



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL

Denise Thum

**Itinerários terapêuticos de pessoas em uso problemático de álcool e drogas  
em um município do norte de Santa Catarina**

Florianópolis

2026

Denise Thum

**Itinerários terapêuticos de pessoas em situação de uso problemático de álcool e drogas em um município do norte de Santa Catarina**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra em Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Daniela Ribeiro Schneider

Florianópolis

2026

THUM, Denise

Itinerários Terapêuticos de Pessoas em Uso Problemático de Álcool e Drogas em um Município do Norte de Santa Catarina / Denise THUM ; orientadora, Daniela Ribeiro Schneider, 2026.

126 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, Florianópolis, 2026.

Inclui referências.

1. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. 2. Itinerários Terapêuticos. 3. Álcool e Drogas. 4. Cuidado em Saúde. 5. Saúde Coletiva; Atenção Psicossocial. I. Schneider, Daniela Ribeiro. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial. III. Título.

Denise Thum

**Itinerários terapêuticos de pessoas em situação de uso problemático de álcool e drogas em um município do norte de Santa Catarina**

O presente trabalho em nível de Mestrado foi avaliado e aprovado, em 14 de outubro de 2025, pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Profª Drª Daniela Ribeiro Schneider (Presidente)  
Universidade Federal de Santa Catarina

Profª Drª Magda do Canto Zurba (Membro)  
Universidade Federal de Santa Catarina

Profª Drª Tânia Maris Grigolo (Membro externo)  
SMS/Florianópolis

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Mestra em Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

---

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

---

Profa. Daniela Ribeiro Schneider, Dra.  
Orientadora

Florianópolis, 2026

Dedico este trabalho a cada rosto e a cada voz que esteve comigo e atravessou este percurso de pesquisa. A todos e todas que, com sua presença, histórias e silêncios, me ensinaram sobre resistência, coragem e humanidade.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, que me sustenta em cada passo, segurando firme a minha mão, sobretudo nos momentos em que a dor e a incerteza do câncer de mama me desafiaram, e que me ensinou a transformar o sofrimento em coragem, fé e caminhada.

Ao meu marido, Jader, companheiro de todas as horas, que está ao meu lado com amor, cuidado e parceria, lembrando-me de que não se caminha sozinha. Você é o amor da minha vida!

Aos meus filhos, Felipe e Julia, que me oferecem a energia para viver. Nos seus olhares encontrei, e sigo encontrando, motivos para resistir... a força que me faz acreditar que a vida vale a pena.

Aos colegas do mestrado, com quem compartilhei aprendizados, alegrias e desafios. Este percurso acadêmico foi também um itinerário terapêutico, um espaço de cura e de cuidado da mente e do coração, que se somou ao tratamento do corpo.

À minha orientadora, Daniela, pela leveza com que conduziu este processo e pelos encontros de aprendizado que me ensinaram que orientar também é cuidar.

Ao professor Lúcio Botelho, *in memoriam*, que me ensinou a ver a vida com poesia e deixou sementes de sensibilidade que continuam a florescer.

Às pessoas que buscam diariamente cuidados nos serviços de saúde. Dedico este trabalho a vocês, que me lembram todos os dias que o cuidado só se realiza no encontro humano e na escuta atenta.

Este mestrado foi, ao mesmo tempo, pesquisa e cura; ciência e vida; dor e renascimento.

### **No Meio do Caminho**

No meio do caminho tinha uma pedra  
tinha uma pedra no meio do caminho  
tinha uma pedra  
no meio do caminho tinha uma pedra.

Nunca me esquecerei desse  
acontecimento  
na vida de minhas retinas tão fatigadas.  
Nunca me esquecerei que no meio do  
caminho  
tinha uma pedra  
tinha uma pedra no meio do caminho  
no meio do caminho tinha uma pedra.

