfermagem, Assistência Social, Educação Física, Arte Cênica e Medicina no período matutino e vespertino. As oficinas são realizadas por profissionais de nível técnico e superior. As pessoas são encaminhadas aos grupos e oficinas após acolhimento inicial, elas escolhem qual grupo desejam participar conforme disponibilidade de dia e horário ou pela identificação com o acolhedor.

3.2.2. Colaboradores da pesquisa

A população do estudo foi composta por usuários do CAPS AD III Noroeste, com idade entre 18 e 60 anos, gênero masculino. São pessoas em tratamento que apresentam uso abusivo e/ou dependência de álcool e substâncias psicoativas e encontram-se com dificuldades de lidar com essa relação, que no momento está causando danos em suas vidas. Seus registros encontram-se no CELK Saúde – Sistema de Tecnologia Especializada à Saúde – em prontuários eletrônicos. Os usuários em tratamento foram selecionados a partir dos Grupos Terapêuticos do período matutino conduzidos pela pesquisadora, nos quais participam apenas pessoas do gênero masculino.

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: usuários do gênero masculino, na faixa etária de 18 anos a 60 anos, em acompanhamento no CAPS AD III por um período acima de seis meses, que estavam vinculados ao grupo terapêutico com frequência contínua (no mês, totalizando de 3 a 4 encontros; no período de 6 meses, totalizando 20 encontros), mesmo com faltas ocasionais e justificadas registradas em prontuário e/ou ao terapeuta do grupo. Critérios de exclusão: usuários que estivessem com desorientação auto e alopsíquica avaliada pelo coordenador do grupo no momento da coleta de dados. O critério de seleção ocorreu por conveniência.

O interesse em avaliar o processo de tratamento sob a abordagem humanista, através da relação dialógica, se justifica por essa ser uma postura e um instrumento fundamental na Gestalt-terapia, que faz parte da formação da pesquisadora. Nesse sentido, os outros grupos existentes no CAPS AD III não participaram, pois os outros

profissionais não têm formação em Gestalt-terapia.

O convite para participação do grupo focal aconteceu no momento do grupo terapêutico, quando se explicou a intenção do projeto de pesquisa. Foi agendado o dia, seguindo a agenda dos grupos, de modo que os integrantes seriam dispensados do grupo terapêutico para participarem do grupo focal. Estes foram informados que outras pessoas conduziram esse momento com eles.

3.2.3. Instrumentos e procedimentos para coleta de dados

Inicialmente, como proposta de procedimento e de instrumentos de coleta, foi realizado um teste piloto de grupo focal para validação do instrumento em outro CAPS AD II de Goiânia. A escolha desse CAPS ocorreu em função da localização, do tempo de existência, do fluxo de pessoas e do fácil acesso.

No segundo momento, a pesquisadora entrou em contato com a coordenadora do CAPS AD II por telefone e agendou um encontro para conversar sobre o projeto, ela solicitou que participasse da reunião e conversasse com a equipe sobre a pesquisa, para que tivesse a liberação para participar dos grupos terapêuticos, informou dia e horário da reunião. Assim, na reunião de equipe, a pesquisadora expôs sobre o projeto e o objetivo da pesquisa, inclusive sobre retornar com os resultados. A equipe concordou e acolheu considerando a importância da pesquisa.

Foi realizado o grupo focal para reunir informações que identifiquem percepções, sentimentos, atitudes e ideias das pessoas a respeito do processo de tratamento, como essas vivências no grupo terapêutico contribuem para o processo de autonomia. O convite para a participação desse grupo focal ocorreu no dia do grupo terapêutico e foi feito pela coordenadora do grupo, que esclareceu o motivo da testagem. Após esse esclarecimento e a permissão dos participantes, combinamos a minha ida ao grupo para a efetivação da testagem. A pesquisadora conduziu o grupo focal experimental, os colaboradores a receberam com muita abertura. Realizamos um momento para acolhida e apresentação. Logo em seguida, os participantes foram informados sobre o projeto e o objetivo da pesquisa, e se colocaram à disposição para colaborar.

Participaram do teste piloto cinco colaboradores, acima de 18 anos, um grupo misto, formado por pessoas do gênero masculino e feminino, que estão em tratamento devido ao uso abusivo de substâncias psicoativas e álcool há mais de seis meses, vinculados ao grupo terapêutico, com frequência semanal, conforme critério de

inclusão.

Para a realização da coleta de dados, utilizou-se de oito perguntas norteadoras (Apêndice D) para que as pessoas respondessem com liberdade e de maneira espontânea, expressando as suas vivências e retratando a sua realidade. O objetivo era compreender o significado e o sentido do processo de tratamento. Também aplicou-se um questionário sociodemográfico (Apêndice B) e um questionário sobre a contextualização do uso de álcool e substâncias psicoativas (Apêndice C).

Todo o processo aconteceu em um ambiente seguro e privativo. Isso possibilitou avaliar posteriormente os instrumentos e fazer os ajustes necessários, como diminuir o número de perguntas norteadoras – de oito para quatro – para evitar respostas semelhantes que surgiram após avaliação e fechar algumas perguntas abertas do questionário sociodemográfico, para reduzir o tempo, ajustando assim a aplicação deles. Os ajustes ajudaram a qualificar os instrumentos e evitar os vieses. É importante destacar que os registros não entraram na pesquisa, esse momento foi destinado apenas para avaliar os instrumentos.

Ao receber a autorização da Escola Municipal de Saúde Pública (EMSP) para permitir que a pesquisa acontecesse na Unidade de Saúde e a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (Anexo C), comuniquei a gestora e as duas profissionais que conduziram os grupos. Organizamos a agenda e informei aos participantes o dia e horário para a realização dos grupos para coleta de dados.

Os grupos focais aconteceram com as pessoas em tratamento devido ao uso abusivo de álcool e outras drogas em quatro momentos, ou seja, quatro agendas em datas diferentes, mas no mesmo dia da semana em que acontece o grupo terapêutico. Essa escolha deveu-se ao fato de julho ser um mês em que, geralmente, há maior afastamento dos usuários do CAPS devido às férias. Além disso, a liberação para a coleta de dados pela EMSP ocorreu nesse mês, o que dificultou o agendamento com os participantes. Foram realizados dois grupos com dois colaboradores cada, um grupo com três colaboradores e um último grupo com quatro colaboradores, totalizando 11 colaboradores, no período de julho a outubro de 2024.

Inicialmente, foi realizada a leitura explicativa sobre o projeto, o funcionamento do grupo focal e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após a compreensão e concordância de todos, os colaboradores assinaram o termo e iniciaram o preenchimento dos questionários.

Em seguida, foram feitas as perguntas norteadoras pelas colaboradoras que conduziram o grupo focal e que são profissionais do CAPS AD III Noroeste, onde foi

realizada a coleta de dados. O grupo focal foi fechado e cada encontro ocorreu em um dia diferente. Foi organizado com as pessoas que se dispuseram a colaborar nesse momento e compareceram no dia agendado. Por esse motivo, os grupos focais aconteceram com a colaboração de duas pessoas em dois grupos distintos: um grupo com três e um grupo com quatro pessoas, elas compareceram conforme disponibilidade do agendamento. Também contou com a colaboração de cinco pessoas do grupo que se relacionam de maneira abusiva e/ou de dependência de álcool e seis pessoas do grupo de álcool associado a outras drogas.

As mesmas perguntas norteadoras e o questionário sociodemográfico foram realizados da mesma maneira em todos os grupos, todos participaram no mesmo momento respondendo às perguntas de maneira interativa, todos foram colaborativos, respeitando a fala de cada pessoa e contribuindo com as respostas. A dinâmica do grupo aconteceu de maneira integrativa, não houve nenhuma intercorrência.

Além disso, o processo contou com as observações e percepções das coordenadoras: uma coordenava a condução do grupo e a outra ocupou o papel de moderadora, registrando expressões, atitudes e comportamentos. Os registros foram feitos em uma folha de papel sulfite e não seguiram nenhum critério, foram feitos conforme a percepção da moderadora. Essas impressões não foram inseridas na pesquisa.

Cada grupo teve duração de 1h30min. Durante os encontros, foram utilizados dois gravadores – um celular Redmi Note 8 e um gravador digital KP 8004 Digital LCD –, o que garantiu que todo o material coletado não sofresse intercorrências. Posteriormente, as gravações foram arquivadas para análise, destacando as unidades de significado relevantes da experiência estudada.

A coleta de dados no CAPS AD III foi conduzida por profissionais qualificados em pesquisa de grupo focal, uma com formação em Psicologia e outra com formação em Enfermagem, ambas trabalham no CAPS AD III Noroeste. Elas não têm contato com as pessoas dos Grupos Terapêuticos conduzidos pela pesquisadora. A profissional de Enfermagem participa da equipe do RECUID – Grupo Interdisciplinar de Pesquisa e Intervenções em Saúde Mental da Universidade Federal de Goiás (UFG). As duas alternavam em cada grupo focal entre a condução do grupo e a observação e anotação das expressões e atitudes dos participantes. A participação delas aconteceu apenas no grupo focal.

Segue abaixo as perguntas relacionadas aos dados sociodemográficos:

- 1- Idade/ Gênero/ Sexo/ Raça/
- 2 - Escolaridade/ Profissão/
- 3 - Vínculo empregatício/ Benefício/
- 4 - Ocupação atual/ Renda/
- 5 - Relação conjugal/ Tempo de união/
- 6 - Moradia/ Religião/

Segue abaixo as perguntas norteadoras:

Pessoas em tratamento:

- 1- Como você chegou para o acolhimento inicial no CAPS?
- 2- Como avalia a sua vivência no Grupo Terapêutico?
- 3- Quais mudanças você percebeu desde o início do tratamento?
- 4- E hoje como você se percebe?

Segue abaixo as perguntas relacionadas ao contexto do uso de drogas:

1 - Início do uso:

Lícita/idade:

Ilícita/idade:

Motivo para iniciar o uso:

Se fez uso de outras drogas, citar quais:

2 - Qual(is) droga(s) usada(s) com mais frequência nos últimos 6 meses:

Lícita:

Ilícita:

3 - Está em uso de medicação, quais?

4 - Quando buscou ajuda pela primeira vez?

5 - Tempo de tratamento?

6 - Quantas internações?

7 - Tem envolvimento com a justiça?

8 - Qual a rede de apoio?

O Quadro 1 descreve aspectos relacionados à metodologia.

Quadro 1 – Metodologia

Conteúdo	Objetivos	Metodologia	Duração
<ul style="list-style-type: none"> ● Apresentação de cada participante ● Apresentação do Projeto de Pesquisa ● Orientação do passo a passo do grupo focal ● TCLE ● Questionário sociodemográfico ● Questionário sobre uso de álcool e substâncias psicoativas ● Perguntas norteadoras 	<ul style="list-style-type: none"> ● Acolhida e interação ● Esclarecimento sobre a pesquisa ● Tirar dúvidas ● Esclarecer o documento sobre a permissão de participar da pesquisa ● Compreender histórico social e condições de vida ● Compreender a contextualização do problema a ser pesquisado ● Dinâmica do grupo focal 	Grupo focal	1h30min

Fonte: Elaborado pela autora.

Considerando os procedimentos metodológicos, a partir das perguntas norteadoras foi construído um quadro, que foi dividido em quatro campos para cada pergunta e suas respectivas respostas para maior visibilidade, o que facilitou a exploração de todo o material.

3.2.4. Procedimentos éticos

Esta pesquisa seguiu os critérios éticos previstos na Lei nº 14.874/2024, que dispõe sobre princípios, normas regulamentadoras, diretrizes e regras para condução de pesquisas com seres humanos, seja em instituições públicas ou privadas, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, e institui o Sistema Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (Brasil, 2024). Ela visa assegurar os direitos e deveres dos participantes da pesquisa.

Com relação aos riscos, essa pesquisa foi considerada de risco mínimo, não ocorreu nenhum desconforto psicológico e/ou constrangimento ao relatar as vivências. Por ser uma pesquisa que envolveu coleta de dados em ambiente presencial e demandou refletir sobre as perguntas disparadoras, não ocorreu cansaço pelo tempo e pela fala longa de outras pessoas, todos foram participativos. Não foi possível garantir total confiabilidade, algumas pessoas se encontraram pela primeira vez, não possuem vínculo por não participarem do mesmo grupo terapêutico.

Com o intuito de reduzir os riscos da pesquisa, foi informado aos colaboradores o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A), assim, se acontecesse alguma situação que causasse constrangimento, a pessoa poderia

interromper a sua participação. E se por acaso acontecesse alguma situação que causasse intercorrência psicológica durante o momento da coleta de dados, a pesquisadora e a auxiliar, que possuem formação em Psicologia, se dispuseram a dar suporte à situação vivenciada.

Os colaboradores não receberam nenhuma compensação financeira, assim como ficaram isentos de despesa com essa pesquisa. Os benefícios dessa pesquisa estão diretamente relacionados aos colaboradores, visto que os resultados se relacionam ao tratamento oferecido pelo CAPS AD III. Trata-se de uma pesquisa que incide diretamente sobre a qualidade do atendimento e se a abordagem proposta favorece o processo de desenvolvimento da autonomia, uma vez que objetiva promover reflexões acerca da compreensão das pessoas em sofrimento decorrente do uso de álcool e outras drogas.

Os dados coletados por meio da pesquisa foram resguardados e protegidos contra sua revelação não autorizada, assegurando a integridade moral e jurídica do colaborador. O acesso a essas informações está restrito apenas à pesquisadora, à auxiliar da pesquisa e às orientadoras responsáveis, garantindo a confidencialidade dos dados. Todo o material utilizado na pesquisa será guardado pela pesquisadora e pelas orientadoras em lugar sigiloso durante cinco anos. Após esse período, os áudios e as transcrições serão excluídos do computador e a transcrição impressa será incinerada, conforme as prerrogativas da Lei nº 14.874/2024.

3.2.5. Análise dos dados

A análise dos dados se baseou no referencial de Bardin (2022), em que as etapas de descrição envolvem um processo racional e sistemático de investigação, descrição, exploração e interpretação através da análise dos dados coletados.

O processo de investigação das relações e interações se deu a partir das etapas que compreendem a pré-análise, a Análise de Conteúdo e a organização dos dados coletados. Trata-se de uma atividade intuitiva, que envolve compreender e interpretar as mensagens, sistematizá-las e contextualizá-las por meio da leitura flutuante (Bardin, 2022).

Após a transcrição fidedigna das falas, realizou-se uma leitura criteriosa, com o objetivo de apreender o sentido que direcionaria para a construção da estrutura central do tema. As respostas foram agrupadas por semelhança em eixos, por meio

das etapas de ordenação dos dados, classificação dos dados e análise final. O processo envolveu a definição do sentido geral; a divisão das unidades de significados, conforme eixos; a transformação dos eixos de significados em expressões de caráter psicológico; e a determinação da estrutura geral dos significados psicológicos (Bardin, 2022).

Buscou-se compreender o contexto e as relações que se configuraram durante todo o processo, o que envolve não apenas perceber as falas, mas também as expressões que emergiram nos momentos de dificuldade diante de conteúdos de profundo significado. O silêncio na resposta, o suspiro, os tropeços na fala, os gaguejos, as exclamações, as inquietações, aquilo que converge e diverge, a dúvida, o choro, não saber responder – todos esses elementos fizeram parte da construção da análise, direcionando a um sentido que se integrou pelas semelhanças e aproximações diante do contexto e do fenômeno estudado, contribuindo para a formação dos conteúdos e das categorias.

A técnica de Análise de Conteúdo busca construir o *corpus* da pesquisa. Relacionada ao contexto, às pessoas e às ações humanas, é um conjunto de técnicas de análise de comunicações que busca descrever detalhadamente as informações do que está sendo investigado, seguindo de maneira criteriosa o que foi dito conforme o olhar de cada pessoa na situação investigada. São informações que ilustram a realidade, segundo as perspectivas dos sujeitos (Valle; Ferreira, 2023).

Um novo caminho foi construído após o contato com o material coletado, iniciado pela escuta das gravações, leitura flutuante e contextualização da escrita. Buscou-se conectar as palavras ditas e as expressões aos seus significados, compreendendo as entrelinhas e captando a essência singular desses momentos únicos e autênticos. Esse processo exigiu um olhar cuidadoso, respeitoso e curioso, que permitiu navegar em um universo humano complexo e rico em informações. A experiência revelou surpresas que encantaram. Semelhante ao olhar ingênuo de uma criança ao contemplar algo novo, cheio de magia, cor e sentimento, essa vivência despertou uma percepção sensível, verdadeira e genuína.

Os grupos focais totalizaram sete horas e meia de gravação. Os nomes dos participantes foram registrados de forma abreviada, para garantir o sigilo em todo o processo de transcrição, análise e discussão de resultados. Para compreensão e contextualização da demanda, são apresentados a seguir dados dos colaboradores, como sigla dos participantes, gênero, dados sociodemográficos, tratamento e uso de drogas. Esses dados permitem compreender as interações a partir do lugar social

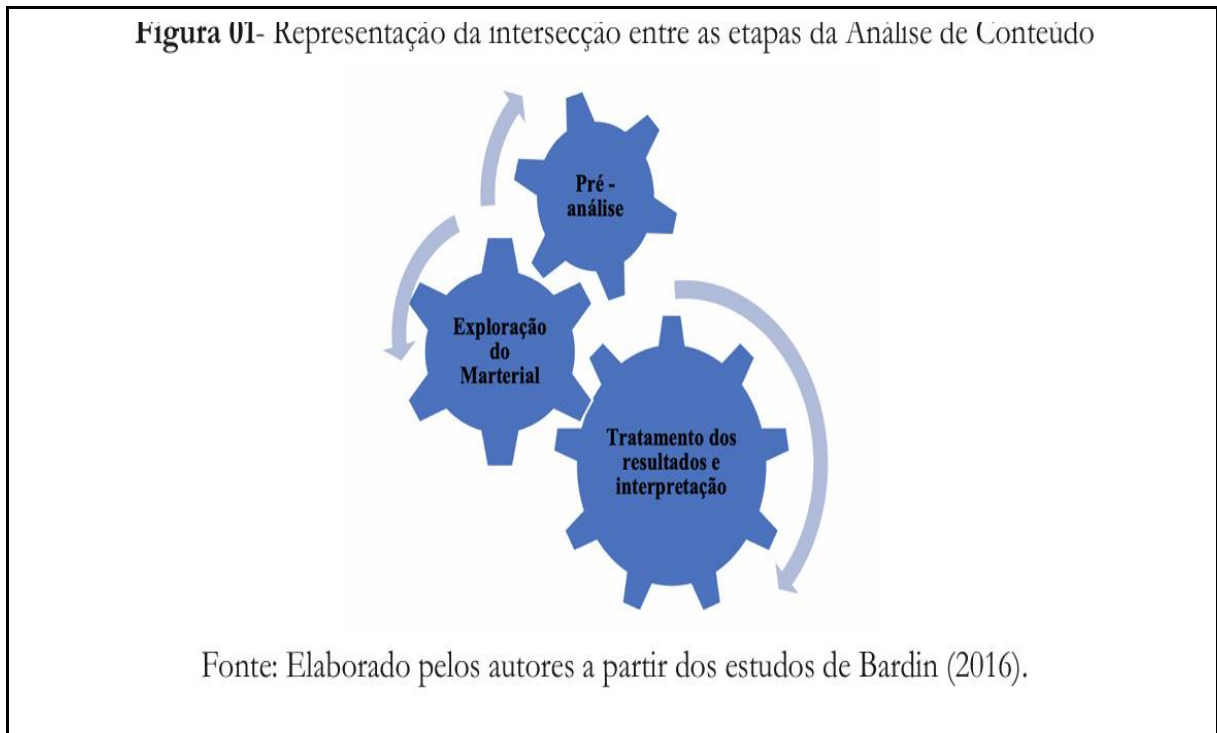
ocupado pelas pessoas, suas condições de vida e a relação com as drogas no momento de investigação da pesquisa.