(Carlos Drummond de Andrade)

## RESUMO

Esta dissertação tem como objetivo analisar os itinerários terapêuticos de pessoas com histórico de uso problemático de álcool e drogas, buscando compreender como esses sujeitos constroem e narram suas trajetórias de cuidado, os sentidos atribuídos às experiências vividas e os modos de transitar entre dispositivos de atenção e racionalidades em saúde. O estudo se insere no campo da saúde coletiva, em diálogo com debates sobre políticas públicas, saúde mental e atenção psicossocial. Optou-se por uma abordagem qualitativa, de caráter descritivo e exploratório, por considerar a complexidade e a singularidade das experiências dos participantes. O corpus foi constituído por dez entrevistas narrativas realizadas com sujeitos maiores de 40 anos, que vivenciaram longos percursos relacionados ao uso de substâncias, associadas ao mapeamento de trajetórias em redes formais e informais. As narrativas contemplaram múltiplos espaços de cuidado, incluindo CAPS ad, comunidades terapêuticas, grupos de ajuda mútua, redes familiares, práticas religiosas e iniciativas comunitárias. A análise seguiu procedimentos de reconstrução narrativa e comparação contrastiva, tomando como categorias centrais a forma como os sujeitos reconhecem o adoecimento, os sentidos atribuídos ao uso e à abstinência, os recursos e barreiras de acesso e as racionalidades em disputa nos processos de cuidado. Os resultados revelam que os itinerários terapêuticos não se configuram como trajetórias lineares ou homogêneas, mas como percursos marcados por circularidades, rupturas, interrupções e retomadas. Evidenciam a coexistência e a negociação entre diferentes racionalidades que se articulam de forma dinâmica, ora gerando tensões, ora potencializando estratégias de cuidado. Destaca-se, por um lado, a insuficiência estrutural e a fragmentação dos serviços públicos de saúde, frequentemente com dificuldades de assegurar a continuidade do cuidado; por outro, a relevância das redes familiares, comunitárias e espirituais como mediadoras fundamentais na reorganização da vida cotidiana e na reconstrução de sentidos. Conclui-se que a reabilitação ultrapassa a abstinência e se vincula à produção de novos projetos de vida e que a escuta das experiências singulares dos sujeitos é fundamental para repensar políticas públicas em álcool e outras drogas no Brasil, apontando caminhos para o fortalecimento de práticas intersetoriais, inclusivas no âmbito da saúde coletiva.

**Palavras-chave:** itinerários terapêuticos; álcool e drogas; cuidado em saúde; saúde coletiva; atenção psicossocial.

## ABSTRACT

This dissertation aims to analyze the therapeutic itineraries of people with a history of problematic use of alcohol and drugs, seeking to understand how these subjects construct and narrate their care trajectories, the meanings attributed to their lived experiences, and the ways they navigate among healthcare devices and rationalities. The study is situated within the field of public health, in dialogue with debates on public policies, mental health, and psychosocial care. A qualitative approach of a descriptive and exploratory nature was chosen, considering the complexity and uniqueness of the participants' experiences. The corpus consisted of ten narrative interviews conducted with individuals over 40 years old, who had experienced long trajectories related to substance use, combined with the mapping of pathways within formal and informal networks. The narratives encompassed multiple care spaces, including Psychosocial Care Centers for Alcohol and Drugs (CAPS ad), therapeutic communities, mutual-help groups, family networks, religious practices, and community initiatives. The analysis followed procedures of narrative reconstruction and contrastive comparison, taking as central categories the way in which the subjects recognize illness, the meanings attributed to use and abstinence, the resources and barriers to access, and the rationalities in dispute in the care processes. The results reveal that therapeutic itineraries are not configured as linear or homogeneous trajectories, but rather as paths marked by circularities, ruptures, interruptions, and resumption. They highlight the coexistence and negotiation among different rationalities that articulate dynamically, at times generating tensions, at times enhancing care strategies. On the one hand, there is the structural insufficiency and fragmentation of public health services, often struggling to ensure continuity of care; on the other hand, the relevance of family, community, and spiritual networks stands out as fundamental mediators in the reorganization of daily life and in the reconstruction of meanings. It is concluded that rehabilitation goes beyond abstinence and is linked to the production of new life projects, and that listening to the unique experiences of the subjects is essential to rethinking public policies on alcohol and other drugs in Brazil, pointing towards pathways for strengthening intersectoral and inclusive practices within the scope of public health.