Para as estratégias de análise, utilizou-se o método de Análise de Conteúdo Temática, capaz de fornecer uma compreensão mais aproximada da realidade ao considerar sujeito e contexto. A Análise de Conteúdo Temática se configura como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, com o objetivo de obter, de maneira sistemática e objetiva, as descrições do conteúdo manifesto ou da expressão desse conteúdo, para que se percebam os indicadores que possam inferir sobre uma realidade explícita. Trata-se de uma abordagem metodológica crítica, uma ciência epistemológica que considera a pessoa como sujeito ativo na produção do conhecimento (Rosa; Mackedanz, 2021).

A Análise de Conteúdo segue três etapas, que se definem como: 1) pré-análise, que envolve a delimitação do *corpus* de análise, a formulação das hipóteses e objetivos e a elaboração dos indicadores que fundamentam a interpretação final; 2) exploração do material ou codificação, ou seja, os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, o que permite uma descrição exata das características pertinentes ao conteúdo expresso; 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação, cuja proposta é colocar em destaque as informações recebidas pela análise, por meio de quantificação simples, como a frequência com que determinados elementos aparecem, ou mais complexa, como análise fatorial e uso de diagramas, figuras, modelos etc. (Bardin, 2022).

O método traz possibilidades de análise dos dados advindos das comunicações na tentativa de compreender os significados e sentidos das mensagens, que descrevem sobre pessoas, lugares e processos interativos considerando a aproximação do pesquisador com a situação estudada. Essa experiência possibilita espaço de busca de significados, de reconstrução de uma ideia mais abrangente do empírico. Espera-se com isso encontrar o sentido na expressão da subjetividade (Mendes; Miskulin, 2017).

As etapas que compõem a análise dos dados podem ser visualizadas na Figura 1.

Figura 1 – Análise de Conteúdo

Fonte: Valle; Ferreira (2023).

3.2.5.1. Pré-análise

O processo de produção e análise dos dados, a partir do percurso metodológico e da técnica de análise utilizada, foi de muita relevância para explorar o objeto de estudo com coerência. Justamente devido às técnicas utilizadas é que foi possível explorar as questões mais subjetivas, ampliar o campo de pesquisa, contextualizar e interpretar a realidade. A partir dos dados, considerando todo material coletado, buscou-se identificar o conteúdo explícito da fala de cada participante. No decorrer do processo de análise de dados, foi possível categorizar as informações, reunindo-as de maneira agrupada, criando eixos que definiram esse agrupamento. A partir da categorização, foi possível agrupar as informações, esquematizando-as de maneira correlacionada em classes conforme os acontecimentos para que pudessem ser ordenadas (Bardin, 2022).

Com a leitura flutuante, surgem as impressões e orientações, um universo a ser organizado para construir o *corpus* da pesquisa, momento de conhecer e reconhecer o material, de ideias preliminares e de intuição. Essa é a fase de perceber a relevância do material, selecionando o que é pertinente para os objetivos do estudo e descartando aquilo que não contribui com a pesquisa. Também é o momento de

verificar a teoria, as hipóteses e os objetivos a serem atingidos, conforme proposta do projeto de pesquisa (Valle; Ferreira, 2023).

Não é um momento simples. Fazer a escolha do que é relevante e integrar essas informações ao propósito da pesquisa é um processo delicado, que gera muitos questionamentos e que exige dedicação. Por esse motivo, influenciou a construção das etapas seguintes, que orientaram essa decisão:

- **Regra da exaustividade**, estágio em que se buscou o campo *corpus*, o material a ser trabalhado. Foi um momento significativo que exigiu da pesquisadora atenção, dedicação e olhar reflexivo, um momento repetitivo, de ouvir, rever e analisar, trazer todos os elementos da pesquisa à tona e considerar a conexão existente entre eles, diante da completude e do universo a ser investigado. O processo para a definição do campo *corpus* possibilita ao pesquisador se organizar para proceder o seu trabalho, o que depende da avaliação, identificação e seleção do material coletado, visto que esses elementos representam o universo da pesquisa (Bardin, 2022).

- **Regra da representatividade**, momento em que a amostragem deve trazer a descoberta das características dos elementos que se apresentam, ao mesmo tempo a sua redução precisa contemplar critérios e elementos idênticos que possam ser avaliados e considerados, dentro do universo inicial a ser pesquisado (Valle; Ferreira, 2023).

- **Regra da homogeneidade**, fase de observar se os materiais são homogêneos e seguem os critérios de escolha apresentados. Trata-se de um momento de inclusão e exclusão de dados relacionados ao mesmo tema, considerando o problema da pesquisa e seus objetivos. A intenção é obter resultados globais ou comparar resultados entre si, ou seja, os dados devem se relacionar ao mesmo tema e devem ser aplicados com os mesmos instrumentos e com indivíduos semelhantes (Bardin, 2022). No caso da pesquisa, os mesmos instrumentos foram aplicados em todas as pessoas que participaram do grupo focal: o questionário sociodemográfico, a contextualização do uso de drogas e as perguntas norteadoras seguiram o mesmo padrão em sua aplicação. Também ocorreu homogeneidade nos critérios de inclusão: pessoas do gênero masculino que apresentam problemas relacionados com o uso de substâncias psicoativas e adoecimento devido ao modo de lidar com a situação, em acompanhamento no CAPS AD III, em processo de tratamento acima de seis meses.

- **Regra de pertinência**, momento de leitura mais detalhada, que traga

informações completas do todo, avaliando se elas possuem relação direta com o tema e o objetivo de análise proposto (Valle; Ferreira, 2023). Com isso, se percebeu a relação existente entre o conteúdo expresso, a teoria e os objetivos da pesquisa.

Após a coleta de dados, ocorreu o primeiro contato com os registros: a escuta das gravações, as transcrições e a análise de como o processo aconteceu e como cada pessoa foi respondendo às perguntas, sua compreensão, consciência e percepção de como o tratamento foi acontecendo em cada etapa da vida. Essa interação aproximou-se do material coletado e criou caminhos.

As sensações, sentimentos, impressões e possíveis deduções de como fazer esse caminho emergiram, orientando as etapas a serem seguidas. Transcrever todo o material bruto de acordo com as perguntas norteadoras e as respostas exigiu muita dedicação e cautela para garantir coerência e fidelidade aos registros.

Por meio da técnica de Análise de Conteúdo Temática de Bardin, o processo de produção e análise dos dados possibilitou um entendimento mais aprofundado dos significados e sentidos de cada participante. O percurso metodológico e a técnica utilizada permitiram explorar o objeto de estudo e as questões mais subjetivas, contextualizar e interpretar a realidade. Não apenas descrever, mas também compreender as suas conexões.

A partir desta síntese interpretativa, nesse momento foi possível fazer os agrupamentos e encontrar as principais inclinações e revelar padrões, divergências e convergências para a compreensão dos fenômenos. Isso permitiu criar a categorização e agrupar um maior número de informações de maneira esquematizada, correlacionando classes de acontecimentos, e assim ordená-las (Bardin, 2022). As categorias representam o processo pelo qual as ideias são reconhecidas, diferenciadas e classificadas, foram se agrupando conforme identificação dos significados e sentidos.

A partir disso, caminhou-se para a contextualização das unidades. Com a construção das unidades de contexto e as unidades de registro, foi possível olhar o todo e identificar e classificar os aspectos relevantes e importantes para fazer um estudo mais detalhado, uma análise sistemática e objetiva. Buscou-se integrar os dados, considerando as palavras ditas, as expressões, a razão, as emoções, as ideologias, os sentidos, entre outros elementos, com o propósito de revelar os significados e direcionar a construção dos elementos importantes do *corpus* a ser investigado (Valle; Ferreira, 2023).

Conforme Bardin,

Os resultados em bruto são tratados de maneira a serem significativos (falantes) e válidos. Operações estatísticas simples (percentagens), ou mais complexas (análise fatorial), permite estabelecer quadros de resultados, diagramas, figuras e modelos, os quais condensam e põem em relevo as informações fornecidas pela análise (Bardin, 2022, p. 127).

Posteriormente, após a exploração para encontrar as unidades de significados, foi possível fazer o direcionamento para construção do *corpus*, que abarca a descoberta das características dos elementos que constituem os fenômenos a serem investigados, ao mesmo tempo a sua redução, momento da inclusão e exclusão, a partir da seleção daquilo que se aproxima e pode ser avaliado e categorizado.

Bardin (2022) considera que, em determinados casos, o uso do computador pode ser uma opção para a Análise de Conteúdo quando a unidade de registro é a palavra. Em outras situações, o uso do computador pode ser inadequado, quando se trata de análise exploratória ou quando a unidade de codificação for muito grande. As perguntas norteadoras possibilitam expressão livre sem determinar o tempo de fala, por isso o trabalho e sua análise foram realizados de maneira “artesanal”.

Desse modo, após a finalização das transcrições e sua organização, todo o material foi impresso e, com a utilização de canetinhas coloridas, foi possível destacar as congruências e as diferenças. Isso facilitou a construção de temas – que se relacionam à intenção de determinadas palavras-chave contidas nas perguntas norteadoras – e, posteriormente, o desenvolvimento das categorias.

A Análise de Conteúdo Temática se caracteriza por um conjunto de técnicas por meio das quais se pode analisar um grupo de informações, através dessas informações encontrar o sentido e significado do fenômeno estudado, uma metodologia interativa que busca encontrar as diferenças e semelhanças. A tematização é denominada como a interpretação do fenômeno através da leitura e releitura dos dados coletados. Através da percepção do mundo das pessoas, busca-se identificar as semelhanças e diferenças, o modo como as unidades de significado estão associadas na construção dos temas e a sua relevância no processo, que constitui a essência do fenômeno estudado. A narrativa fecha os temas elencados de maneira unificada, isso significa um intenso aprofundamento nos dados em sua compreensão e contextualização, que estejam associados ao referencial teórico (Rosa; Mackedanz, 2021).

No Quadro 2, é possível verificar os temas elaborados e as suas

considerações. A partir deles, foi possível construir as categorias e subcategorias, bem como a metodologia aplicada.

Quadro 2 – Análise de Conteúdo Temática

Temas	Considerações sobre o processo de agrupamento
Acolhimento	Momento em que relataram a maneira como vieram para o CAPS, a demanda, o apoio de familiares e amigos quando buscaram o tratamento, como foi o acolhimento, o reconhecimento e a negação da necessidade do tratamento.
Uso abusivo e dependência	Reconhecimento da existência de uma relação abusiva e/ou dependência, relato das fragilidades e dificuldades, de como se sentiram impotentes diante da situação vivenciada.
Grupo terapêutico	Um momento de encontro, pertencimento, das diferenças e semelhanças, um lugar de referência, apoio e cuidado.
Prejuízos biopsicossociais	Relatos das perdas que ocorreram durante o uso abusivo e/ou a dependência, as consequências desse uso, de que maneira isso atingiu toda a existência de vida.
Processo terapêutico	Construção de vínculo, abertura, presença, se perceber e perceber o outro, interação e troca, confiança, reconhecimento e ampliação da consciência.
Mudanças significativas	<i>Awareness</i> , consciência de si e do mundo, integralidade, reconhecimento das mudanças significativas que possibilitaram ampliar as possibilidades de escolhas, novo sentido de ser e estar no mundo.

Fonte: Elaborado pela autora.

4. RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa foram organizados em categorias e subcategorias para melhor compreensão e para que pudessem refletir as principais dimensões analisadas. Os resultados derivam da análise dos dados coletados, decorrentes das informações obtidas dos grupos focais por meio das entrevistas.

A análise dos dados teve como propósito responder à pergunta norteadora dessa pesquisa: compreender como as práticas terapêuticas em grupo, no contexto da Atenção Psicossocial, contribuem para o processo de autonomia e para a ampliação das relações interpessoais dos usuários em tratamento. Partindo da perspectiva qualitativa, privilegiou-se a interpretação dos sentidos atribuídos pelos participantes às suas experiências, considerando tanto aspectos individuais quanto coletivos.

A organização dos resultados foi orientada pela Análise de Conteúdo Temática, que possibilitou identificar e agrupar os conteúdos emergentes das falas em unidades de sentido. Esse processo facilitou a construção de categorias analíticas que expressam os principais elementos observados na vivência dos usuários, revelando percepções, sentimentos e desafios relacionados ao cuidado em saúde mental.

Apresentam-se, a seguir, esses resultados, acompanhados de quadros relacionados aos aspectos sociodemográficos, das categorias e subcategorias, assim como de excertos das falas dos colaboradores, que ilustram e dão densidade às análises realizadas.

4.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES

Para compreensão e contextualização da demanda, são apresentados a seguir dados dos colaboradores, identificados por siglas, dados sociodemográficos e dados sobre tratamento e uso de drogas. Esses dados permitem compreender as interações sociais das pessoas, suas condições de vida e a relação com o uso de álcool e outras drogas.

Abaixo, seguem os quadros e tabelas dos colaboradores da pesquisa e os resultados obtidos a partir do questionário sociodemográfico e do questionário sobre a contextualização do uso de drogas (início, qual droga e quando buscou ajuda a primeira vez): Quadro 3 – Colaboradores da pesquisa; Tabela 1 – Dados

sociodemográficos; Tabela 2 – Idade, estado civil, raça e escolaridade; Tabela 3 – Profissão e tipo de vínculo; e Tabela 4 – Início do tratamento e uso de drogas.

Quadro 3 – Colaboradores da pesquisa

Colaborador	Sigla	Gênero
Colaborador 1	Ed	M
Colaborador 2	N	M
Colaborador 3	E	M
Colaborador 4	JV	M
Colaborador 5	W	M
Colaborador 6	AC	M
Colaborador 7	M	M
Colaborador 8	MV	M
Colaborador 9	Si	M
Colaborador 10	C	M
Colaborador 11	S	M

Fonte: Elaborado pela autora.

Tabela 1 – Dados sociodemográficos

Moradia	Frequência	Salário	Frequência	Drogas	Frequência	Autossuporte	Frequência
Própria	05	500 - 1500	06	Álcool	04	Família	06
Familiar	01	1500 - 2500	01	Álcool + cocaína	03	Amigos	01
Alugada	05	2500 - 3500	01	Álcool + maconha	01	Trabalho	01
Instituição	-	3500 - 4500	-	Álcool + maconha + cocaína	02	CAPS	07
Cedida	-	4500 - 5500	02	Inalante + maconha + álcool	01	Igreja	01

Outros	-	Acima 5500	01	Crack	-	Medicação	07
--------	---	------------	----	-------	---	-----------	----

Fonte: Elaborado pela autora.

Tabela 2 – Idade, estado civil, raça e escolaridade

Intervalo de classe	Freq.	Estado civil	Freq.	Raça	Freq.	Escolaridade	Freq.
18 - 28	-	Solteiro	3	Pardo	05	Ensino Fundamental Incompleto	05
28 - 38	2	Amasiado	3	Negro	04	Ensino Fundamental Completo	01
38 - 48	6	Divorciado	1	Branco	02	Segundo Grau Incompleto	-
48 - 58	3	Casado	3	Indígena	-	Segundo Grau Completo	04
Acima de 58	-	Namorando	1	Amarelo	-	Superior Completo	01

Fonte: Elaborado pela autora.

Tabela 3 – Profissão e tipo de vínculo

Profissão	Auxílio-doença	Autônomo	CLT	Servidor Público	Desempregado
Pedreiro		02			
Vigilante	01				
Gari				04	
Arrumador de cargas			01		
Auxiliar de serviços gerais					01
Operador de máquinas			01		
Pastor		01			

Fonte: Elaborado pela autora.

Tabela 4 – Início do tratamento e uso de drogas

Idade do início do uso de drogas	Droga	Idade que buscou ajuda pela 1ª vez	CAPS	Acolhimento Noturno CAPS	Internação	Idade atual
10 13	Maconha cocaína + álcool	32			02	49
18 35	álcool maconha	34	01			43
13	álcool	37			01	38
15	álcool	35			03	44
14 30	álcool cocaína	39			02	46
22	álcool + cocaína	49	01			52
14 23	álcool cocaína	35	01			40
14	álcool + inalante + maconha	37	01			50
15 17	álcool cocaína	26	01			34
20	álcool	44			01	46
17	álcool	38			03	42

Fonte: Elaborado pela autora.

4.2. CATEGORIAS

As unidades de registros aconteceram em quatro etapas diferentes em relação às perguntas norteadoras, que possibilitaram a construção de três categorias. Nessas etapas de registro, evidenciou-se a maneira como as pessoas chegaram para acolhimento e início do tratamento, a partir do relato de suas fragilidades e dificuldades em lidar com o uso abusivo e a dependência. Estavam sem motivação, sem disposição e a vida estava sem sentido. A dependência tinha se instalado, bem como a depressão, um sintoma característico do processo de adoecimento, atrelado à falta perspectiva, o que afetou o contexto de trabalho, familiar e financeiro. Um abandono existencial de si mesmo e das relações com as pessoas e o contexto; uma interrupção

do contato e fragilidade existencial.

As outras etapas foram registros em relação às experiências no decorrer da convivência em grupo, que demonstraram a importância da relação dialógica, da troca, da escuta, da interação. O grupo consistiu um espaço acolhedor na construção da confiança ao permitir compartilhar e explorar os sentimentos, as impressões e as sensações, ampliando a percepção através do processo da relação com o outro, que proporcionou conscientização, maturidade e responsabilização consigo mesmo e com o outro.

Levar toda essa experiência para o mundo de fora permitiu mudanças, da pessoa com ela mesma e com os outros, transformando todo o contexto de vida. Isso ficou evidente nas conquistas pessoais e materiais. Alguns registros demonstram como as pessoas se sentem bem hoje, experienciam o sentimento de felicidade, percebem a confiança do outro neles, as oportunidades surgindo, sonhos se concretizando, reconhecimento e confirmação da existência. Um novo campo se abriu para novas possibilidades. As categorias abaixo registram essa realidade.

As **três** categorias que se relacionam ao processo de tratamento: **1 – Primeiro contato-acolhimento: um olhar reflexivo; 2 – Grupo terapêutico: lugar de cuidado; 3 – Processo terapêutico e autonomia.** No Quadro 4, é possível observar as categorias e subcategorias resultantes do processo de análise e agrupamento conforme identificação.

Quadro 4 – Categorias e subcategorias

Categorias	Subcategorias
1 – Primeiro contato-acolhimento: um olhar reflexivo	1 – Impactos psicossociais relacionados ao uso problemático de álcool e outras drogas. 2 – Desmotivação e falta de sentido de vida.
2 – Grupo terapêutico: lugar de cuidado	1 – Potencialidade da relação dialógica no contexto grupal. 2 – Mudanças significativas no decorrer da convivência em grupo.
3 – Processo terapêutico e autonomia	1 – Um novo sentido. 2 – Conquistas, projetos e sonhos. 3 – Responsabilidade com as atividades laborais e para assumir compromissos. 4 – Mudanças significativas na convivência familiar e social e diminuição de conflitos.

Fonte: Elaborado pela autora.

4.2.1. Categoria 1 – Primeiro contato-acolhimento: um olhar reflexivo

Primeiro contato-acolhimento descreve o momento da chegada das pessoas ao CAPS e como se encontravam: muito sofrimento e fragilidade diante da vida, demonstrando como a relação cristalizada com as drogas foi ocupando um lugar de referência e interrompendo a autorregulação orgânica.

As perguntas norteadoras provocaram um emergir de lembranças e sentimentos de quando chegaram para o acolhimento inicial no CAPS, como assistir a um filme e lembrar de cada detalhe, como se sentiam diante da vida, uma vida totalmente desmotivada e sem sentido. A vida se resumia ao consumo de álcool e outras drogas, causando danos existenciais. As subcategorias, conforme indicado no Quadro 5, retratam a síntese desse momento.

Quadro 5 – Subcategorias

1	Impactos psicossociais relacionados ao uso problemático de álcool e outras drogas
2	Desmotivação e falta de sentido de vida

Fonte: Elaborado pela autora.

4.2.1.1. Subcategoria 1 – Impactos psicossociais relacionados ao uso problemático de álcool e outras drogas

Os relatos evidenciam que o uso abusivo de álcool e outras drogas desencadeou um processo de adoecimento, comprometendo a saúde biopsicossocial, fragilizando o contato com o meio e limitando a autorregulação e a autonomia.

[...] tava bebendo demais e lá (trabalho) eu mexia com as garrafas de bebida e sempre achava meio litro, tinha vez que achava até 1 litro...quando eu começava a beber eu ia embora já tava meio... (N)

[...] bebida alcoólica nunca foi assim chegado não, eu bebia mas não era assim tão dependente dela...se eu falasse assim eu vou beber eu bebia, mas a droga, a química, tinha vez que...eu não tinha ela, mas hora que alguém falava assim pra mim: ô, chegou a...em tal lugar uma carga aí, eu já ficava, sabe, dava até tremor. (AC)

Toda vida eu bebi, foi acrescentar mais em vez de diminuir, cheguei deprimido...sem expectativa nenhuma e o CAPS me acolheu e hoje eu tô aqui vivo. (E)

[...] eu já tive envolvimento com álcool e drogas antes de entrar na empresa...quando eu entrei na companhia onde eu estou hoje, devido ao horário de trabalho que era a noite, de madrugada, o ritmo muito intenso do trabalho, eu comecei aumentar o consumo de álcool e depois drogas, antes foi por curiosidade, experimentar novas sensações, mas quando eu percebi eu tava preso...em um laço, porque eu fazia associação do álcool com a cocaína e já tava perdendo um pouco a noção de quando eu tava extrapolando ou não... (MV)

Nos relatos, percebe-se que, em um primeiro momento, a relação com a droga está ligada ao prazer, porém, posteriormente, surgem o sofrimento e o arrependimento. Esse padrão de uso marcado pela impulsividade acarreta prejuízos importantes, principalmente financeiros, que se estendem para as relações familiares. Nesse sentido, a fala a seguir ilustra como essas consequências se manifestam no cotidiano:

[...] cada dia que passou eu fui vendo o sofrimento, mas a droga é uma coisa tão assim, entre aspas, tão boa que quando você tá usando ela, você não lembra de esposa, você não lembra de mãe, você não lembra de trabalho, você não lembra de nada, por momentos ela te deixa assim, pisando nas nuvens, dá um êxtase, assim, tão louco que só quem usou que vai entender o que eu tô falando, mas depois vem aquela depressão, no outro dia você olha que que eu fiz da vida, o dinheiro acaba, aí você começa a mentir, se enganar pra si próprio, ah! O gás acabou, sempre tem uma desculpa, né, arrumar um dinheiro de qualquer jeito se não, se não for partir pra roubar pra usar a droga...eu nunca cheguei a esse ponto não, mas mentir pra minha família, me enganar pra mim mesmo, as pessoas que realmente me amava, que tava do meu lado, fiz isso muitas vezes pra consumir a droga. (S)

O adoecimento existencial manifesta-se de maneira ampla, envolvendo dimensões físicas, psíquicas e sociais. Ele se evidencia na dificuldade em lidar com o sofrimento e na fragilidade dos recursos, tanto subjetivos quanto objetivos, necessários para conduzir a vida cotidiana. Nesse sentido, a relação abusiva com o álcool e outras drogas reforça o condicionamento e o aprisionamento do sujeito, intensificando sua vulnerabilidade e perpetuando um ciclo de dependência que compromete a autonomia.

Olha, pra mim ficar aqui eu tive que...pra mim não ficar agonizando ali na portaria, bem aqui tem uma distribuidora na esquina...Dr. I. enquanto ele não me atendia, eu cheguei aqui alcoolizado...ia passando o efeito da bebida, pra mim não fazer vômito, eu ia ali corria e tomava uma rapidinho e voltava, até chegou a minha vez...tava tão ruim que, todo debilitado. (JV)

[...] a questão do meu uso, se eu não parasse eu ia morrer...porque eu tava muito ruim, porque o médico já falou pra mim que eu já não posso beber mais, por causa do meu fígado, se não parasse... (M)

Já aconteceu cedo, deu levantar, de eu fazer assim com a mão, eu tava tremendo...gente, se eu não bebo eu não melhora, e se bebesse eu parava de tremer na hora...eu falava: "gente, eu sou alcoólatra, eu não sou", isso assim, eu falando comigo, sabendo que era...bebo mesmo, eu não consigo parar de beber, eu sou alcoólatra, tem vez que eu levanto 7, 8 horas da manhã dá vontade de beber, tem vez que eu bebo de tarde, tem vez que eu bebo de noite, infelizmente eu tô bebendo quase todo dia. (Ed)

[...] eu cheguei tão, eu era tão viciado...se eu ficasse 5 minutos sem a bebida eu começava a agonizar, o organismo não aceitava um alimento, não aceitava nada, outra coisa, era só o álcool. (JV)

Nos relatos, notam-se as dificuldades em cumprir com as obrigações e responsabilidades no âmbito laboral, somadas ao risco de acidentes de trabalho e ao comprometimento no desempenho das funções inerentes ao cargo. Esses fatores não apenas repercutem no desempenho individual, mas também comprometem a dinâmica coletiva e a qualidade do ambiente de trabalho.

[...] como eu entrei na cooperativa, lá mexe com muita coisa, eu só vivia bêbado lá dentro e aconteceu uns acidentes, eu andei me cortando. (N)

Eu comecei a beber com 18 anos, isso me atrapalhou muito e meu serviço...quando um tempo a serviço social me chamou e perguntou se eu queria o tratamento, onde eu comecei o tratamento lá mesmo (trabalho dele), na C. lá tem um apoio, e mesmo, não tava resolvendo, eu continuava bebendo. Aí, onde eles me chamaram de novo e pediram pra mim assinar um termo encaminhando aqui pro CAPS, eu vim pra cá, eu fazia uso de álcool todo dia. (W)

[...] eu já meio tonto, aí continuava, ficava uma semana sem aparecer (trabalho), tinha vez que ficava até duas semanas...ela falava (chefe): não, nós temos que dar um jeito no N. ou ele vai (Caps) ou então vai interromper o serviço aqui porque pode achar nada de pinga que tá bebendo. (N)

[...] a questão do meu serviço...eu estava arriscando a perder meu serviço por causa do álcool, eu não perdi porque mudou eu de posto, pra mim não ficar armado...eu já tava, é, de vez em quando eu tava indo meio bêbado (trabalho). (Ed)

[...] às vezes bebia no horário de trabalho, tava prejudicando bastante, e no trabalho devido as amizades sempre tinha as influências, mas a gente num tava nem na intenção, mas os colegas tava com entorpecente ou às vezes eu tava com entorpecente favorecia a eles também, mas muitas vezes a própria amizade já te prejudicava em relação a vivência, com o próprio colega que você tava fazendo o consumo, te derrubava pro gerente, né, eu fui me prejudicando, eu fui prejudicando a mim mesmo, a droga me prejudicou tanto no trabalho, na questão familiar, eu tava vivendo fechado no meu universo paralelo... (MV)

O envolvimento em situações de vulnerabilidade expressa o comprometimento da capacidade avaliativa e da autorregulação, revelando fragilidade diante dos riscos que atingem tanto o próprio indivíduo quanto aqueles que o cercam. A ausência de

recursos protetivos e de senso crítico contribui para a desorganização subjetiva e para a perda da consciência acerca das possíveis consequências, intensificando o agravamento da vulnerabilidade social e ampliando a exposição a danos e prejuízos.

[...] só que eu estava num estado tão grave que eu cheguei em estado de loucura, conversando sozinho, andando na rua conversando, agredindo os outros na rua, se me olhasse eu agredia... (Si)

Percebe-se, também, o rompimento de vínculos, marcado pela interrupção do contato consigo mesmo e pela alienação de partes de sua identidade. Esse processo resulta em perdas materiais, dificuldades financeiras e fragilidades existenciais diante das demandas da vida e de suas circunstâncias. Nesse contexto, a pessoa encontra limitações para cumprir sua função de atender às necessidades que emergem na relação organismo–meio.

[...] eu ficava 3 dias na rua, perdi esposa, perdi os bens materiais que eu tinha, e olha que eu tinha uma vida controlada, morava num condomínio, a melhor casa era a minha, tinha carro, tinha moto...através do conhecimento da droga, das amizades entre aspás...eu fui perdendo tudo, perdendo o caráter, fui perdendo o respeito da sociedade, porque as pessoas taxam a gente como drogado, como vagabundo, safado... (S)

4.2.1.2. Subcategoria 2 – Desmotivação e falta de sentido de vida

Os registros apontam fragilidades existenciais expressas na perda de sentido da vida, ausência de perspectivas, depressão e falta de motivação. Essa condição gera dificuldades para lidar com o mundo, favorece a repetição de comportamentos disfuncionais e limita o atendimento às demandas do campo organismo-meio. O adoecimento comprometeu a integralidade da existência e repercutiu em diversas dimensões da vida.

Eu cheguei sem expectativa de vida, com vontade de tirar minha própria vida, com depressão profunda...e o CAPS me acolheu...eu vim com a minha esposa e um motorista, não dei conta de dirigir o meu próprio carro. (E)

Eu cheguei ao ponto de não dar conta de trabalhar mais, a firma me encostou, eu entrei tipo o que nem ele falou, uma depressão, eu não tava mais ligando pra vida, eu já tinha me entregado, entendeu? Eu peguei uma fase que eu não desejo, eu não tenho vergonha de falar... eu recebi críticas...eu fui desenganado dos médicos, entendeu? Eu cheguei aqui...eu pensei que eu não, não ia sair vivo, viu, muito debilitado, estava com 72 dias sem comer... foi a minha mãe que me trouxe. (JV)

[...] eu cheguei aqui, eu estava numa situação quase de rua, dormia na calçada, bebia, mijava na roupa, fazia cocô na roupa e tudo. (W)

Eu cheguei aqui debilitado, eu usava muita cocaína, bebia demais, estava até atrapalhando no relacionamento do trabalho... (S)

Manifesta-se, nesse processo, uma ambivalência caracterizada pela dificuldade em reconhecer a relação de uso abusivo. Diante disso, a família se vê compelida a assumir uma postura ativa na busca de tratamento, enquanto a pessoa em sofrimento apresenta resistência em admitir a necessidade de ajuda, experienciando o conflito de reconhecer que, de forma isolada, torna-se limitado o enfrentamento da situação.

[...] eu cheguei aqui num estado que nem o colega citou anteriormente, também já debilitado, por conta do alto consumo, eu não me alimentava direito, não dormia direito, eu não me cuidava... (MV)

Eu vim com a minha esposa...meu Deus que, que eu tô fazendo aqui (CAPS), eu não preciso disso não, na minha cabeça eu falei que eu não preciso disso aqui. Eu paro a hora que eu quiser, mas esse paro a hora que eu quiser já não tava em mim mais, já não tava, paro hora que eu quiser, essa ideia era só ilusão minha. (Ed)

[...] quando eu vim primeiro, foi assim, por uma pressão da família, que viu que eu não estava dando conta de, é, lutar sozinho. Mas eu vim um pouco pra agradar a minha mãe, só que esse pensamento meu de agradar a minha mãe, se tornou uma coisa que veio pra mim mesmo de querer parar com as drogas... mas acabei entendendo que eu precisava de ajuda... (AC)

A decisão de procurar o CAPS para tratamento surgiu do apoio recebido de pessoas próximas, que encorajaram a busca por ajuda, somado à pressão enfrentada no trabalho diante do risco concreto de perda do emprego e devido à separação conjugal, situação vivida como iminente.

[...] a minha chegada aqui no CAPS foi através de um amigo que me trouxe pra cá, eu tava também já num período bem arriscado do meu emprego, e aí esse amigo que frequentava aqui, viu a minha situação, tava usando droga demais, também tava enfrentando uma separação... quase perdendo meu emprego... (C)

4.2.2. Categoria 2 – Grupo terapêutico: lugar de cuidado

Nessa categoria, percebe-se a maneira como os indivíduos foram construindo o vínculo, como foram se acolhendo na convivência com as pessoas. Essa

convivência aconteceu enquanto processo de mudança, ampliando a consciência e a percepção de novas possibilidades. Partiu de um movimento de confirmar-se enquanto pessoa e confirmar a pessoa do outro, como tecer uma colcha de retalhos, cada um trazendo a sua singularidade. É ao mesmo tempo um fazer coletivo, que foi dando forma, trazendo um novo significado, mais fluido e leve, de ser e estar no mundo. As subcategorias, indicadas no Quadro 6, expressam esse momento.

Quadro 6 – Subcategorias

1	Potencialidade da relação dialógica no contexto grupal
2	Mudanças significativas no decorrer da convivência em grupo

Fonte: Elaborado pela autora.

4.2.2.1. Subcategoria 1 – Potencialidade da relação dialógica no contexto grupal

O encontro do ser humano com outro ser humano, em que ambos se colocaram disponíveis para acolher com amorosidade, respeito e empatia, possibilitou resgatar o contato interrompido ao vivenciar a experiência de vida sem julgamentos e preconceito. Nesse encontro foi possível encontrar as respostas para o processo de integração, promovendo a conscientização da experiência vivida e a reabilitação da percepção emocional.

O ser humano se faz humano nas relações. Nos relatos abaixo, percebe-se a integração em que se reconecta o pensamento com a percepção e sentimento para o movimento de mudança, que religa a natureza do ser com a natureza coletiva. A resposta criativa possibilitou ajustamento funcional, equilíbrio e bem-estar, fluidez para encontrar outra maneira de ser e viver, mais consciente das necessidades e potencialidades. A convivência em grupo e a relação dialógica possibilitaram a ampliação da consciência, *awareness*, percepção de si mesmo, do outro e do mundo.

[...] hoje eu já me expesso bem, todo mundo já sabe um pouco da minha vida, um pouco do meu trabalho, o que eu faço... faço coisas boas, muitas vezes talvez num é bom pra um, mas já outros, já me agradece o que eu falo. Então, tipo ali é um grupo que eu aprendi muito, levo muita coisa para casa e também experiências novas dos colegas...eu chego deprimido e saio com outra cabeça pra mim ir trabalhar, você tá entendendo? Então, eu avalio o grupo como muito bom, entendeu?" (E)

Nossa, é, eu me sinto muito bem... mas tem vez que eu chego aqui com a cabeça quente. E aí, a gente começa a conversar, no grupo eu me espelho, eu acho bom, ouvi a conversa de todo mundo, o que eu escuto de todo mundo eu levo, eu fico comigo, entendeu? É um alívio. (JV)

O relato abaixo demonstra como o contato com outras pessoas em situação semelhante possibilita a percepção e o reconhecimento de si mesmo. Ao se reconhecer nas falas dos demais, através das experiências próximas ou até mais intensas que as suas, o participante encontra apoio, identifica-se com o grupo e amplia a compreensão do seu processo. Esse movimento promove abertura, favorece a expressão de sentimentos e fortalece a sensação de pertencimento, contribuindo para mudanças significativas no processo de tratamento.

[...] eu ficava só escutando as palavras deles e fui botando na minha cabeça, pensava que era só eu tinha defeito, em mim mesmo, depois eu fui me abrindo mais...foi bom porque tive apoio de um, apoio de outro... pra mim foi bom, porque assim, que fui pegando mais os entendimentos de outras pessoas, uns mais grave do que o outro... fui entendendo. Eu falei: “não, então eu pensava que era só eu”, ficava mais calado, eu não conversava muito e fui abrindo, fui soltando o que tinha dentro de mim, aí foi. Mudou, que não era só eu que precisava do tratamento. (M)

O grupo terapêutico configura-se como um espaço privilegiado de troca de experiências, no qual os participantes encontram um ambiente seguro para compartilhar dificuldades e sentir-se acolhidos sem julgamentos. Nesse contexto, as interações favorecem tanto o fortalecimento dos vínculos quanto o desenvolvimento de estratégias para enfrentar os desafios do cotidiano.

Eu avalio assim que da época que eu tô aqui... foi muito bom... esse negócio de palestra, isso era balela, então, hoje em dia eu avalio que a gente precisa de ajuda, e que sozinho não dá conta, e aqui o CAPS foi um mão na roda pra mim... vinha toda sexta feira, nesse um ano eu não faltei uma sexta... pela insistência minha, que a gente tem de ser insistente, naquilo que a gente que, pra vê melhoria... (AC)

Eu avalio assim, é um lugar que a gente escuta os outros colegas e a gente desabafa também... (W)

[...] eu comecei a conversar e escutar... a gente, um inspira o outro. Ô, vamos fazer assim, fazer assim, sem a Na. falar pra nós, se interage entre si, cada um conversando um com o outro...é muito bom, eu gosto, assim, eu tô gostando. (Ed)

[...] mas tô aprendendo mais ainda e a convivência é boa, muito bom... eu fico dois dias sem vim, duas terças, vixi... eu falei: “nossa, esse tanto de dia sem vim, foi duas ou três terças, faz muita diferença”. (N)

[...] nós temos essa oportunidade de expormos as nossas dificuldades e saímos daqui com aquela mentalidade de que se tivermos a oportunidade de recaída, porque em todos os momentos, você tá no cotidiano, na sua rotina, sempre vão pintar oportunidades, a gente lembra dos nossos diálogos, do esforço que nós estamos fazendo pra manter a mente livre, o corpo livre dessas substâncias, focado nos nossos objetivos. (MV)

Ah, a vivência do grupo melhorou demais. A vivência no grupo é igual nós tava falando, é, o mês que a Na. teve de férias, a gente teve uma boa dificuldade esse tempo que ela ficou de férias, que a gente ficou sem grupo, tinha outros grupos, mas como a gente tá acostumado com aquele grupo, a gente vai entra de férias também, e foi muito difícil, teve muita gente que teve recaída, passou mal, a importância do grupo muito grande na vivência nossa... (C)

É, o CAPS só tem trazido coisas boas pra mim, aqui é aonde a gente reuni, essa palavra não é fácil de falar não, mas aqui que a gente vê a irmandade entendeu... todo mundo tá no mesmo barco, todo mundo sabe da sua dificuldade, dos problemas, uns é crack, uns usam maconha, uns usam cocaína, outros bebem, e aqui a gente se sente acolhido, porque a gente tem a liberdade de conversar com o irmão de grupo, ele fala o problema dele, expõe, o outro expõe, eu exponho e aí é igual eu falei a gente vai separando as coisas boas, o que é ruim a gente deixa pra lá, eu toda vez que eu venho pro CAPS quando eu saio daqui eu me sinto mais leve, eu me sinto mais vivo, entendeu. (S)

[...] eu não vou chegar na minha família... e falar: “ô, hoje eu desandei eu fumei tanto, e tal e tô arrependido, eu sai pra putaria”... não vai expor isso... no outro dia vem aquela tristeza... a depressão... e agora, com quem, pra onde eu vou jogar esse lixo todo, eu comecei a sentir liberdade de jogar isso no grupo, jogar fora o que tá dentro de mim... um grande exemplo que aconteceu na última reunião... eu tô tendo crise de pânico... eu começo com nervosismo, ira... depois já vem o medo que eu não consigo, a minha mente não consegue assimilar o que tá acontecendo, eu tenho medo... hora que eu percebo a crise eu já corro pra casa... tomo o remédio... de lá só saio a hora que eu melhorar... eu comecei com uma crise durante a reunião... eu comecei a ficar ruim, eu já falei com a Na.: “Na. eu não tô legal, eu estou em crise nesse momento”, nessa crise eu precisava ir embora, eu já comecei a tremer ficar exaltado, só que de acordo que eu fui conversando, ela foi me conduzindo na conversa eu fui me expondo... eu saí totalmente em paz... a reunião do grupo foi eficaz porque eu não precisei beber o remédio, continuei a trabalhar. (Si)

4.2.2.2. Subcategoria 2 – Mudanças significativas no decorrer da convivência em grupo

A vivência em grupo segue nos relatos abaixo e evidencia o processo de mudança através das trocas e do compartilhamento de experiências. Percebe-se que o diálogo ampliou a percepção de si mesmo e da relação com o outro. AC relata a percepção dos seus direitos e de seguir em frente, não como um coitado. MV relata escolhas criteriosas e valorização da sua pessoa. A mudança pessoal de AC repercutiu no seu contexto, resgatando a confiança das pessoas. Nota-se um lugar de

pertencimento, reconhecimento e confirmação da existência, capaz de criar outras maneiras de ser e estar no mundo, resgatando a dignidade e a autonomia, um processo de integração da existência. Através da convivência em grupo, conforme o relato de C, tem-se o desenvolvimento da escuta em relação ao outro; M ressalta a importância do diálogo, de saber ouvir, perceber as pessoas que são importantes em sua vida e saber conviver.