**Keywords:** therapeutic itineraries; alcohol and drugs; healthcare; public health; psychosocial care.

## **LISTA DE FIGURAS**

- Figura 1 – Pessoas que usaram drogas em 2023 (esquerda). Pessoas com transtornos relacionados ao uso de drogas em 2023 (direita) 31
- Figura 2 – Localização de Santa no Brasil e localização de Jaraguá do Sul em Santa Catarina 56

## LISTA DE QUADROS

|                                                                                           |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Quadro 1 – Categorias analíticas e principais autores de referência                       | 52 |
| Quadro 2 – Síntese transversal dos perfis dos entrevistados segundo categorias analíticas | 78 |
| Quadro 3 – Ferramenta Analítica para identificação de itinerários terapêuticos            | 81 |
| Quadro 4 – Itinerário terapêutico de Formiga                                              | 83 |
| Quadro 5 – Itinerário terapêutico de Zequinha                                             | 84 |
| Quadro 6 – Itinerário terapêutico de Rosa do Deserto                                      | 86 |
| Quadro 7 – Itinerário terapêutico de Paulista                                             | 88 |
| Quadro 8 – Itinerário terapêutico de Joinville                                            | 89 |
| Quadro 9 – Itinerário terapêutico de Preto Véio                                           | 90 |
| Quadro 10 – Itinerário terapêutico de Goiano                                              | 91 |
| Quadro 11 – Itinerário terapêutico de Tino                                                | 93 |
| Quadro 12 – Itinerário terapêutico de Gaúcho                                              | 94 |
| Quadro 13 – Itinerário terapêutico de Pará                                                | 96 |
| Quadro 14 – Quadro analítico – Itinerário terapêutico dos entrevistados                   | 97 |

## SUMÁRIO

|              |                                                                                                          |           |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1</b>     | <b>INTRODUÇÃO</b>                                                                                        | <b>16</b> |
| 1.1          | OBJETIVOS                                                                                                | 18        |
| 1.2          | JUSTIFICATIVA                                                                                            | 18        |
| 1.3          | ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO                                                                                 | 20        |
| <b>2</b>     | <b>REFERENCIAL TEÓRICO</b>                                                                               | <b>22</b> |
| 2.1          | PROBLEMAS RELACIONADOS AO USO DE ÁLCOOL E DROGAS: DETERMINANTES SOCIAIS E CULTURAIS                      | 24        |
| <b>2.1.1</b> | <b>Determinantes sociais da saúde e vulnerabilidades</b>                                                 | <b>25</b> |
| <b>2.1.2</b> | <b>Dimensões culturais, significados do uso e implicações para a análise de itinerários terapêuticos</b> | <b>26</b> |
| 2.2          | PADRÕES E CLASSIFICAÇÕES DO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS                                               | 27        |
| <b>2.2.1</b> | <b>Padrões de uso do álcool</b>                                                                          | <b>28</b> |
| <b>2.2.2</b> | <b>Padrões de uso de drogas</b>                                                                          | <b>30</b> |
| 2.3          | MODELOS E RACIONALIDADES DE CUIDADO EM SAÚDE                                                             | 32        |
| <b>2.3.1</b> | <b>Paradigma biomédico</b>                                                                               | <b>32</b> |
| <b>2.3.2</b> | <b>Abordagens psicossociais</b>                                                                          | <b>34</b> |
| <b>2.3.3</b> | <b>Perspectivas moral-religiosas</b>                                                                     | <b>35</b> |
| <b>2.3.4</b> | <b>Práticas de redução de danos</b>                                                                      | <b>36</b> |
| 2.4          | ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS EM SAÚDE COLETIVA                                                               | 38        |
| 2.5          | REDE DE ATENÇÃO E DISPOSITIVOS DE CUIDADO EM ÁLCOOL E DROGAS                                             | 40        |
| <b>2.5.1</b> | <b>Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)</b>                                                               | <b>40</b> |
| <b>2.5.2</b> | <b>Serviços formais, informais e comunitários</b>                                                        | <b>42</b> |
| 2.6          | PERCEPÇÕES DOS USUÁRIOS SOBRE O CUIDADO, EXPERIÊNCIA, AUTONOMIA E ESTRATÉGIAS DE (AUTO)CUIDADO           | 43        |
| 2.7          | BARREIRAS DE ACESSO AOS SERVIÇOS                                                                         | 45        |
| <b>2.7.1</b> | <b>Estigma, preconceito e discriminação</b>                                                              | <b>46</b> |
| <b>2.7.2</b> | <b>Desigualdades de gênero, raça e território</b>                                                        | <b>47</b> |
| 2.8          | CATEGORIAS ANALÍTICAS PARA INTERPRETAÇÃO DOS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS                                    | 48        |
| <b>2.8.1</b> | <b>Reconhecimento do adoecimento</b>                                                                     | <b>49</b> |
| <b>2.8.2</b> | <b>Estratégias de cuidado iniciais</b>                                                                   | <b>49</b> |
| <b>2.8.3</b> | <b>Acesso a dispositivos formais</b>                                                                     | <b>50</b> |