[...] eu saio muito bem, às vezes saio triste... tem alguns que nesse período que eu tô fazendo tratamento, tem uns que chegam falando que teve recaída, que nem tem um amigo... sempre ele chega contando que estava tão bem e do nada discutiu mais a mulher... a gente tem que focar, se eu fosse voltar a beber toda discussão que a gente tem com o filho, com esposa, eu não saía era do buteco. (JV)

E a droga por si, muitas das vez, ela põe a pessoa como um coitado, só que a gente não é coitado, a gente tem direito de levantar a cabeça, pisar firme no chão e seguir em frente. E aqui foi um gatilho pra mim enxergar isso. (AC)

[...] graças a Deus eu nunca tive recaída, depois que eu vim pra cá. Mas eu falei pra mim mesmo que não quero isso pra mim mais. (M)

Eu tenho sido mais criterioso em relação às pessoas que eu escolho pra compartilhar momentos bons, pra ter na minha vivência, se não aparecer essas pessoas, com pensamentos positivos, pessoas positivas ter ideia de progresso eu prefiro ficar sozinho com os meus próprios pensamentos e dando valor em mim, ter momentos bons comigo mesmo, fazendo coisas que eu gosto, não que eu seja antissocial... mas eu tenho sido mais criterioso, mais observador... a droga ou o álcool ele é sorrateiro nas nossas vidas e quando a gente dá aquele mínimo de brecha ela vem e devasta... (MV)

[...] começa a convivência com a esposa, a confiança. A confiança dos familiares, dos filhos, do patrão, entendeu? Ô, a condição financeira. Eu mudei é 100%. Assim, a saúde. Eu cheguei a pesar 30kg, 40kg, entendeu? Hoje eu estou com quase 80kg, porque diminui a comida (quando bebia), entendeu? (JV)

[...] mudou o meu financeiro principalmente, eu tava acabando com tudo que eu tinha, era um cara estabilizado, tinha dinheiro no banco sobrando. Hoje já consegui as minhas coisas quase tudo de volta, meus bens de volta... mudou... a minha saúde, eu tô bem... mentalmente eu mudei... eu estava ficando ignorante, surtando, dei vários surtos, já quebrei buteco inteiro, levei prejuízo, você num sabe o tanto de prejuízo que eu já levei por causa da pinga e hoje não... (E)

[...] a primeira coisa que eu observei foi no meio familiar... nossa confiança é muito boa também, antes não era, não era por causa deles, era por causa de mim mesmo, eu mesmo me afastava deles, pra não trazer perigo pra vida deles... antes eu não pensava nessa reserva, eu tava, pra mim tanto faz, tanto fazia, eu tenho o dinheiro ou não, eu sabia que eu corria atrás, ilicitamente, hoje não, eu sei que eu não posso fazer isso, não devo fazer isso, devido eu participar do grupo, observar os conselhos... (AC)

[...] já percebi muita... hoje eu sei lidar com todo mundo, eu sei conversar com todo mundo, e eu tô firme. O jeito de conversar, o jeito de tratar a pessoa. Hoje eu trato diferente. Hoje eu converso com minha mãe, com meus irmãos,

hoje eles me entende também, e também, muitas vezes eles tinha medo de, da recaída, tinha medo de eu sair... hoje não, hoje eu saio de boa, tranquilo... eu falei não, isso pra mim eu não quero pra minha vida não. Desde que eu fiz o tratamento pra cá eu mudei muito, é o modo de viver, o modo de agir... (M)

[...] a mudança mais importante assim, que eu acho é em questão de você ter a sua responsabilidade de volta, assumir seus atos... eu fiz isso, eu vou fazer isso e quero fazer isso... (Ed)

[...] aos poucos eu fui tendo é confiança, eu acho que a resposta correta seria isso, confiança no grupo, eu já sentia liberdade de poder expressar algumas dificuldades, das minhas tristeza... (Si)

[...] eu também era igual o procedimento do meu irmão ali, eu num era muito de conversar também não, chegava já ficava era louco que desse o horário pra mim pegar o atestado e usar droga... aos poucos a gente foi, ô, esse trem, tá, tô vendo melhoria pra mim, comecei a pegar a ter amor, assim, a gostar de querer vim, o dia que não tinha a palestra no CAPS sexta-feira eu já ficava triste, e muitas das vezes por não ter eu já desandava, entendeu, usar droga e beber, quando tinha eu parece que, acho que Deus falava no meu coração, não, eu vou lá participar do grupo, vai ser melhor pra mim, porque se eu for usar droga eu sei aonde que eu vou parar, e quando eu passei a ter amor, eu passei a enxergar o que é o CAPS na minha vida eu já passei a vim por gostar e não por obrigação de ter só um atestado pra sair pra desandar. (S)

[...] tô querendo escutar mais, eu era muito explosivo qualquer coisa vamo bora... hoje eu tava de boa no meu canto lá, no serviço, e hoje os outros lá: “deve tá de ressaca aí, drogado pelos cantos”. Não, é a mudança sua, eu não quero ser do mesmo jeito do que eu era antes, largadão de qualquer jeito. Um lá perguntou: “você deve tá de ressaca, jogado pelos cantos, né?” Outro já pensou assim: “o cara tá passando um problemão”. Não, tô passando a maior parte da minha vida melhor, melhor fase, dentro da família, ótimo, só que eu não quero mais ficar largadão do jeito que era, sabe, e essa é a minha mudança e os outros acha que você tá, tá é mal, não, tô no melhor momento da minha vida. (C)

A redução de danos, como estratégia de cuidado, funciona como um caminho gradual de transformação que valoriza cada passo dado em direção à autonomia. A pessoa em tratamento encontra novas formas de se posicionar diante da vida sem precisar romper bruscamente com sua realidade. Essa perspectiva não interfere de maneira negativa na construção da autonomia, mas a fortalece, abrindo possibilidades de escolhas para o crescimento.

Inúmeras mudanças, entre elas, a questão, já muitas vezes eu caí novamente no uso, dei recaídas, e nos momentos atuais... eu procuro me manter firme, no decorrer da semana pra quando ocorra a reunião, os momentos ali dos diálogos, eu ter histórias boas pra compartilhar com meus colegas, manter esse posicionamento firme, pra mostrar não somente pros colegas, mas pra mim mesmo, pra mim cada vez mais ir fortalecendo. (MV)

[...] às vezes que eu dei recaída, eu não cheguei a ficar louco igual eu ficava. Até a recaída mudou, por causa que eu pensava nisso aqui. No meu tratamento aqui com vocês, minha recaída não foi de tomar prejuízo, foi

prejuízo assim, nem dá prejuízo pra ninguém. Foi prejuízo na mente, deu ficar zangado comigo... as minhas recaídas, dei depressão. (E)

Assim, é, acontece... depois que eu tô fazendo o tratamento, depois que eu voltei aconteceu deu bebê. Mas não como eu fazia. (Ed)

[...] eu descobri os meus gatilhos, as minhas chaves... hoje eu percebo uma crise do pânico no começo e consigo reduzir danos, de agredir alguém, de ficar louco ou de usar novamente, porque na hora do pânico o que que vai me acalmar é usar, aí eu vou relaxar... esses gatilhos fez eu descobrir... então, aonde eu estou... isso foi a mudança que tá em mim... (Si)

Uai, eu também percebo que, que depois que eu cheguei aqui no CAPS, muita redução de perdas, de tomar decisões erradas, igual, por exemplo, eu tive uma melhora muito grande depois que eu vim pra cá, situação controlada... (C)

[...] hoje eu me sinto vitorioso, apesar que eu ainda tô no uso da droga, mas tô bem, ixi, em vista do que era tá bem menos, tô sabendo me controlar mais, hoje eu sei fazer as minhas escolhas... (S)

[...] o controle, controlar mais, mudou muito, eu não tinha controle. Mudou, porque quando eu pegava meu dinheiro já passava no buteco... bebendo, bebendo... quando eu ia vê pra fazer alguma compra, alguma coisa, cadê o dinheiro? Tinha vez que me roubava, eu num sabia quem era. Antes, assim, teve recaída mesmo, mesmo você toma o remédio, mas aí eu penso muito: "eu não sei se eu vou beber, não sei se eu", pensando, tem vez que bebo, mas aí eu manero mais. (N)

[...] mas o pessoal de casa mesmo eu bebendo nunca deixou de confiar em mim, porque eu sou o esteio de casa, eu mesmo com esse tanto de bebida, com tanta coisa, eu toda vida mantive a minha casa. (E)

4.2.3. Categoria 3 – Processo terapêutico e autonomia

Nessa categoria, nota-se o reconhecimento da singularidade, a consciência de si e a responsabilidade pelas escolhas que faz. O indivíduo percebe que é capaz, tem potencialidade, tem possibilidades e nutre a esperança de conquistar um lugar, de realizar sonhos. Percebe-se a força integrativa do crescimento, a autorregulação, o amadurecimento e o funcionamento adequado decorrentes dos ajustes criativos que proporcionam fluidez e contribuem para o desenvolvimento de um ser humano mais saudável e coerente no modo de existir. As subcategorias, apontadas no Quadro 7, demonstram essa relação.

Quadro 7 – Subcategorias

1	Um novo sentido
2	Conquistas, projetos e sonhos
3	Responsabilidade com as atividades laborais e para assumir compromissos
4	Mudanças significativas na convivência familiar e social e diminuição de conflitos

Fonte: Elaborado pela autora.

5.2.3.1. Subcategoria 1 – Um novo sentido

Os relatos demonstram a coerência em relação à mudança de vida, que possibilitou qualidade, foco no interesse pessoal e nas necessidades relacionais, melhora na autoestima, responsabilidade do cuidado e bem-estar biopsicossocial. Nota-se uma fluidez de contato consigo mesmo e com o outro, processos criativos e funcionais.

[...] eu me enxergo outra pessoa, entendeu?... esse JF. é uma pessoa mais, assim, alegre, entendeu, mais brincalhão, onde eu tô na firma ou em casa, eu falo no trabalho, com meus amigos, tanto eu ri e tanto faço quem tá ao meu redor ri... eu me sinto hoje um cara feliz, entendeu? Pra cê vê a diferença... (JV)

[...] esse E. de hoje, ele tá bem melhor, ele tá mais alegre, ele tava infeliz, tava depressivo quando ele chegou aqui, querendo tirar a própria vida, eu já cheguei a botar 180km no carro querendo puxar o freio de mão... por causa dos meus filhos... eu não tirei a minha própria vida... hoje eu tô vivendo, antes eu não vivia, esse E. mudou da água pro vinho, assim, não aquele vinho mais caro, aquele top, sabe? Mais um vinho razoável, um vinho que dá pro cê tomar, entendeu? Eu cheguei numa situação aqui de fazer mais nada, não abria a boca pra nada, depressivo total, por isso que até hoje tomo remédio pra depressão, tem muito tempo já, mas a doutora já diminuiu só tomo 50mg, pra quem tomava 150mg, já uma evolução... já tô me expressando melhor... tô focando muito mais, entendeu? (E)

E eu percebo assim, que hoje eu tenho uma vontade de mudar, de fazer o tratamento... porque eu sei que, a bebida me causa mal, me causa prejuízo enorme, financeiro, principalmente financeiro, porque a gente trabalha e não consegue nada, porque tudo que a gente consegue é para o vício... (W)

[...] hoje pra mim, é, deu muita diferença, mudou muito a mim... Ah! Antes... num tava nem aí não, eu pra mim, se desse conselho pra mim, eu nem ouvia... ignorava os conselhos das pessoas... hoje não, eu aceito conselho da minha mãe, dos meus irmão, hoje eles são tranquilos comigo, eu tô tranquilo, normal... cada dia eu vou aprendendo mais as coisas... primeiro, a gente tem de aprender a lidar com a gente mesmo... pra lidar com as

peessoas... se eu não tratar de mim como eu vou tratar com as pessoas... (M)

A aparência melhorou, quando você tá na cachaça você não liga pra nada, é, só bebe... Mudou, engordei mais. Minha saúde... porque tava emagrecendo demais e eu tenho diabetes, prejudica muito, passava mal. Só querendo vomitar, os trem, internava, pra glicemia voltar... nunca mais me internei. (N)

A Gestalt-terapia nos lembra que a vida só se torna possível na relação: precisamos do outro para nos reconhecermos, crescermos e encontrarmos novos caminhos. É no encontro, na escuta e no acolhimento que descobrimos apoio e sentido para seguir. Essa experiência de estar junto, de sentir-se pertencente e acolhido, aparece de forma viva nas falas.

[...] eu era um cara que eu ia trabalhar, para período do dia, à noite eu ia fazer outras coisas que não devia. Hoje não, hoje eu vou trabalhar... o período que eu tenho livre eu tô com a minha família... eu não tinha paz nenhuma... um 90% melhor, eu tenho tranquilidade, a mente tranquila, o coração quieto. Antes eu não tinha paz, hoje eu tenho... porque desde quando eu conheci aqui, eu fui aprendendo, observando que a nossa vida, ela não é constituída só nós... através das outras pessoas a gente vai observando, a gente necessita de ouvir uma palavra amiga... lá fora você não vai ouvir, aqui você vai ouvir... aqui a gente foi acolhido, eu me sinto assim... eu gosto de tá aqui, então eu vou ficar aqui. (AC)

[...] eu aprendi muito, que a gente sozinho não vai pra lugar nenhum. Na questão de mudar esses 80%... eu tenho responsabilidade e é uma coisa que há muito tempo atrás, há uns 4 anos atrás eu tinha e eu fui deixando de ter... a confiança das minhas meninas em mim, porque eu tava um pai a deixar a desejar... hoje não, se eu falo uma coisa, se eu falar, vai ser assim, sábado vai ser assim, domingo, pode marcar que tá feito. Antes eu desorganizava tudo... é bom a gente refletir e ter uma lembrança tipo assim, num é palhaçada, é uma fraqueza, querendo ou não ser humano, nós todos somos fracos, mas Deus quer que a gente assume a fraqueza da gente e tentar corrigir, eu acho que tá progredindo, é evolução. (Ed)

Nos relatos seguintes, percebem-se as conquistas, entre elas, o sentimento de dignidade, o desenvolvimento da autoestima e o reconhecimento das potencialidades. A percepção de como se sente evoluído, criterioso e o respeito por si mesmo se revelam de maneira significativa. Esse processo de valorização pessoal expressa não apenas mudanças externas, mas também a reconstrução da identidade e do modo de se relacionar consigo mesmo.

Ah, eu sou alto-astral toda hora, ixi, eu me acho lindo... eu me acho maravilhoso, eu me amo... antigamente na droga, ah!!! Quando você passa a olhar pra dentro de si você vê altas possibilidades, aí você vê que você é capaz, você passa a se amar, se valorizar mais... hoje eu sei o que que eu quero, antigamente muito distante isso, deu falar isso da minha boca, pro pra fora. Não tinha nada desse ego, não tinha essa ilusão, tinha nada... meu

cabelo ficava daquele jeito, barba, eu num banhava, num tava nem aí pra nada não, meu negócio era droga e droga, hoje não, hoje eu já gosto de andar com o cabelinho na régua, gosto de me depilar, gosto de passar perfume, gosto de me olhar no espelho... (S)

A minha palavra é bem rápida, eu me sinto o máximo, em relação ao que eu tava antes, me sinto uma pessoa guerreira... que tenho produzido muito, de uns tempos pra cá, eu me sinto bem evoluído, tô bem graças a Deus. (C)

Eu me sinto muito melhor, me sinto mais criterioso, mais equilibrado, questão do trabalho, melhorou mais porque quando eu fazia o consumo no horário de trabalho, eu tava me auto-prejudicando, diminui no que diz respeito a perseguições... eu tenho sido mais perceptivo, com que diz respeito às amizades... tem sido muito melhor. (MV)

A percepção de si mesmo constitui um processo complexo, marcado por descobertas, mas também por experiências de dor e enfrentamento. Na perspectiva da Gestalt-terapia, esse movimento não se restringe à eliminação do sofrimento, mas envolve a possibilidade de reconhecê-lo, acolhê-lo e integrá-lo à experiência de vida. Assim, ao lidar com as próprias feridas, o sujeito é convidado a ressignificar vivências, desenvolver novas formas de contato consigo mesmo e com o mundo e construir caminhos mais autênticos. Nessa abordagem, saúde e doença não se apresentam como categorias excludentes, mas como dimensões que coexistem em um mesmo campo, expressando a condição paradoxal da existência humana e compondo o processo contínuo de autorregulação orgânica e crescimento.

[...] através desse tratamento, e infelizmente... eu não tenho orgulho de dizer isso não, mas realmente foi bom pra mim... eu me percebo antes do CAPS que eu era uma pessoa totalmente enganador... através das reuniões, esse conhecimento que a gente adquiriu... mas a única pessoa que eu não conseguia enganar era a mim... eu pensava que eu era uma pessoa boa... eu me justificava dentro disso... eu num faço mal a ninguém, não maltrato e tal... eu usava essa máscara, de que eu era um cara excelente, então, ninguém me condenava... eu sou um cara viciado, isso eu pos na minha mente, gosto demais de droga, porque que você não usa então? Porque é destruidor, vai me destruir vai me levar, não só eu, vai destruir todos que estão a minha volta... gosto pra caralho, eu queria tá usando, queria tá na rua usando, então eu sou viciado, eu descobri isso, eu me aceitei com o vício, mas não vou fazer, enquanto der conta de segurar... eu sou também um cara egoísta, eu penso só em mim, dificilmente eu vou pensar nos outros... peraí eu não tô sozinho no mundo não, porque que eu vou ser egoísta, porque que eu vou beber uma água do copo todo se ali tem dois com sede e só tem aquela água, então, e foi bom descobrir... (Si)

5.2.3.2. Subcategoria 2 – Conquistas, projetos e sonhos

Conforme aponta a Gestalt-terapia, a autorregulação orgânica constitui um processo dinâmico que orienta o indivíduo em direção à satisfação de suas necessidades e ao desenvolvimento de suas potencialidades. Nos relatos analisados, esse movimento aparece na busca pela realização de sonhos, no exercício de habilidades e na concretização de projetos, o que possibilitou a superação de barreiras. Evidencia-se, assim, a confiança em si, o investimento no que gera bem-estar e a abertura para o crescimento como expressões desse processo autorregulador.

Hoje já tô terminando de arrumar a casa da minha mulher, entendeu?... não tinha piso, não tinha forro, não tinha pintura, eu tô terminando, entendeu?... eu tenho um bom dinheiro na conta. (JV)

Hoje já consegui as minhas coisas quase tudo de volta, meus bens de volta. (E)

Porque antes eu não parava pra pensar tal mês eu vou pegar férias, eu vou juntar aqui, eu vou viajar, eu vou passear. Hoje não, hoje eu tô planejando, é, tirar férias em janeiro, minha esposa também vai tirar, pra nós viajar... eu também arrumei uma mulher boa... que eu sempre pedi a Deus uma pessoa compreensiva na minha vida, que não me julgasse também. (AC)

Agora não, agora eu compro as minhas coisas, faço minha compra, até vestir uma roupa melhor eu já tô vestindo pra sair. (N)

A confiança das minhas meninas em mim, porque eu tava um pai a desejar...hoje não, hoje se eu falo uma coisa, se eu falar, vai ser assim, sábado vai ser assim, domingo, pode marcar que tá feito. (Ed)

[...] hoje eu tenho foco, tem objetivos... eu vou arrumar outra namorada, uma esposa, eu tenho foco de conseguir a minha família de volta... porque eu é que fui o culpado de perder tudo mesmo, a verdade é essa, e o meu foco eu não desisto não, eu sou guerreiro, tenho muita fé e corro atrás dos meus objetivos, eu sei que a minha hora vai chegar... (S)

[...] vejo mais as coisas boas ao meu favor... eu quero o que me faz bem, tô indo atrás... a gente vai atrás de sonhos e projetos, eu simplesmente eu foquei mais nisso, então eu não tive perda familiar, não tive perda financeira pelo menos nesse ponto eu fui assim, esperto, quando eu via que eu ia, eu tava ruim, então eu não vou acabar com que eu tenho não... mas dos meus projetos eu consigo tá bem focado neles e posicionar ele na posição certa, se eu tiver que recuar eu vou recuar com sabedoria e sentir se é hora de avançar, avançar com força, mas se eu ver que eu não tô conseguindo também, saber esperar pra não desistir, isso mudou, eu tô bem mais focado. (Si)

[...] hoje eu quero continuar a minha mudança de vida, agora outro ritmo, do jeito que tava num... tenho muitos (projetos), a longo prazo mas tenho. (C)

4.2.3.3. Subcategoria 3 – Responsabilidade com as atividades laborais e para assumir compromissos

Os relatos indicam o resgate da confiança e da responsabilidade. Os excertos demonstram a compreensão do processo de mudança e a importância do trabalho e do reconhecimento da cidadania. Por exemplo, AC relata o vínculo construído com os colegas de trabalho, que antes não existia; W retrata o compromisso, a pontualidade e o desempenho no trabalho; e JC aponta o resgate da relação de confiança.

[...] eu por mais que eu mexia com coisas erradas, sempre trabalhei na minha vida, então, eu vejo assim, que eu tô permanecendo mais tempo no trabalho, que antes não, eu trabalhava 1 ano, 10 meses, eu mesmo saía e pedia conta. Não tinha aquela paz de ficar naquele lugar ali, hoje não... eu tô permanecendo no trabalho... eu gosto do que eu faço, além que, é pesado, mas eu gosto de tá lá trabalhando e as amizades também que eu construí lá dentro do trabalho... antes eu não conversava com ninguém dentro do trabalho, eu só fazia o meu serviço e pronto... (AC)

[...] a pontualidade... num faltou mais... na execução da atividade, do serviço também, eu tenho um bom desempenho, é isso. Melhorou com a convivência aqui. (W)

Eu trabalho numa empresa que presta serviço pro estado e pra prefeitura. Que nós trabalha, reforma e faz, pega do chão pra fazer também, é, muitas vezes, não só aqui em Goiânia como no interior... hoje ele confia, vai manda nós, uma equipe de 10 para uma cidade, ele manda: "o JV. vou mandar 10.000,00 na sua conta pra você comprar tanto de material, não deu, eu te mando mais dez, entendeu?". (JV)

[...] hoje tá normal, mas eu coloquei... por vontade minha... nós fez uma conta, um conta conjunta eu mais a minha mulher... deixei tudo pra ela pagar, agora a questão de buscar o resto das coisas na B.S. é minha responsabilidade... você se vira com pagar, a responsabilidade de buscar e levar é comigo, isso eu organizei. (Ed)

É que nem ele falou, tenho mais responsabilidade, pago o meu aluguel em dias, primeiro ficava, atrasava, pra gente atrás de mim, cobrando, hoje já tô mais controlado. (N)

[...] quando eu comecei a vim eu trabalhava... só que eu trabalho pra mim mesmo, então, eu não trabalho para os outros... (manteve a rotina de trabalho). (M)

[...] uma das coisas que é mais importante pra nós, era o que eu menos me preocupava, era o trabalho, pra mim tanto fazia, porque o serviço tava deixando de lado, hoje eu me tornei muito responsável, eu sou muito preocupado com o meu serviço... se você não tiver um serviço, pro usuário tudo vai mal, não tem como, então hoje eu coloco o meu trabalho como uma das prioridades, então eu tenho zelado dele bastante, então eu acredito que a pessoa que já teve ele praticamente perdido no meio dos dedos, eu consegui melhorar, do jeito que eu melhorei, eu agradeço muito a convivência aqui, as conversas que nós tivemos aqui nesse CAPS, pra buscar outra alternativa, pra conquistar ele de volta, as palestras que eu tive, os particulares com a Na. (C)

4.2.3.4. Subcategoria 4 – Mudanças significativas na convivência familiar e social e diminuição de conflitos

Os relatos evidenciam que as transformações individuais repercutiram diretamente no contexto coletivo, refletindo na qualidade da convivência. Tais mudanças manifestaram-se na prática cotidiana, sobretudo pela reconstrução dos vínculos familiares, anteriormente fragilizados ou interrompidos.

[...] quando eu tava assim no uso contínuo da droga, as pessoas, elas tinham medo, sabe, de tá perto de mim, por um motivo também, por eu vender, quem vende a droga tem muito inimigo... eu já tava usando continuamente... medo de ir na minha casa, medo de ir na casa deles, então, já mudou muito isso aí, hoje eu vou na casa deles, eles vão na minha casa, eles me chamam pra ir na casa deles, então é isso, eu vejo, eu vi essa mudança, e a confiança também. (AC)

[...] a convivência com a família, ficou mais próxima... (W)

[...] pras famílias também... dentro de casa, de saber conversar, com minha mãe, com minhas irmãs. (M)

[...] a gente não vive só pra gente, a gente vive pra família, porque se a gente tá ruim a família fica todo mundo ruim junto com você... fica desorientado, ligando o tempo todo, eu desligo o celular, depois quando eu ligo tem aquele tanto de mensagem, “porque o senhor desligou o celular?” É pra vocês largar de enjôo. Hoje não desligo o celular mais, fico com celular ligado, tudo normal... (Ed)

A convivência dentro de casa é outra coisa... eu não enxergava, que nem eu e a minha enteada, nós não se dava bem, entendeu? Hoje a minha enteada, ela é mais do que uma filha, é da mudança, mudou bastante. (JV)

[...] eu saio pro lugar, levo a família, passeio mais, levo meus filhos para passear toda semana, viajo duas, três vezes no ano, vou pra praia, vou para litoral, eu estou vivendo hoje, antes eu não vivia. (E)

[...] consigo lidar bem com o meu filho, a convivência não era boa, com a minha família não era muito boa, sempre fui taxado como ovelha negra da família, o pior sou eu, o vagabundo sou eu, o mentiroso, que não presta e etc., hoje não, hoje eles me tratam com respeito, devido à minha mudança, de saber a hora certa, de recuar, entendeu, então eu já me sinto vitorioso nisso aí. Eu tenho outros gatilhos... quando eu penso numa cerveja, numa droga, eu prefiro ir numa churrascaria, num clube, mudou os gostos. E a base dessa mudança mesmo é minha família, minha família tá me surpreendendo... hoje eu sou feliz... se eu chegar a morrer hoje eu já morro feliz, porque já conquistei o respeito da minha família... (S)

[...] em relação à minha família, isso mudou em mim... eu não valorizava a minha esposa, eu acho que eu não conhecia ela da maneira que eu conheço hoje... uma esposa que tolera um caboclo, um drogado... permanece e ajuda... hoje eu valorizo, é claro que eu ainda falho, eu não aprendi isso... eu

levo uma flor, eu digo que a amo... eu largo qualquer coisa e vou, hoje pra mim a minha família é prioridade... antigamente não, prioridade era o trabalho, depois as drogas. (Si)

5. DISCUSSÃO

Diante dos resultados, percebe-se a importância do acolhimento humanizado e dos processos grupais na construção de estratégias coletivas para o enfrentamento das dificuldades relacionadas ao uso de drogas. A relação dialógica vivenciada no grupo favoreceu o desenvolvimento de recursos internos, que contribui para a autonomia e a ressignificação das práticas cotidianas. Desse modo, as mudanças adquiridas em grupo se manifestam na vida cotidiana dos usuários.

No primeiro contato e acolhimento, o que se revela de imediato é um profundo sofrimento. Observamos a fragilidade, a perda de sentido e a fragmentação do ser humano, que se manifesta sem esperança, expectativa ou motivação, caracterizando um adoecimento biopsicossocial. Essa condição evidencia uma inabilidade marcante em lidar com a vida: o indivíduo parece preso, com sua autonomia comprometida e uma profunda alienação da própria existência. Relacionamentos estão interrompidos ou são conflituosos, e há uma notável dificuldade em atender às necessidades básicas de sua interação com o ambiente.

Na fala de JV, nota-se o sofrimento em relação à dificuldade do seu organismo em aceitar o essencial: o alimento, o que importava naquele momento era o uso da bebida. Isso evidencia a relação de dependência e um organismo debilitado, uma vida sem sentido e frágil. O processo de adoecimento, para a abordagem da Gestalt-terapia, ocorre quando a pessoa não consegue cumprir a função de atender às necessidades do campo organismo-meio, quando há interrupções de contato decorrentes da alienação de partes de si mesmo. Isso afeta o processo de autorregulação orgânica, que se torna insuficiente, enfraquecendo o fluxo de *awareness* e aumentando a dependência de suporte externo para se autorregular (Frazão, 2015).

Acolher é uma atitude de humanidade com o sofrimento do outro. Essa postura evidencia uma mudança na compreensão do sofrimento psíquico ao incorporar solidariedade e cidadania na construção de vínculos. O acolhimento orienta o trabalho da equipe, que assume a responsabilidade de estar presente no cuidado e de desenvolver estratégias para a inserção social, respeitando a individualidade, a singularidade, a história de vida e as possibilidades do indivíduo, conforme as diretrizes do modelo assistencial na integralidade da atenção (Garcia; Reis, 2018).

O recomeço se deu na participação de um grupo que ofereceu acolhimento e na vivência de uma realidade compartilhada. Nesse espaço seguro e disponível, cada um pôde ser quem era, encontrando identificação e pertencimento pela semelhança. Ali, foi possível compartilhar experiências sem preconceito ou julgamento, permitindo a vivência plena das dores, dificuldades e fragilidades, mas também das alegrias, conquistas e mudanças. Esse ambiente de confirmação e respeito abriu novos caminhos, expandindo a visão de pessoa e de mundo.

A vivência em grupo terapêutico enquanto lugar de tratamento possibilita a reconstrução das relações fragmentadas da pessoa com ela mesma, com os outros e com o mundo. Essa vivência, na relação com o outro, amplia a maneira de se perceber e perceber o mundo, cria condições de novas escolhas, antes não pensadas, que favorecem o resgate da dignidade humana e a autonomia do sujeito (Ávila; Oliveira, 2017). Segundo S, foi através do grupo que conseguiu se expressar, pois enquanto lugar de reconhecimento e identificação, se sentiu acolhido. Isso possibilitou expressar e interagir com as pessoas, saber ouvir e saber falar, buscar o que tem sentido nessa relação e continuar no mundo de fora com mais vontade de viver.

A proposta do modelo da Atenção Psicossocial envolve oferecer um espaço de cuidado para apoiar pessoas em sofrimento psíquico, o que demanda um fazer coletivo no sentido de um projeto de vida que envolva o exercício de direitos, cidadania e que proporcione integração social (Brasil, 2015). Nesse sentido, a Atenção Psicossocial consolida-se como um dispositivo que articula cuidado clínico e social, orientado pela promoção da autonomia e da inclusão. Seu foco está na construção de estratégias que favoreçam a integração do sujeito em sua comunidade, ampliando as possibilidades de exercício de cidadania e de participação social.

O modelo de Atenção Psicossocial trouxe um avanço importante no cuidado em saúde mental ao incluir as questões sociais e valorizar diferentes dimensões do cuidado: a teórica, a prática, a política e a cultural. Juntas, elas orientam a forma de cuidar das pessoas, reconhecendo que o ser humano só pode ser compreendido em sua dimensão social (Amarante, 2007; Amarante; Nunes, 2018).

Uma pesquisa realizada em um CAPS I evidenciou qualitativamente que as atividades coletivas e de ressocialização tiveram impacto significativo no cuidado psicossocial por promover a geração de sentimentos positivos, a inclusão social, o desenvolvimento de relacionamentos interpessoais e a capacidade de lidar com dificuldades (Pini *et al.*, 2024).

Observa-se que as práticas coletivas, ao promoverem tanto o acolhimento quanto a convivência, configuram-se como recursos fundamentais no cuidado em saúde mental, pois favorecem a construção de vínculos, a expressão de afetos e a ampliação das possibilidades de enfrentamento das dificuldades cotidianas. Essa dimensão relacional evidencia que a potência terapêutica não se restringe ao tratamento individual, mas também se fortalece no espaço grupal, onde a troca de experiências e o suporte mútuo possibilitam novas formas de pertencimento e de ressignificação da própria história.

Dentre os aspectos potencializadores das práticas grupais no contexto da saúde mental, identificados em uma pesquisa que objetiva analisar os fatores impulsores e restritivos da prática terapêutica grupal nos CAPS, destaca-se a capacidade terapêutica e coesiva da tecnologia grupal, considerando a experiência positiva dos integrantes dos grupos como aspectos emocionais e relacionais oportunizados pelo compartilhamento de experiências (Nunes *et al.*, 2022).

Assim, observa-se que a tecnologia grupal atua como dispositivo terapêutico que articula dimensões subjetivas e sociais, ao mesmo tempo em que possibilita a ressignificação de experiências de sofrimento. O grupo, nesse sentido, opera como mediador entre a dor individual e a possibilidade de construção coletiva de novos sentidos, contribuindo para a ampliação de recursos internos e para a reinserção social, aspectos centrais no cuidado psicossocial.

As subcategorias encontradas nessa pesquisa evidenciam, inicialmente, os impactos psicossociais relacionados ao uso abusivo de drogas, que desencadeiam a perda de sentido pela vida e afetam todo o contexto existencial. No decorrer do processo terapêutico, por meio de uma abordagem humanista dialogada, foi possível integrar e reconstruir novos caminhos e possibilidades, potencializando as habilidades e competências das pessoas e restituindo as relações antes interrompidas, o que conferiu um novo sentido à vida pessoal, familiar e social.

A ampliação do cuidado possibilita a compreensão dos fatores de adoecimento, considerando o campo organismo-ambiente a partir de vários olhares e saberes. O movimento de contato, a maneira como a pessoa se coloca no mundo e o que recebe de volta revelam o processo que desencadeia o sofrimento e o adoecimento.

A pessoa em sofrimento não traz apenas o seu mundo, mas o mundo em que está inserida, logo, esse lugar também precisa ser cuidado para que as relações sejam

acolhedoras e respeitosas, para romper preconceitos e superar barreiras. Por isso, a construção coletiva é importante, a mudança envolve todos. Trata-se de um aprendizado em lidar com a singularidade e a complexidade, em que diversos caminhos que se encontram e geram oportunidades de ampliar o modo de ser, promovendo comportamentos e atitudes que possam resgatar a existência interrompida (Bulla; Santos, 2021).

Nesse contexto, a consideração da perspectiva dos usuários mostra-se essencial, sobretudo no que concerne à construção da autonomia, compreendida aqui como processo relacional e dinâmico. Assim, torna-se relevante examinar como as intervenções desenvolvidas em grupos terapêuticos ocorrem e possibilitam a construção de vínculos e afetam as interações interpessoais, potencializando práticas de cuidado que favoreçam a ampliação da autonomia e a produção de novos sentidos e significados para a experiência do tratamento.

A Reforma Psiquiátrica brasileira provoca reflexões em relação à disputa de concepções epistemológicas e simbólicas sobre a loucura e o adoecimento mental, no contexto social, político e de tratamento na organização dos sistemas de saúde e dos aspectos normativos e legais para as mudanças dos modelos assistenciais e as práticas de cuidado (Bispo; Sampaio, 2021). Dessa maneira, ao reconhecer a Reforma Psiquiátrica como um processo atravessado por disputas políticas e pela diversidade de concepções técnicas, evidencia-se a necessidade de uma análise que contemple não apenas indicadores objetivos, mas também os resultados de ordem subjetiva e qualitativa produzidos no âmbito do modelo psicossocial.

Os CAPS, por ter porta aberta, têm papel estratégico na vinculação das pessoas que têm problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. No percurso da análise de dados, foi possível identificar que a maneira como as pessoas chegaram para o acolhimento inicial foi muito marcante, no sentido de provocar uma reflexão sobre as suas fragilidades, dificuldades e perdas biopsicossociais. Em comparação com o momento atual, percebe-se uma reflexão consciente e positiva sobre o processo de amadurecimento e mudança ao lembrar o caminho percorrido e o lugar que ocupam hoje.

A dificuldade de lidar com as situações faz com que a pessoa encontre no uso de substâncias respostas às suas inquietações. A substância, seja ela qual for, traz um sentido à sua existência ao suprir o que lhe falta (Tessaro, 2023). A droga torna-se a primeira opção de vida em relação a todo o resto que possa existir ou não, torna-

se a possibilidade de amenizar o desconforto e proporcionar prazer diante de uma existência restrita, sem autonomia e sem sentido.

A inabilidade em lidar com a vida resultou em um padrão de comportamento fixado e repetitivo, sem criatividade, com dificuldade em perceber outras possibilidades de vida e uma redução de escolhas. Esse padrão se manifestou na manutenção de uma relação de uso abusivo e/ou dependência de substâncias psicoativas, levando à renúncia de outras realidades que antes faziam parte da vida do indivíduo. Consequentemente, houve uma interrupção no processo de autorregulação orgânica, essencial para o crescimento e a integralidade do ser (Ciornai, 2023).

Dessa forma, cria-se a necessidade de ajustamento criativo disfuncional, evidenciando a inabilidade e/ou a impossibilidade da pessoa de se relacionar criativamente com as pessoas e o ambiente. A relação com o outro e o mundo acontece com padrões repetitivos, o sujeito não identifica sua real necessidade e tem dificuldade para compreender os sentimentos, não consegue ser autêntico e as relações se tornam artificiais, há perda da natureza criativa. Quanto mais distante das suas necessidades, maior a cristalização do adoecimento (Frazão, 2015).

O adoecimento pode acontecer como um meio de sobrevivência em uma existência sem sentido, um jeito de lidar com o mundo por falta de recursos, uma rigidez e fixação em repetir o comportamento. O uso de substâncias psicoativas de maneira abusiva e/ou dependente faz com que a pessoa não consiga encontrar outros recursos no mundo e mantenha um comportamento cristalizado (Tessaro, 2023).

Nesse contexto humanizado de encontro e troca, ficou claro que a droga não era o problema fundamental para uma existência fluida, mas apenas o sintoma. Segundo Ciornai (2023), as drogas são a ponta do iceberg, é preciso um processo interno e externo, um caminho para se percorrer e revelar a ferida interna, para perceber as vulnerabilidades, as fragilidades e encontrar recursos para lidar com as faltas e as dores, os sofrimentos.

O processo de adoecimento acontece diante de escolhas e não escolhas, mundos que se divergem, dois opostos que precisam se complementar para que seja possível encontrar possibilidades para desenvolver e criar habilidades internas e externas para uma vida mais estruturada. Enquanto ser criativo, o ser humano deve explorar o mundo e encontrar recursos para proporcionar equilíbrio diante das adversidades, para que a sua integração aconteça de fato (Ribeiro, 2017).

Cada história de vida revelava um jeito de ser, a singularidade e as semelhanças que aproximavam o contato com o outro. As fragilidades foram reveladas: sofrimento, dor, incertezas e fragmentação de uma vida interrompida. As falas evidenciam todo esse processo: como chegaram, o que provocou o encontro e como as vivências possibilitaram a ressignificação e a validação de um novo jeito de ser e estar no mundo a partir do reconhecimento de uma existência interrompida, fragmentada e sem sentido.

O reconhecimento dessa existência interrompida, frágil e sem sentido foi gradualmente se manifestando, trazendo maior compreensão e clareza. O sofrimento e as perdas deram lugar para a esperança e a fé, para um novo jeito de se perceber, perceber o outro e o mundo, encontrando um novo sentido. Essa transformação se refletiu na vida cotidiana e nas relações antes interrompidas, que se reconstruíram e abriram espaço para o novo, para as conquistas.