|               |                                                    |           |
|---------------|----------------------------------------------------|-----------|
| <b>2.8.4</b>  | <b>Dispositivos informais e comunitários</b>       | <b>50</b> |
| <b>2.8.5</b>  | <b>Movimentos e rupturas</b>                       | <b>50</b> |
| <b>2.8.6</b>  | <b>Racionalidades de cuidado</b>                   | <b>51</b> |
| <b>2.8.7</b>  | <b>Recursos e barreiras</b>                        | <b>51</b> |
| <b>2.8.8</b>  | <b>Significados atribuídos</b>                     | <b>52</b> |
| <b>3</b>      | <b>METODOLOGIA</b>                                 | <b>54</b> |
| 3.1           | ABORDAGEM DA PESQUISA                              | 54        |
| 3.2           | TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS         | 55        |
| 3.3           | CAMPO DE PESQUISA                                  | 56        |
| 3.4           | PARTICIPANTES DA PESQUISA                          | 57        |
| <b>3.4.1</b>  | <b>Critérios de inclusão</b>                       | <b>57</b> |
| <b>3.4.2</b>  | <b>Crítério de exclusão</b>                        | <b>58</b> |
| 3.5           | PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS                  | 58        |
| 3.6           | CONSIDERAÇÕES ÉTICAS                               | 59        |
| <b>4</b>      | <b>APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS</b> | <b>61</b> |
| 4.1           | PERFIL DOS ENTREVISTADOS                           | 61        |
| <b>4.1.1</b>  | <b>Perfil de Formiga</b>                           | <b>63</b> |
| <b>4.1.2</b>  | <b>Perfil de Zequinha</b>                          | <b>64</b> |
| <b>4.1.3</b>  | <b>Perfil de Rosa do Deserto</b>                   | <b>65</b> |
| <b>4.1.4</b>  | <b>Perfil de Paulista</b>                          | <b>67</b> |
| <b>4.1.5</b>  | <b>Perfil de Joinville</b>                         | <b>68</b> |
| <b>4.1.6</b>  | <b>Perfil de Preto Véio</b>                        | <b>69</b> |
| <b>4.1.7</b>  | <b>Perfil de Goiano</b>                            | <b>70</b> |
| <b>4.1.8</b>  | <b>Perfil de Tino</b>                              | <b>71</b> |
| <b>4.1.9</b>  | <b>Perfil de Gaúcho</b>                            | <b>73</b> |
| <b>4.1.10</b> | <b>Perfil de Pará</b>                              | <b>74</b> |
| 4.2           | ANÁLISE DE PERFIL DOS ENTREVISTADOS                | 75        |
| 4.3           | ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DOS ENTREVISTADOS         | 80        |
| <b>4.3.1</b>  | <b>Itinerário terapêutico de Formiga</b>           | <b>82</b> |
| <b>4.3.2</b>  | <b>Itinerário terapêutico de Zequinha</b>          | <b>83</b> |
| <b>4.3.3</b>  | <b>Itinerário terapêutico de Rosa do Deserto</b>   | <b>85</b> |
| <b>4.3.4</b>  | <b>Itinerário terapêutico de Paulista</b>          | <b>87</b> |
| <b>4.3.5</b>  | <b>Itinerário terapêutico de Joinville</b>         | <b>88</b> |