Diante de um espaço acolhedor, foi possível a construção de uma postura dialógica que permitiu que tudo que fosse humano se revelasse, sem medo, mas com confiança, segurança e confirmação. Para além disso, a compreensão do ser humano como um ser inacabado, sempre em construção, mas inteiro em suas possibilidades de acertos ou erros, permite reconhecer que todo processo é aprendizado e que a imperfeição humana é necessária para o amadurecimento e a autonomia.

A tomada de consciência transforma a configuração existente. Quando a pessoa percebe outras formas de existir, ao desenvolver habilidades e atender às reais necessidades existenciais, abre-se espaço para novos caminhos e amplia-se possibilidades de escolha. Isso promove a *awareness* e libera energia para que ela circule com mais fluidez na formação de *gestalten*, força integrativa do crescimento, para um funcionamento adequado, de ajustamentos criativos e de autoequilíbrio (Frazão, 2015).

A vivência em grupo terapêutico enquanto lugar de tratamento possibilita a reconstrução das relações fragmentadas, consigo mesmo, com os outros e com o mundo, fator que contribui para a construção da autonomia (Menezes; Pegoraro, 2019). Autonomia é um processo de desenvolvimento da autorregulação orgânica para o crescimento, que envolve as dimensões biopsicossociais e culturais, a capacidade da pessoa de conduzir a sua própria vida com responsabilidade socioemocional e capacidade de escolhas, consciente de suas ações, com responsabilidades individuais e sociais (Frazão, 2015).

Esse processo pode ser identificado na fala de Si, que aponta ser merecedor

de coisas boas, busca hoje o que faz bem a ele, tem sonhos e projetos, apresenta o cuidado de preservar o que construiu em sua vida, a necessidade de saber lidar com as dificuldades, reduzir os danos e ter foco. Nota-se, assim, amadurecimento emocional e responsabilidade social.

Através da relação dialógica, cada indivíduo, com suas particularidades e semelhanças, trouxe à tona as vulnerabilidades e fragilidades de um sofrimento existencial. Nesse percurso, encontrou e construiu um novo sentido para si, para com o outro e para com o mundo. Segundo Motta, Assis e Satelis (2020), a vida dialógica se revela como um fluxo rítmico, um ir e vir que se renova a cada encontro. Na clínica gestáltica, é nesse compasso que a relação terapêutica se funda, sustentada pelo sentido vivo do diálogo, que possibilita o encontro genuíno entre terapeuta e cliente.

Hycner e Jacobs (1997) destacam que a psicoterapia dialógica olha para o ser humano em sua inteireza, buscando resgatar sua capacidade de se relacionar de forma viva e significativa. Nessa perspectiva, a Gestalt-terapia se apresenta como uma clínica do encontro, um espaço do entre, onde a relação se torna fonte de cura existencial.

A relação dialógica floresce na vivência em grupo, um ambiente de acolhimento que fomenta a troca de experiências, o compartilhamento de dores e alegrias e uma escuta transformadora. Esse espaço único favorece a construção e ressignificação da existência, impulsionando o processo de tornar-se consciente das escolhas e de responsabilizar-se por elas.

A relação dialógica valoriza o encontro autêntico e a interação entre pessoas, nesse sentido, a interação entre as pessoas do grupo e o terapeuta. Mais do que uma técnica, trata-se de uma atitude existencial que permeia todo o processo terapêutico, uma postura amorosa e respeitosa, em que ambos estão abertos e presentes, engajados na experiência do entre, sem julgamentos. Isso permite abrir caminhos para que a experiência se torne significativa, no reconhecimento e confirmação da existência e singularidade de cada pessoa, para que seja possível a integração, a mudança e a autorregulação no processo de autonomia, pois, somente em uma relação que proporcione aceitação e cuidado, é possível desenvolver a nossa humanidade (Ribeiro, 2017).

Todo ser humano deseja ser encontrado e confirmado em sua singularidade e vulnerabilidade, ser valorizado e reconhecido, nesse sentido, a relação que se estabelece, seja individual ou em grupo, precisa considerar o humano, acolher com amorosidade. O terapeuta precisa estar aberto ao que possa surgir sem julgamento,

para que, a partir desse encontro, do ser humano com outro ser humano, ambos possam vivenciar essa humanidade e seja possível resgatar o contato interrompido (Hycner; Jacobs, 1997).

Essas experiências se revelam na prática cotidiana, por exemplo, pela redução de danos, retorno ao trabalho ou aos estudos, conquistas materiais, melhor administração dos ganhos financeiros, reconstrução de vínculo com familiares diante de uma convivência antes interrompida.

A autorregulação orgânica acontece enquanto processo de crescimento, quando a pessoa consegue assimilar as suas reais necessidades, nutrindo o que a enriquece e afastando o que possa ser danoso em sua vida, sempre em interação com o meio, respondendo às requisições e exigências deste, assimilando o que possa ser nutritivo e significativo. Trata-se de um movimento permeável e flexível entre a fronteira e a pessoa, de maneira fluida. Isso acontece em um contínuo processo de ajustamento criativo (Figueiroa, 2015).

Na fala de C, isso se revela no cuidado em relação ao trabalho e na responsabilidade em manter esse vínculo por meio da mudança de atitudes e comportamentos. Mostra-se também a compreensão da importância do trabalho no desenvolvimento da autonomia e cidadania, fator fundamental para sobrevivência, e da satisfação das necessidades básicas e de conquistas essenciais para uma vida com dignidade.

Portanto, o tratamento com enfoque psicossocial, com articulação da RAPS, possibilita a inserção social, a reabilitação e a cidadania, condição fundamental para assumir com responsabilidade e dignidade toda a condição humana existencial (Menezes; Pegoraro, 2019).

Não existe outro caminho a não ser aquele que percorre o coração – o aconchego, o toque, o afeto, o carinho, o respeito e o direito de ser o que seja possível ser. Direito de compreender que não existe perfeição, mas um modo de ser diferente para cada um, e que se pode errar e seguir adiante. É nesse processo que surgem as possibilidades de se integrar e ampliar toda a existência.

Quando se amplia o campo, evidencia-se a experiência de integração, que se manifesta através do comportamento e das escolhas orientadas para a redução de danos. Os ganhos se tornam mais significativos, as relações, sejam de trabalho, familiares ou sociais, se restabelecem e os vínculos se fortalecem, criando oportunidades de crescimento e autonomia.

A interação de cada participante acontece de maneira mútua, múltipla e complexa. A experiência vivenciada é construída pela interação dos acontecimentos e pela reflexão que se tem deles. Isso significa que cada pessoa tem um olhar diferente, não existe apenas uma perspectiva no grupo. Nesse processo, os sentidos se aproximam e, em cada momento, surge um fenômeno que se transforma constantemente pela dinamicidade do grupo. Isso prioriza a dimensão processual a partir das relações estabelecidas entre os membros do grupo e o contexto em que ele acontece (Ávila; Oliveira, 2017).

É muito pertinente entender que não existe apenas uma verdade, apenas um caminho, apenas um jeito de ser. Essa compreensão enriquece a compreensão das diferenças e semelhanças, permitindo tocar e ser tocado, pois é nesse processo que a humanidade se revela. Todo ser humano que passa por esse processo se transforma, tanto quem precisa de cuidado quanto quem cuida; quando esse encontro acontece, ninguém permanece o mesmo.

Para tanto, enquanto profissional, é preciso estar disponível para o novo, para arriscar em algo que não tem conhecimento e nem controle. Esse propósito exige presença e desejo de acolher, considerar o ser humano enquanto sujeito que está ferido e adoecido, e acreditar que existe um outro lado, que pode ser alcançado juntos.

Vale destacar que os movimentos de resistência e as relações hierárquicas existentes nos CAPS muitas vezes são desafiadores. Em contrapartida, há forças instituintes em direção ao trabalho colaborativo, integrado e interprofissional, que tencionam para mudança e transformação dos processos para o modo psicossocial. Assim, os espaços coletivos de formação possibilitam o olhar para o mundo do trabalho como campo de aprendizado e de mudança de práticas mobilizadoras no cenário laboral (Rézio; Wünsch; Silva, 2024).

Não detemos todo o conhecimento, desse modo a proposta do trabalho em equipe facilita o desenvolvimento da atenção por meio do apoio e da troca de conhecimento. A integração e a sintonia entre os diversos profissionais permitem lidar com as diferenças e acolhê-las e, assim, superar barreiras, preconceitos e estigmas. Essa é a proposta de cuidado da Atenção Psicossocial: olhar para o sujeito na integralidade e em relação ao contexto que habita. É um fazer coletivo, conduzido por uma equipe multidisciplinar, em que cada olhar é significativo – uma rede que acolhe, direciona e ajuda a cuidar de cada demanda. Por isso, a transdisciplinaridade é relevante: sozinhos não alcançamos esse cuidado, a complexidade de cada realidade abarca vários fazeres.

Nesse ínterim, duas questões se revelaram importantes: primeiramente, o conhecimento teórico aliado às práticas técnicas, que envolve a postura e a conduta profissional, o olhar humanizado, a busca pelo conhecimento, a compreensão de que a vida é dinâmica e envolve várias dimensões. Isso se revela na interação entre experiência e conhecimento teórico. Em segundo lugar, o envolvimento do fazer coletivo, dos aspectos jurídico-políticos e socioculturais, que envolvem a perspectiva de um ser político e social. Contudo, ainda é preciso caminhar, abrir espaços para discussões, reflexões e aproximações que realmente possibilitem um fazer coletivo que proporcione o cuidado integral, de uma rede que se comunique, interaja e também se integre.

O impacto positivo do cuidado compartilhado com ética, respeito, postura profissional e humanizada, com amor e responsabilidade, na presença mútua, possibilitou criar uma rede de apoio ampla e forte que repercutiu na maneira de se relacionar, na convivência com as pessoas, afetando o contexto e desencadeando mudanças significativas que trouxeram significado e sentido para a vida das pessoas.

Nesse contexto, percebe-se que o modelo da Atenção Psicossocial apresenta propostas de cuidado significativas de participação e inclusão, e o grupo terapêutico atua como mediador da inclusão social. Essa pesquisa reafirma a importância da construção coletiva, diante de uma postura humanizada e acolhedora, que reconhece a dimensão humana do ser humano, considerando o sofrimento psíquico e o processo de ressignificação pelo encontro e pelo diálogo. O ser humano se faz humano nas relações, isso potencializa toda a sua existência na construção da autonomia e no resgate de processos fluidos e significativos que possam atribuir um novo sentido de vida.

Os resultados desta pesquisa evidenciaram que a relação dialógica, vivenciada nos Grupos Terapêuticos do CAPS AD III, favoreceu a reconstrução de vínculos, a ressignificação de experiências de sofrimento e a ampliação de recursos internos, possibilitando avanços concretos no processo de autonomia dos usuários. A importância de se perceber único e de reconhecer as potencialidades favorece o desenvolvimento do protagonismo das pessoas e esse processo resgata a autonomia. O processo de autonomia acontece através do reconhecimento social, do pertencimento e da cidadania, enquanto sujeito participativo (Martins; Assis; Bolsoni, 2022).

Os dados mostraram que as intervenções grupais atuaram de forma significativa nos relacionamentos interpessoais, repercutiram positivamente nas

perspectivas de vida dos participantes e revelaram as potencialidades do encontro dialógico como proposta de acolhimento, pertencimento e reconhecimento. Além disso, foi possível identificar os impactos psicossociais relacionados ao uso problemático de álcool e outras drogas e como esses puderam ser ressignificados a partir das vivências coletivas, confirmando que o grupo terapêutico se constitui como dispositivo essencial para a promoção da autonomia, em consonância com o modelo de Atenção Psicossocial.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo evidenciam que a relação dialógica construída no contexto dos Grupos Terapêuticos em um CAPS AD III se apresenta como um caminho potente na promoção da autonomia de usuários de álcool e outras drogas. A análise revelou que, no primeiro contato e acolhimento, emergem os impactos psicossociais relacionados ao uso problemático, como a desmotivação e a falta de sentido de vida, sinalizando a vulnerabilidade inicial e a necessidade de um cuidado que vá além da abordagem biomédica. Esse ponto de partida evidencia a importância de um olhar reflexivo e humanizado, capaz de acolher o sofrimento e abrir possibilidades de ressignificação.

Na sequência, o trupo terapêutico configurou-se como lugar de cuidado, em que a potencialidade da relação dialógica e as mudanças significativas na convivência em grupo se tornaram centrais para a construção de vínculos e para a produção de novas formas de estar com o outro. Nessa dimensão, os achados reforçam que a experiência grupal não se limita ao compartilhamento de dificuldades, mas se transforma em espaço de troca, reconhecimento e fortalecimento coletivo, em sintonia com os pressupostos da Atenção Psicossocial.

Por fim, no eixo do processo terapêutico e autonomia, a pesquisa evidenciou um movimento de transformação que se traduz em um novo sentido para a vida, conquistas, projetos e sonhos, além da responsabilidade com atividades laborais, compromissos e mudanças nas relações familiares e sociais. Esses resultados indicam que a vivência grupal possibilitou não apenas mudanças individuais, mas também repercussões nas dimensões sociais e relacionais, contribuindo para a reconstrução de novos comportamentos para o exercício da cidadania.

Assim, ao responder aos objetivos propostos, este estudo demonstra que a relação dialógica em Grupos Terapêuticos não apenas favorece a autonomia, mas também atua como dispositivo de cuidado psicossocial capaz de promover inclusão, pertencimento e ressignificação de vidas atravessadas pelo uso problemático de drogas. Considera-se, portanto, que fortalecer práticas grupais em CAPS AD III constitui uma estratégia essencial para o avanço do modelo da Atenção Psicossocial, reafirmando o compromisso com um cuidado que se fortalece na escuta, no vínculo e na valorização da singularidade de cada sujeito.

A acolhida com uma postura humanizada possibilita abertura e evita o preconceito e a estigmatização, qualifica a escuta e demonstra respeito, afeto e cuidado para a construção de vínculo. Nos aproximamos ao demonstrar interesse em conhecer a realidade da pessoa e ao manter o contato adequado, considerando a dimensão do sofrimento humano.

Outra questão significativa para o campo da Atenção Psicossocial é ampliar as políticas psicossociais para a qualificação profissional para as pessoas em tratamento, para que ocorra a inserção social pelo mercado de trabalho, um fator importante que favorece as condições de moradia e alimentação. Suprir as necessidades básicas e encontrar um sentido de pertencimento social são condições fundamentais para garantir uma vida digna, romper barreiras e preconceitos.

A luta antimanicomial está em construção. Nos últimos tempos, percebemos o cuidado voltado para a doença, com ênfase na medicalização, o investimento em comunidades terapêuticas, o reaparecimento da lógica manicomial e do determinismo biológico, aspectos que ferem a Reforma Psiquiátrica e os direitos humanos. Uma realidade perversa que desconsidera o ser humano ao determinar de que maneira ele deve ser tratado, muitas vezes submetendo-o, em determinados lugares, à violência, a castigos, ao confinamento e à proibição do contato com os familiares.

É preciso fortalecer a rede, ampliar os espaços de discussão e buscar parcerias. As universidades têm um papel fundamental nesse processo, pois os profissionais em formação precisam estar mais próximos da realidade, de modo que as trocas de conhecimento ocorram de forma mais integrada ao contexto prático.

O campo organismo-ambiente é o lugar das relações, em que as vivências revelam a realidade. Tudo o que precisa ser pensado é a partir desse lugar, visto que somente a pessoa pode falar de suas necessidades e do seu mundo. O nosso saber, enquanto profissionais de saúde, é limitado se não considerarmos o conhecimento e a capacidade da pessoa. A doença não a define, mas sim a maneira como ela escolhe responder ao sofrimento.

A percepção de toda essa caminhada revela que, quando o cuidado acontece de maneira humanizada, é possível romper preconceitos e cuidar de fato da pessoa. O cuidado deve ser centralizado na pessoa, na sua singularidade e complexidade, e não na doença, considerando o diagnóstico para traçar o PTS e trabalhar na dimensão da Atenção Psicossocial. Uma nova maneira de cuidado acontece e o que está em

volta é tocado, a complexidade humana provoca o fazer coletivo, reafirmando que, na relação com o outro, podemos (re)florescer.

Portanto, a pesquisa traz a compreensão e a importância do cuidado humanizado, de considerar a dimensão do sofrimento humano, de acreditar na capacidade do ser humano de encontrar outros caminhos que tenham mais sentido e proporcionem qualidade de vida, dignidade e reconhecimento. Esse cuidado deve ser efetivado por meio da escuta qualificada, do diálogo, da confiança na pessoa, da amorosidade e do respeito. O sofrimento se transforma quando nos colocamos abertos ao reconhecimento das fragilidades e potencialidades, quando, nesse cuidado, a postura humana vem de encontro com outro humano que, juntos, se assumem agentes transformadores.

Em conclusão, esta pesquisa proporcionou uma compreensão do encontro de um ser humano com outro ser humano, evidenciando que o conhecimento de ambos é fundamental para o processo de tratamento. Nesse encontro, cada um traz o que é necessário, o conhecimento teórico, a prática, as técnicas, as vivências, isso possibilita novas possibilidades nas relações e no contexto. Espero que esse trabalho possa contribuir com estudos posteriores e que possamos desenvolver maneiras mais coerentes e humanizadas de integração para o tratamento e a inclusão de pessoas em sofrimento mental.

REFERÊNCIAS

- ALVARENGA, Rodrigo; SILVEIRA, Jucimeri Isolda; TEIXEIRA, Digiany da Silva Godoy. Política de drogas no Brasil no cenário de violações aos direitos humanos. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 3, p. 123-136, ago./dez. 2018. DOI: <http://10.18315/argumentum.v10i3.20841>. Acesso em: 17 fev. 2025.
- ALVES, Poliana Farias; KANTORSKI, Luciane Prado; ANDRADE, Ana Paula Müller de; COIMBRA, Valéria Cristina Christello; OLIVEIRA, Michele Mandagará; SILVEIRA, Karine Langmantel. Ser autônomo: o que os serviços de saúde mental indicam? **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, n. 1, e63993, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.63993>. Acesso em: 05 out. 2025.
- AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e Atenção Psicossocial**. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- AMARANTE, Paulo. **Teoria e crítica em saúde mental: textos selecionados**. 2. ed. São Paulo: Zagodoni, 2017.
- AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>. Acesso em: 17 fev. 2025.
- ARAÚJO, Jéssica Batista. Reabilitação psicossocial: entre a segurança e ética da existência. **Revista Polis e Psique**, v.10, n. 3, p. 52-76, 2020. DOI: <https://doi.org/10.22456/2238-152X.90746>. Acesso em: 17 fev. 2025.
- ÁVILA, Fátima Amorim; OLIVEIRA, Raquel Aparecida de. Uma reflexão sobre grupos terapêuticos de um CAPS: “Tudo junto e misturado”: que lugar ocupa a singularidade? **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, Sorocaba, v. 19, n. 3, p. 163-164, 2017. DOI: 10.23925/1984-4840.2017v19i3a14. Acesso em: 17 fev. 2025.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2022.
- BISPO, José Patrício Júnior; SAMPAIO, Mariá Lanzotti. Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, n. 19, e00313145, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00313>. Acesso em: 17 fev. 2025.
- BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Diário Oficial da União, 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 17 fev. 2025.
- BRASIL. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD; prescreve medidas para prevenção do

uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 2006. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm. Acesso em: 17 fev. 2025.

BRASIL. Lei nº 14.874, de 28 de maio de 2024. Dispõe sobre a pesquisa com seres humanos e institui o Sistema Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2024. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/lei/l14874.htm. Acesso em: 17 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Humaniza SUS – Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Centro de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares de atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Portaria nº 1.028, de 1º de julho de 2005. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. Brasília: Diário Oficial da União, 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html#:~:text=Determina%20que%20as%20a%C3%A7%C3%B5es%20que,sejam%20reguladas%20por%20esta%20Portaria. Acesso em: 17 fev. 2025.

BRASIL. Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Brasília: Diário Oficial da União, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0130_26_01_2012_rep.html. Acesso em: 17 fev. 2025.

BRASIL. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece as modalidades dos serviços CAPS no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial da União, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 17 fev. 2025.

BUBER, Martin. **Eu e Tu**. São Paulo: Editora Moraes, 1974.

BULLA, Leonia Capaverde; SANTOS, Camila Bassôa dos. A política brasileira sobre drogas e a rede de atenção psicossocial. **Textos e Contextos**, Porto Alegre, v. 20, n.

1, p. 1-18, jan./dez. 2021.

CARDELLA, Beatriz Helena Paranhos. Relação, atitude e dimensão ética do encontro terapêutico na clínica gestáltica. *In*: FRAZÃO, Lilian Meyer; FUKUMITSU, Karina Okajima (org.). **A clínica, a relação psicoterapêutica e o manejo em Gestalt-terapia**. São Paulo: Summus, 2015, p. 55-82.

CETOLIN, Sirlei Favero; OLIVEIRA, Ana Paula de; BELTRAME, Vilma; DALLACOSTA, Fabiana Meneghetti; FIÓRIO, Franciane Barbieri. Características da dependência e uso de substâncias psicoativas em Centros de Atenção Psicossocial. **SMAD – Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 18, n. 2, p. 60-69, 2022. DOI: 10.11606/issn.1806-6976.smad.2022.180325. Acesso em: 17 fev. 2025.

CIORNAL, Selma. A perspectiva gestáltica sobre adições e dependência de drogas. *In*: SILVA, José Ricardo da; SILVA, Gabriel da; SOUSA, Welison de Lima (org.). **Gestalt-terapia sobre o uso do álcool e outras drogas**. Curitiba: Juruá, 2023, p. 13-17.

CUNHA, Amanda Candeloro; PIO, Danielle Abdel Massih. Acompanhamento terapêutico: concepções e possibilidades em serviços de saúde mental. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 37 n. 3, p. 638-651, jul./set. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703000092016>. Acesso em: 17 fev. 2025.

DELGADO, Pedro. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, e0021241, 2019.

ESLABÃO, Adriane Domingues; PINHO, Leandro Barbosa de; YASUI, Silvio; WETZEL, Christine; SANTOS, Elitiele Ortiz dos; SILVA, Aline Basso da. Avaliação do acesso e acolhimento no Centro de Atenção Psicossocial. **Revista de Pesquisa Cuidado É Fundamental**, v. 15, e11983, 2023. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v15.1198>. Acesso em: 17 fev. 2025.

FIDELIS, Ariélly Cristina. Sentido do cuidado em saúde mental: sobre a Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS). **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 561-582, maio/ago. 2018.

FIGUEIROA, Mauro. As técnicas em Gestalt-terapia. *In*: FRAZÃO, Lilian Meyer; FUKUMITSU, Karina Okajima (org.). **A clínica, a relação psicoterapêutica e o manejo em Gestalt-terapia**. São Paulo: Summus, 2015, p. 103-128.

FONSECA, Cícero José Barbosa da. Conhecendo a redução de danos enquanto uma proposta ética. **Psicologia e Saberes**, v. 1, n. 1, p. 11-36, 2012.

FRANKL, Viktor Emil. **Sobre o sentido da vida**. Petrópolis: Vozes, 2022.

FRAZÃO, Lilian Meyer. Compreensão clínica em Gestalt-terapia: pensamento diagnóstico processual e ajustamentos criativos funcionais e disfuncionais. *In*: FRAZÃO, Lilian Meyer; FUKUMITSU, Karina Okajima (org.). **A clínica, a relação psicoterapêutica e o manejo em Gestalt-terapia**. São Paulo: Summus, 2015, p. 83-102.

FRAZÃO, Lilian Meyer; FUKUMITSU, Karina Okajima (org.). **Enfrentando crises e fechando *gestalten***. São Paulo: Summus, 2020.

FREITAS, Julia Rezende Chaves Bittencourt de. A relação terapeuta-cliente na abordagem gestáltica. **Revista IGT na Rede**, v. 13, n. 24, p. 85-104, 2016.

GADELHA, Débora Braga Chaves; CATANIO, Percy Antonio Galimbertti. Aplicação do conceito de integralidade em sua dimensão política no discurso da atenção psicossocial. **Diversitas Journal**, v. 6, n. 4, p. 3930-3948, out./dez. 2021. DOI: 10.48017/dj.v6i4.1465. Acesso em: 17 fev. 2025.

GARCIA, Paola Trindade; REIS, Regimarina Soares (org.). **Redes de atenção à saúde: Rede de Atenção Psicossocial – RAPS**. São Luís: EDUFMA, 2018.

GIL, Agata Eduarda Biciesto; PONTES, Rafaela de Godoi; ROCHA, Tiago Humberto Rodrigues. Relato de experiência: análise do processo de autonomia de usuários de um CAPS. **Mosaico: Estudos em Psicologia**, v. 12, n. 1, p. 107-116, 2024. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/mosaico/article/view/47943>. Acesso em: 05 out. 2025.

GOIÂNIA (Município). Prefeitura de Goiânia. **Goiânia.go.gov.br**, c2022. Disponível em: www.goiania.gov.br. Acesso em: 17 fev. 2022.

HYCNER, Richard; JACOBS, Lynne. **Relação e cura em Gestalt-terapia**. São Paulo: Summus, 1997.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE**, c2022. Página Cidades e Estados. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 17 fev. 2022.

LIMA, Patricia Valle de Albuquerque. Gestalt-terapia e cuidado. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1051-1066, 2019.

MACEDO, João Paulo; ABREU, Mariana Marinho; DIMENSTEIN, Magda. A regionalização da atenção psicossocial em álcool e outras drogas no Brasil. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 144-162, 2018. DOI: <https://doi.org/10.18569/tempus.v11i3.2432>. Acesso em: 17 fev. 2025.

MALAMUT, Bernardo Salles; MODENA, Celina Maria; PASSOS, Izabel C. Friche. Violência e poder no discurso psiquiátrico: da exclusão sistemática às subjetividades normativas. **Psicologia e Sociedade**, v. 23, n. spe., p. 53-62, 2011.

MARTINS, Matheus Eduardo Rodrigues; ASSIS, Fatima Buchele; BOLSONI, Carolina Carvalho. Conceitos de construção de autonomia sob o paradigma psicossocial no campo do cuidado a usuários de substâncias psicoativas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 27, n.6, p. 2241-2253, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022276.20872021>. Acesso em: 17 fev. 2025.

MENDES, Rosana Maria; MISKULIN, Rosana Giaretta Guerra. A análise de conteúdo

como uma metodologia. **Cadernos de Pesquisa**, v. 47, n. 165, p. 1044-1066, jul./set. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/198053143988>. Acesso em: 17 fev. 2025.

MENEZES, Giovanna Paula; PEGORARO, Renata Fabiana. Panorama das atividades grupais desenvolvidas em Centros de Atenção Psicossocial (2006–2016). **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 39, e189050, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003189050>. Acesso em: 17 fev. 2025.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>. Acesso em: 17 fev. 2025.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2013.

MOTTA, Hinayana Leão; ASSIS, Gustavo Alves Pereira de; SATELIS, Leila Ribeiro. A Gestalt-terapia como clínica do encontro: compreendendo a relação dialógica. **Phenomenological Studies – Revista da Abordagem Gestáltica**, v. 26, n. especial, p. 382-392, 2020. DOI: 10.18065/2020v26ne.3. Acesso em: 17 fev. 2025.

NERY FILHO, Antônio *et al.* (org.). As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais. Salvador: EDUFBA: CETAD, 2012.

NUNES, Fernanda Costa; SOUSA, Johnatas Martins; PINHO, Eurides Santos; CAIXETA, Camila Cardoso; BARBOSA, Maria Alves; COSTA, Antônio Pedro. Fatores impulsores e restritivos da prática com grupos em serviços comunitários de atenção psicossocial. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 27, n. 1, p. 183-192, 2022. DOI: DOI: 10.1590/1413-81232022271.19992021. Acesso em: 05 out. 2025.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-11**: diretrizes clínicas e diretrizes diagnósticas. Endossada pela 72ª Assembleia Mundial da Saúde em 2019. Disponível em: <https://www.who.int/>. Acesso em: 05 out. 2025.

PATIAS, Tyssia Melo; VIEIRA, André Guirland; SANTOS, Ana Maria Pujol Vieira dos. Percepção de codependência e estratégias de enfrentamento de familiares de usuário de drogas. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 14, n. 3, jul./set., p. 3-16, 2022. DOI: <https://doi.org/10.20435/pssa.v14i3.2084>. Acesso em: 18 jun. 2025.

PERLS, Frederick; HEFFERLINE, Ralph; GOODMAN, Paul. **Gestalt-terapia**. São Paulo: Summus, 1997.

PINI, Jéssica dos Santos; NACAMURA, Paula Antunes Bezerra; HARMUCH, Camila; COSTA, Maria Antonia Ramos; GIACON-ARRUDA, Bianca Cristina Ciccone; RADOVANOVIC, Cremilde Aparecida Trindade; SALCI, Maria Aparecida; PAIANO, Marcelle. Além da consulta e do medicamento: atividades coletivas e de ressocialização em um CAPS I. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 45, e20230248, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2024.20230248.pt>. Acesso em: 05 out. 2025.

PINTO, Diego Muniz; JORGE, Maria Salete Bessa; PINTO, Antonio Germane Alves; VASCONCELOS, Mardênia Gomes Ferreira; CAVALCANTE, Cinthia Mendonça; FLORES, Ana Zaiz Teixeira; ANDRADE, Aristides Saboia de. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. **Texto e Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 3, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072011000300010>. Acesso em: 18 jun. 2025.

POLSTER, Erving; POLSTER, Miriam. **Gestalt-terapia integrada**. São Paulo: Summus, 2001.

RÉZIO, Larissa de Almeida; WÜNSCH, Carla Gabriela; SILVA, Ranaia Luma Vitalino. Formação em serviço com profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial: análise de reflexões mobilizadas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 26, p. 1-11, 2024. DOI: <https://doi.org/10.5216/ree.v26.76416>. Acesso em: 05 out. 2025.

ROSA, Liane Serra da; MACKEDANZ, Luiz Fernando. A análise temática como metodologia na pesquisa qualitativa em ciências. **Revista Atos de Pesquisa em Educação**, Blumenau, v. 16, e8574, 2021. DOI: <https://dx.doi.org/10.7867/1809-0354202116e8574>. Acesso em: 18 jun. 2025.

RIBEIRO, Jorge Ponciano. **Gestalt-terapia: o processo grupal**. São Paulo: Summus, 1994.

RIBEIRO, Jorge Ponciano. **Gestalt-terapia: refazendo um caminho**. 9. ed. São Paulo: Summus, 2016.

RIBEIRO, Jorge Ponciano. **Psicoterapia: teorias e técnicas psicoterápicas**. 3. ed. São Paulo: Summus, 2017.

RODRIGUES, Suely Maria; SILVA, Leonardo Oliveira Leão; DIAS, Carlos Alberto; FERNANDES, Elaine Toledo Pitanga. Abordagem de tratamento na atenção psicossocial especializada: percepção de dependentes de álcool e outras drogas. **Revista Científica FACS**, Governador Valadares, v. 22, n. 1, p. 44-52, jan./jun. 2022.

SANTOS, Valcleiton Bispo; MIRANDA, Marlene. Projetos/programas de redução de danos no Brasil: uma revisão de literatura. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, Salvador, v. 5, n. 1, p. 106-118, 2016. DOI: 2317-3394rpds.v5i1.841. Acesso em: 17 fev. 2025.

SENA, Edite Lago da Silva; SOARES, Carine de Jesus; RIBEIRO, Bárbara Santos; SANTOS, Patrícia Honório Silva; CARMO, Érica Assunção; CARVALHO, Patricia Anjos Lima. Reabilitação psicossocial segundo a perspectiva de consumidores de drogas. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, v. 9, n. 2, p. 520-525, 2017. DOI: 10.9789/2175-5361.2017.v9i2.520-525. Acesso em: 17 fev. 2025.

SILVA, Gabriel da. Caminhos críticos para uma Gestalt-terapia antiproibicionista. *In*: SILVA, José Ricardo da; SILVA, Gabriel da; SOUSA, Welison de Lima (org.). **Gestalt-terapia sobre o uso do álcool e outras drogas**. Curitiba: Juruá, 2023, p. 43-51.

SILVA, Rafael Bianchi; MANDELLI, Jessica Pedrosa; BONATTI, Graziela Lastoria. A clínica ampliada e o trabalho dos psicólogos no PAIF: pressupostos e desafios.

Fractal: Revista de Psicologia, Niterói, v. 36, e5864, 2024. DOI:

<https://doi.org/10.22409/1984-0292/2024/v36/5864>. Acesso em: 18 jun. 2025.

SILVEIRA, Dartiu Xavier da; MOREIRA, Fernanda Gonçalves. Reflexões preliminares sobre a questão das substâncias psicoativas. *In*: SILVEIRA, Dartiu Xavier da; MOREIRA, Fernanda Gonçalves (org.). **Panorama atual de drogas e dependências**. São Paulo: Editora Atheneu, 2006, p. 3-7.

SODELLI, Marcelo. Temporalidade, uso de drogas e fenomenologia. **Psicopatologia Fenomenológica Contemporânea**, v. 8, n. 2, p. 35-52, 2019.

DOI: <https://doi.org/10.37067/rpfc.v8i2.953>. Acesso em: 17 fev. 2025.

SOUSA, Johnatan Martins; LUCCHESI, Roselma; FARINHA, Marciana Gonçalves; MORAES, Danielle Xavier; SILVA, Nathália dos Santos; ESPERIDIÃO, Elizabeth. Intervenções grupais em Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas: desafios da prática assistencial. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 32, e20220180, 2023.

DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2022-0180pt>. Acesso em: 17 fev. 2025.

SOUSA, Patrícia Fonseca; RIBEIRO, Laís Claudino Moreira; MELO, Juliana Rízia Félix de; MACIEL, Silvana Carneiro; OLIVEIRA, Marcelo Xavier. Dependentes químicos em tratamento: um estudo sobre a motivação para mudança. **Temas em Psicologia**, v. 21, n. 1, p. 259-268, 2013. DOI: 10.9788/TP2013.1-18. Acesso em: 18 jun. 2025.

SOUZA, Deivid. Mapa da violência: Regiões Noroeste e Oeste são as que mais concentram crimes em Goiânia. **O Popular**, Goiânia, 12 fev. 2020. Disponível em: <https://opopular.com.br/mapa-da-violencia-regi-es-noroeste-e-oeste-s-o-as-que-mais-concentram-crimes-em-goiania-1.1993258>. Acesso em: 17 fev. 2022.

SOUZA, Virginia Ramos dos Santos; MARZIALE, Maria Helena Palucci; SILVA, Gilberto Tadeu Reis; NASCIMENTO, Paula Lima. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, eAPE02631, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631>. Acesso em: 05 out. 2025.

SURJUS, Luciana Togni de Lima e Silva; SILVA, Patricia Carvalho (org.). **Redução de danos**: ampliação da vida e materialização de direitos. [s.l.]: [s. n.], 2019.

TESSARO, Luiz Gustavo Santos. Drogas e Gestalt-terapia: semiótica, hermenêutica e estética no campo das adições. *In*: SILVA, José Ricardo da; SILVA, Gabriel da; SOUSA, Welison de Lima (org.). **Gestalt-terapia sobre o uso do álcool e outras drogas**. Curitiba: Juruá, 2023, p. 19-31.

VALLE, Paulo Roberto Dalla; FERREIRA, Jacques de Lima. Análise de conteúdo na perspectiva de Bardin: contribuições e limitações para a pesquisa qualitativa em educação. **Educação em Revista**, Belo Horizonte, v. 41, e49377, 2023 (versão 1). DOI: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.7697>. Acesso em: 17 fev. 2024.

VERSIANI, Tatiane Figueiredo Simões; CORDEIRO, Jovane Belarmino; FERRARI, Andressa de França Alves. Centro de Atenção Psicossocial – CAPS AD III Candango: uma reflexão sobre os desafios e potencialidades do serviço na atenção psicossocial. **Revista FT – Ciências da Saúde**, v. 29, n. 141, 2024. Disponível em: <https://revistaft.com.br/centro-de-atencao-psicossocial-caps-ad-iii-candango-uma-reflexao-sobre-os-desafios-e-potencialidades-do-servico-na-atencao-psicossocial/>. Acesso em 17 fev. 2024.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



Universidade Federal de Goiás – UFG

Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública – IPTSP

Programa de –Pós-Graduação em Saúde Coletiva – PPGSC

A presente pesquisa tem como objetivo geral descrever as vivências grupais em um Centro de Atenção Psicossocial relacionados à autonomia na perspectiva dos usuários e familiares, na região Noroeste de Goiânia. Conhecer de que maneira as vivências em grupo têm favorecido o tratamento em saúde mental, e avaliar se as intervenções em grupo terapêutico proporcionam mudanças nos relacionamentos interpessoais e no desenvolvimento da autonomia dos participantes. Inicialmente você responderá um questionário sociodemográfico e entrevista semiestruturada, com questões relacionadas ao histórico de vida e ao uso de drogas e Grupo Focal para a pesquisadora ter informações mais detalhadas sobre o assunto. Para a realização da coleta de dados, será necessário disponibilizar 2 horas, sendo 30 minutos para responder o questionário sociodemográfico e entrevista semiestruturada e 1 hora e 30 minutos para o Grupo Focal. Será feita em local reservado, preservando toda a sua integralidade, com sigilo/anonimato das informações. Você tem direito ao ressarcimento das despesas da cooperação com a pesquisa, inclusive transporte e alimentação, se for o caso.

Em caso de danos, você tem o direito de pleitear indenização, conforme previsto em Lei. Se você não quiser ter seu nome divulgado, está garantido o sigilo que assegure a privacidade e o anonimato. As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas.

Rodovia R2 n. 3061, Parque Tecnológico Samambaia, Campus Samambaia - UFG E-mail:

cep.prpi@ufg.br - Telefone: 62 - 3521 1215 - CEP 74690 - 631 Goiânia - Goiás



Universidade Federal de Goiás – UFG
Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública – IPTSP
Programa de –Pós-Graduação em Saúde Coletiva – PPGSC

Com relação aos riscos, esta pesquisa é considerada de risco mínimo, podendo haver algum desconforto psicológico e/ou constrangimento ao relatar as vivências. Por ser uma pesquisa em ambiente presencial, que demanda refletir sobre as perguntas disparadoras, poderá ocorrer cansaço pelo tempo e pela fala longa de outras pessoas. Não é possível garantir total confiabilidade, algumas pessoas se encontrarão pela primeira vez, não possuem vínculo por não participarem do mesmo Grupo Terapêutico. Serão acompanhadas caso surja uma intercorrência pelos profissionais do CAPS. A sua participação nesta pesquisa é de extrema importância, para contribuir com a compreensão do processo de tratamento de pessoas em sofrimento mental em relação ao uso álcool e outras drogas, e como as vivências em Grupo Terapêutico nos remete à busca de um estudo teórico mais amplo, as reflexões possam contribuir e ampliar as discussões sobre modelos de intervenções, práticas e processo de cuidado para melhor compreensão de um fenômeno tão complexo, que esse processo proporcione a criação de modelos de cuidado mais eficazes, fortalecendo os usuários e contribuindo com o cuidado em Rede de Atenção Psicossocial do município de Goiânia.

Durante todo o período da pesquisa e na divulgação dos resultados, sua privacidade será respeitada, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de alguma forma, identificá-lo, será mantido em sigilo. Todo material ficará sob minha guarda por um período mínimo de cinco anos. Para condução da coleta é necessário o seu consentimento, faça uma rubrica entre os parênteses da opção que valida sua decisão.