|               |                                                                        |            |
|---------------|------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>4.3.6</b>  | <b>Itinerário terapêutico de Preto Véio</b>                            | <b>89</b>  |
| <b>4.3.7</b>  | <b>Itinerário terapêutico de Goiano</b>                                | <b>91</b>  |
| <b>4.3.8</b>  | <b>Itinerário terapêutico de Tino</b>                                  | <b>92</b>  |
| <b>4.3.9</b>  | <b>Itinerário terapêutico de Gaúcho</b>                                | <b>93</b>  |
| <b>4.3.10</b> | <b>Itinerário terapêutico de Pará</b>                                  | <b>95</b>  |
| <b>4.4</b>    | <b>SÍNTESE E ANÁLISE COMPARATIVA DOS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS</b>      | <b>96</b>  |
| <b>5</b>      | <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>                                            | <b>103</b> |
|               | <b>REFERÊNCIAS</b>                                                     | <b>105</b> |
|               | <b>ANEXO A – Os 12 PASSOS DE ALCOÓLICOS ANÔNIMOS</b>                   | <b>114</b> |
|               | <b>ANEXO B – 12 PASSOS DA PASTORAL DA SOBRIEDADE</b>                   | <b>115</b> |
|               | <b>APÊNDICE A – ROTEIRO PARA A ENTREVISTA NARRATIVA</b>                | <b>116</b> |
|               | <b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>         | <b>117</b> |
|               | <b>APÊNDICE C – DECLARAÇÃO DE INSTITUIÇÃO PARTICIPANTE DA PESQUISA</b> | <b>119</b> |
|               | <b>APÊNDICE D – DECLARAÇÃO DE INSTITUIÇÃO PARTICIPANTE DA PESQUISA</b> | <b>120</b> |
|               | <b>APÊNDICE E – DECLARAÇÃO DE INSTITUIÇÃO PARTICIPANTE DA PESQUISA</b> | <b>121</b> |
|               | <b>APÊNDICE F - DECLARAÇÃO DE INSTITUIÇÃO PARTICIPANTE DA PESQUISA</b> | <b>122</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

O uso de álcool e drogas, aqui tratados como equivalentes ao termo substâncias psicoativas, constitui um fenômeno histórico e culturalmente enraizado, presente em diversas sociedades por razões religiosas, medicinais e de sociabilidade (WHO, 2024b). Embora acompanhe a humanidade há milênios (Paula *et al.*, 2014), foi sobretudo a partir do século XX que esse consumo passou a ser reconhecido como problema público global, em função de seus impactos sociais e sanitários. As consequências incluem aumento da mortalidade, da incidência de doenças crônicas, de acidentes e de transtornos mentais, configurando um desafio expressivo para os sistemas de saúde (Brasil, 2020; UNODC, 2025).

Segundo o *World Drug Report 2025*, em 2023, estimou-se que cerca de 316 milhões de pessoas no mundo utilizaram drogas no último ano, um crescimento que supera o ritmo do aumento populacional e evidencia maior prevalência de consumo (UNODC, 2025). Esse cenário é impulsionado por uma demanda crescente, resultante da combinação de múltiplos fatores, e por uma oferta cada vez mais ampla, alimentada por um comércio ilícito dinâmico e adaptativo. Ambos os processos se retroalimentam em um ciclo vicioso que não apenas é agravado pela instabilidade global, mas também contribui para intensificá-la (UNODC, 2025).