Universidade Federal de Goiás – UFG
Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública – IPTSP
Programa de –Pós-Graduação em Saúde Coletiva – PPGSC

Para condução da entrevista, é necessário o seu consentimento para utilização de um gravador, faça uma rubrica (um X), entre os parênteses da opção que valida sua decisão:

- () Permito a utilização de gravador durante a entrevista.
- () Não permito a utilização de gravador durante a entrevista.

As gravações serão utilizadas na transcrição e análise dos dados, sendo resguardado o seu direito de ler e aprovar as transcrições.



Universidade Federal de Goiás – UFG
 Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública – IPTSP
 Programa de –Pós-Graduação em Saúde Coletiva – PPGSC

Consentimento

Eu,,
 abaixo assinado, concordo em participar do estudo “**Significados e sentidos atribuídos à relação terapêutica na construção da autonomia dos usuários de álcool e outras drogas no Centro de Atenção Psicossocial do município de Goiânia**”. Informo ter mais de 18 anos de idade e destaco que minha participação nesta pesquisa é de caráter voluntário. Fui devidamente esclarecido(a) pela pesquisadora responsável **Nilma Maria de Sousa** sobre a pesquisa, os procedimentos e métodos envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação no estudo. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade. Declaro, portanto, que concordo com a minha participação no projeto de pesquisa acima descrito.

Goiânia, de de

 Assinatura por extenso do(a) participante

 Assinatura por extenso do(a) pesquisador(a) responsável

APÊNDICE B – Questionário sociodemográfico

Universidade Federal de Goiás – UFG
Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública – IPTSP
Programa de –Pós-Graduação em Saúde Coletiva – PPGSC

1-Idade: _____ Gênero: _____ Sexo: _____ Raça: _____
2-Escolaridade: _____ Profissão: _____
3-Vínculo empregatício: _____ Benefício: _____
4-Ocupação atual: _____ Renda: _____
5-Relação conjugal: _____ Tempo de união: _____
6-Moradia: _____ Religião: _____

APÊNDICE C – Questionário sobre o uso de álcool e substâncias psicoativas

Universidade Federal de Goiás – UFG
Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública – IPTSP
Programa de –Pós-Graduação em Saúde Coletiva – PPGSC

1-Início do uso:

Lícita: _____ Idade: _____

Ilícita: _____ Idade: _____

Motivo para iniciar o uso: _____

Se fez uso de outras drogas citar quais: _____

2-Qual (is) droga (s) usada com mais frequência nos últimos 6 meses:

Lícita: _____

Ilícita: _____

3-Está em uso de medicação: _____ Quais: _____

4- Quando buscou ajuda pela primeira vez: _____

5-Tempo de tratamento: _____

6-Quantas internações: _____

7-Tem envolvimento com a justiça: _____

8-Qual a rede de apoio atualmente: _____

APÊNDICE D – Perguntas norteadoras para os usuários – Gravação

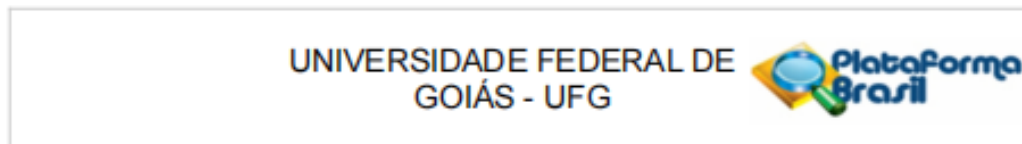
Universidade Federal de Goiás – UFG
Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública – IPTSP
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – PPGSC

PERGUNTAS NORTEADORAS – GRAVAÇÃO

- 1 - Como você chegou para o acolhimento inicial no CAPS?
- 2 - Como avalia a sua vivência no Grupo Terapêutico?
- 3 - Quais mudanças você percebeu desde o início do tratamento?
- 4 - E hoje como você se percebe?

ANEXOS

ANEXO A – Comprovante de envio do projeto



COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Significados e sentidos atribuídos a relação terapêutica na construção da autonomia dos usuários de álcool e outras drogas no Centro de Atenção Psicossocial

Pesquisador: NILMA MARIA DE SOUSA

Versão: 2

CAAE: 74020323.6.0000.5083

Instituição Proponente: Universidade Federal de Goiás - UFG

DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante:

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Informamos que o projeto Significados e sentidos atribuídos a relação terapêutica na construção da autonomia dos usuários de álcool e outras drogas no Centro de Atenção Psicossocial que tem como pesquisador responsável NILMA MARIA DE SOUSA, foi recebido para análise ética no CEP Universidade Federal de Goiás - UFG em 30/04/2024 às 09:23.

Endereço: Rodovia R2, n. 3.061, Parque Tecnológico Samambaia, Edifício K2, sala 110, piso 1
Bairro: Campus Samambaia CEP: 74.090-970
UF: GO Município: GOIANIA
Telefone: (62)3521-1215 Fax: (62)3521-2045 E-mail: cep.ppi@ufg.br

ANEXO B – Declaração de anuência e co-participação



Prefeitura de Goiânia
Secretaria Municipal de Saúde
Escola Municipal de Saúde Pública

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA E CO-PARTICIPAÇÃO

Da	Escola Municipal de Saúde Pública	
Ao	Comitê de Ética e Pesquisa	
Protocolo EMSP	16/2023	
Título da pesquisa	Significados e sentidos atribuídos a relação terapêutica na construção da autonomia dos usuários de álcool e outras drogas no Centro de Atenção Psicossocial	
Objetivo geral	Avaliar indicadores qualitativos de resultados em um Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas relacionados à autonomia na perspectiva dos usuários e familiares	
Pesquisador(a) responsável	Nilma Maria de Sousa	
Orientador (a)	Nathália dos Santos Silva e Marciana Gonçalves Farinha	
Período de coleta	10/01/2024 a 20/01/2024	
Local da coleta de dados	Centro de Atenção Psicossocial e outras Drogas – da região noroeste de Goiânia – CAPS AD Noroeste	
Instituição Proponente	Universidade Federal de Goiás	
Curso	Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - PPGSC	
Natureza da pesquisa	Mestrado	

Após análise do projeto de pesquisa acima citado, a Secretaria Municipal de Saúde informa a viabilidade da pesquisa. Declaramos que esta Instituição está ciente de suas responsabilidades como coparticipante da referida pesquisa, conforme Resoluções Éticas Brasileiras, em especial as Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016, ambas do Conselho Nacional de Saúde. Enfatiza-se que toda e qualquer intervenção ou abordagem do projeto não deve interferir no andamento dos serviços de saúde da unidade. **A autorização para a coleta de dados dependerá da aprovação em um Comitê de Ética em Pesquisa, mediante apresentação do parecer ético consubstanciado junto à Escola Municipal de Saúde Pública (EMSP). Observa-se que acesso às unidades de saúde será permitido somente mediante a emissão do “Encaminhamento para Coleta de Dados” pela EMSP.**

Goiânia, 20 de junho de 2023.

Documento assinado eletronicamente por **Maria Alice Coelho**,



Coordenadora da Escola Municipal de Saúde Pública, em 20/06/2023, às 15:29, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site <https://www.goiania.go.gov.br/sei> informando o código verificador 1932643 e o código CRC 380F0002.

Avenida do Cerrado, nº 999, APM-09, Bloco D, 2º andar
- Bairro Park Lozandes
CEP 74884-900 Goiânia-GO

Referência: Processo Nº 23.29.000016960-2

SEI Nº 1932643v1

ANEXO C – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - UFG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Significados e sentidos atribuídos a relação terapêutica na construção da autonomia dos usuários de álcool e outras drogas no Centro de Atenção Psicossocial

Pesquisador: NILMA MARIA DE SOUSA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 74020323.6.0000.5083

Instituição Proponente: Universidade Federal de Goiás - UFG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.869.764

Apresentação do Projeto:

A proposta é de um estudo qualitativo e pretende, por meio da relação terapêutica, utilizando a abordagem da Gestalt-terapia, trazer reflexões que possam contribuir e ampliar as discussões sobre modelos de intervenções, práticas e processo de cuidado às pessoas em relação ao uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas. Portanto, nesse processo é possível criar ferramentas e instrumentos capazes de avaliar de maneira eficaz quais mudanças significativas ocorreram no decorrer do tratamento, conhecer a forma como a relação terapêutica, vivenciada no grupo terapêutico contribui para o tratamento em saúde mental, se de fato as intervenções que ocorrem na relação atuam nos relacionamentos interpessoais e na promoção da autonomia do usuário a partir da proposta da atenção psicossocial. Assim, os autores buscam criar ferramentas e instrumentos capazes de avaliar de maneira eficaz quais mudanças significativas ocorreram no decorrer do tratamento. Ao ficarem claras as necessidades dos participantes, suas habilidades e potencialidades é possível obter recursos necessários para o desenvolvimento da autonomia, reconstruindo um novo jeito de ser e estar no mundo de forma mais integrada e por uma vida mais digna. Nesse processo, o contexto também se modifica, através das relações que antes eram adoecidas, mas, com escolhas mais construtivas que possibilitam relações mais saudáveis, que modificam todo o jeito de ser, seja no contexto familiar, de trabalho e da vida social como um todo (RIBEIRO, 1994). Na

Endereço: Rodovia R2, n. 3.061, Parque Tecnológico Samambaia, Edifício K2,sala 110, piso 1
Bairro: Campus Samambaia **CEP:** 74.690-970
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3521-1215 **Fax:** (62)3521-2045 **E-mail:** cep.prpi@ufg.br

Continuação do Parecer: 6.869.764

atualidade, a compreensão do fenômeno sobre o uso de substâncias psicoativas nos remete à busca de um estudo teórico mais amplo que perpassa pela transformação histórico-cultural e social, que nos traga reflexões e construção de modelos e práticas que possam contribuir para lidar com um fenômeno tão complexo, que nos instiga à sua compreensão e a criação de modelos de cuidado mais eficazes que possibilite mudanças significativas em relação ao contexto, a vida das pessoas e do fazer profissional (SODELLI, 2019). Participarão pessoas com idade entre de 18 e 60 anos, do gênero masculino, que estejam em tratamento no CAPS Noroeste por um período mínimo de 6 meses, assim como os familiares, do gênero masculino e feminino. Serão selecionados a partir do Grupo Terapêutico, exceção ao Grupo de Família que participam no período vespertino, estes receberão a visita do pesquisador. O tamanho da Amostra no Brasil é de 32 participantes. A coleta de dados será conduzida por 3 observadores, sendo duas com formação em psicologia e que atuam no CAPS AD III Noroeste, uma delas não tem contato com as pessoas dos Grupos Terapêuticos conduzido pela pesquisadora; a outra profissional é da equipe do RECID - Grupo Interdisciplinar de Pesquisa e Intervenções em Saúde Mental. Os grupos estão organizados conforme a demanda de álcool, um deles com demanda de álcool e outras drogas, mais um grupo de familiares, no período matutino e outro grupo no período vespertino. Os critérios de inclusão: pessoas do gênero masculino, que apresentam problemas relacionados com o uso de substâncias psicoativas em acompanhamento no CAPS AD III, na faixa etária de 18 a 60 anos, em processo de tratamento acima de 6 meses. Critério de Exclusão: pessoas no período acima de 6 meses de tratamento que negam a necessidade de tratamento, não se vinculam e não participam continuamente do Grupo Terapêutico. Os dados serão coletados dos 2 grupos focais e para isso serão convidados 05 usuários do grupo terapêutico de álcool e 05 usuários do grupo terapêutico de álcool e outras drogas, um total de 10 pessoas, em relação ao grupo de família dores no período matutino e vespertino, 05 pessoas de cada grupo, num total de 10 pessoas, pela baixa participação dos familiares. Os grupos focais serão agendados, conforme disponibilidade dos usuários e familiares, receberão por escrito dia e horário para a realização do grupo. Para a análise dos dados pretende-se utilizar o método de Análise de Conteúdo (BARDIN, 2011). Propõem a quantificação simples, e com que frequência ocorre; e as mais complexas, que serão investigadas por meio de análise fatorial, diagramas, figuras, modelos, etc (BARDIN, 2011). Após a leitura e transcrição das entrevistas, de maneira fidedigna, pretende-se apreender a ideia central em relação ao tema e agrupá-los por eixos pelas semelhanças das respostas, através da ordenação dos dados, classificação dos dados e análise final. Estabelecer

Endereço: Rodovia R2, n. 3.061, Parque Tecnológico Samambaia, Edifício K2, sala 110, piso 1
Bairro: Campus Samambaia **CEP:** 74.690-970
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3521-1215 **Fax:** (62)3521-2045 **E-mail:** cep.prpl@ufg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - UFG



Continuação do Parecer: 6.869.764

o sentido geral; divisão das unidades de significados, conforme eixos; transformar os eixos de significados em expressões de caráter psicológico; e determinação da estrutura geral dos significados psicológicos.

Objetivo da Pesquisa:

Compreender como as intervenções em grupo terapêutico atuam nos relacionamentos interpessoais e na autonomia do usuário que participa dos grupos; e Identificar os fatores terapêuticos das vivências grupais em um Centro de Atenção Psicossocial AD III.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Com relação aos riscos, esta pesquisa é considerada de risco mínimo, podendo haver algum desconforto psicológico e/ou constrangimento ao relatar as vivências. Por ser uma pesquisa em ambiente presencial, que demanda refletir sobre as perguntas disparadoras, poderá ocorrer cansaço pelo tempo e pela fala longa de outras pessoas. Não é possível garantir total confiabilidade, algumas pessoas se encontrarão pela primeira vez, não possuem vínculo por não participarem do mesmo Grupo Terapêutico. Serão acompanhadas caso surja uma intercorrência pelos profissionais do CAPS. Benefícios: Os benefícios desta pesquisa estão diretamente relacionados aos participantes, os resultados da pesquisa se relacionam ao tratamento oferecido pelo CAPS, uma avaliação sobre a qualidade do atendimento e se a abordagem proposta favorece o processo de desenvolvimento da autonomia. Assim como, verificar se a proposta da atenção psicossocial poderá contribuir na ampliação do banco de dados sobre a temática, promovendo reflexões acerca da compreensão das pessoas em sofrimento decorrente do uso de álcool e outras drogas. Não é possível garantir total confiabilidade, algumas pessoas se encontrarão pela primeira vez, não possuem vínculo por não participarem do mesmo Grupo Terapêutico. Serão acompanhadas caso surja uma intercorrência pelos profissionais do CAPS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma solicitação de emenda sob a seguinte justificativa: "Comunico ao Comitê de Ética que o projeto inicial foi enviado a Escola de Saúde Pública antes de ser enviado ao Comitê e durante o processo de aprendizado, no decorrer das disciplinas curriculares do mestrado, algumas alterações foram realizadas com o objetivo de qualificar a proposta do projeto de pesquisa, as mudanças foram nos objetivos, geral e específicos, no geral antes a proposta era Avaliar indicadores qualitativos de resultado em um Centro de Atenção Psicossocial relacionados à autonomia na perspectiva dos usuários e familiares. Com as alterações segue; Descrever as vivências grupais em um Centro de Atenção Psicossocial

Endereço: Rodovia R2, n. 3.061, Parque Tecnológico Samambaia, Edifício K2,sala 110, piso 1
 Bairro: Campus Samambaia CEP: 74.690-970
 UF: GO Município: GOIANIA
 Telefone: (62)3521-1215 Fax: (62)3521-2045 E-mail: cep.prpi@ufg.br

Continuação do Parecer: 6.869.764

relacionados à autonomia na perspectiva dos usuários e familiares. Assim como, os específicos; - Conhecer os indicadores qualitativos de resultado em um Centro de Atenção Psicossocial AD III;- Avaliar como as intervenções em grupo terapêutico atuam nos relacionamentos interpessoais e na autonomia do usuário que participa dos grupos. Com as alterações seguem; - Compreender como as intervenções em grupo terapêutico atuam nos relacionamentos interpessoais e na autonomia do usuário que participa dos grupos. - Identificar os fatores terapêuticos das vivências grupais em um Centro de Atenção Psicossocial AD III. Tais alterações foram importantes e significativas para que o tema proposto pelo projeto esteja próximo ao objetivo geral e específico, sendo natural no decorrer do aprendizado, a EMSP entende que o projeto enviado seja o inicial, por isso solicita liberação. Outras alterações na parte teórica, mas no sentido de ampliar a teoria para a compreensão da proposta do projeto de pesquisa. Assim como, no decorrer dessas alterações não foi possível cumprir com o cronograma proposto inicialmente, com isso, a Escola Municipal de Saúde Pública solicita parecer do CEP para que essas mudanças sejam aceitas e o projeto possa prosseguir, nesse sentido encaminhado para avaliação e parecer, para que a Escola de Saúde Pública libere a pesquisa de campo na Unidade de Saúde, no caso, o Centro de Atenção Psicossocial AD III, permanece o mesmo local da coleta de dados, na cidade de Goiânia. Segue abaixo o cronograma inicial e a proposta de alteração do cronograma para que a pesquisa possa acontecer, conforme critério do CEP e EMSP.

Pesquisa interessante, atual, que se propõe a mostrar como a relação terapêutica, utilizando a abordagem da Gestalt-terapia, pode trazer reflexões que contribuam e ampliem as discussões sobre modelos de intervenções, práticas e processo de cuidado às pessoas em relação ao uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas, demanda crescente no Brasil.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentaram PB_ Informações_ Básicas_ do_ Projeto

TCLE

Folha de rosto devidamente assinada

Termo de anuência da Coordenadora da Escola Municipal de Saúde Pública devidamente assinada.

Termo de Compromisso dos pesquisadores devidamente assinado

Instrumento de coleta de dados

Endereço: Rodovia R2, n. 3.061, Parque Tecnológico Samambaia, Edifício K2,sala 110, piso 1
 Bairro: Campus Samambaia CEP: 74.690-970
 UF: GO Município: GOIANIA
 Telefone: (62)3521-1215 Fax: (62)3521-2045 E-mail: cep.prpi@ufg.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - UFG**



Continuação do Parecer: 6.869.764

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A emenda não apresenta óbice ético

Considerações Finais a critério do CEP:

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa/CEP-UFG considera a presente solicitação de Emenda APROVADA, pois foi considerada em acordo com os princípios éticos vigentes. Reiteramos a importância deste Parecer Consubstanciado, e lembramos que o(a) pesquisador(a) responsável deverá encaminhar ao CEP-UFG o Relatório Final baseado na conclusão do estudo e na incidência de publicações decorrentes deste, de acordo com o disposto na Resolução CNS n. 466/12 e Resolução CNS n. 510/16. O prazo para entrega do Relatório é de até 30 dias após o encerramento da pesquisa, previsto para abril de 2025.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_233154_6_É1.pdf	29/04/2024 16:02:39		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	29/04/2024 15:44:22	NILMA MARIA DE SOUSA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	09/09/2023 11:57:33	NILMA MARIA DE SOUSA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_pesquisa.pdf	07/09/2023 18:51:07	NILMA MARIA DE SOUSA	Aceito
Outros	anuencia.pdf	01/08/2023 21:53:14	NILMA MARIA DE SOUSA	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	01/08/2023 21:44:10	NILMA MARIA DE SOUSA	Aceito
Outros	Instrumento.pdf	01/08/2023 21:42:42	NILMA MARIA DE SOUSA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rodovia R2, n. 3.061, Parque Tecnológico Samambaia, Edifício K2,sala 110, piso 1
 Bairro: Campus Samambaia CEP: 74.690-970
 UF: GO Município: GOIANIA
 Telefone: (62)3521-1215 Fax: (62)3521-2045 E-mail: cep.prpi@ufg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - UFG



Continuação do Parecer: 6.869.764

GOIANIA, 05 de Junho de 2024

Assinado por:
Rosana de Moraes Borges Marques
(Coordenador(a))

Endereço: Rodovia R2, n. 3.061, Parque Tecnológico Samambaia, Edifício K2,sala 110, piso 1
Bairro: Campus Samambaia **CEP:** 74.690-970
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3521-1215 **Fax:** (62)3521-2045 **E-mail:** cep.prpi@ufg.br