No Brasil, levantamentos populacionais confirmam essa tendência, indicando que cerca de 18% da população adulta apresenta padrão abusivo de consumo de álcool, com maior prevalência entre homens, mas em crescimento também entre mulheres (Brasil, 2021). Esses números não podem ser compreendidos de forma isolada: dialogam com desigualdades estruturais e contextos marcados por violência, desemprego, precarização das condições de vida e exclusões históricas. Nesse sentido, o fenômeno ultrapassa a esfera biomédica e não pode ser interpretado como simples decisão individual; ao contrário, trata-se de processo multideterminado, atravessado por dimensões sociais, econômicas, culturais e relacionais (UNODC, 2025).

É nesse horizonte que a noção de itinerários terapêuticos se apresenta como categoria analítica central. O conceito permite compreender os percursos de pessoas e famílias em busca de cuidado, que acionam desde práticas domésticas e espirituais até serviços especializados da rede formal (Alves; Souza, 1999; Cabral *et al.*, 2011; Gerhardt *et al.*, 2016). Diferentemente das linhas de cuidado, definidas

pela ótica técnica dos serviços, os itinerários destacam a perspectiva do sujeito, suas experiências de adoecimento e as estratégias construídas em interação com redes formais e informais (Pinheiro; Silva Júnior, 2011; Marques; Mângia, 2013).

No âmbito do álcool e drogas, esses itinerários costumam ser marcados pela não linearidade: recaídas, interrupções e retomadas fazem parte da trajetória. Os percursos podem abarcar dispositivos públicos, como os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad), hospitais gerais e serviços de emergência; equipamentos da assistência social; além de recursos privados e comunitários, como comunidades terapêuticas, grupos de ajuda mútua, instituições religiosas e práticas tradicionais de cura (Reis, 2012; Barbosa; Engstrom, 2023). Muitas vezes, tais trajetos assumem caráter caótico e descontínuo, atravessados por barreiras estruturais, estigma e discriminação, o que fragiliza a adesão ao cuidado e amplia processos de exclusão (Dias *et al.*, 2024; Reichert *et al.*, 2021).

O conceito de acesso, entendido como relação entre necessidades, oferta e possibilidades de utilização dos serviços, mostra-se insuficiente quando desconsidera fatores simbólicos e culturais. Pesquisas evidenciam que usuários de álcool e drogas frequentemente enfrentam marginalização nos espaços de saúde, situação ainda mais agravada para mulheres, pessoas negras, população LGBTQIA+, imigrantes e pessoas em situação de rua (Pires; Santos; Rosa, 2021; Reichert *et al.*, 2021; Ferreira, 2023; Ronzani *et al.*, 2023). Tais desigualdades explicitam como os itinerários terapêuticos são atravessados por múltiplas vulnerabilidades sociais e interseccionais.

Apesar da ampliação dos estudos sobre itinerários terapêuticos no campo da saúde coletiva, permanece uma lacuna importante: ainda são escassos os trabalhos que exploram especificamente os percursos relacionados ao uso de álcool e drogas em municípios de médio porte da região Sul do Brasil, sobretudo a partir da perspectiva dos próprios usuários. A literatura nacional tende a privilegiar análises em capitais ou contextos urbanos de grande porte, ou a se concentrar na visão dos serviços e profissionais da saúde.

Diante desse cenário, a questão norteadora que orienta a presente pesquisa pode ser assim formulada: **como se configuram os itinerários terapêuticos de pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, e quais sentidos essas pessoas atribuem às estratégias de cuidado vivenciadas em diferentes dispositivos?**

Para responder a essa questão, delineou-se um estudo qualitativo, fundamentado nos referenciais da saúde coletiva e da atenção psicossocial. Foram realizadas entrevistas narrativas para reconstrução das trajetórias de uso e cuidado, associadas ao mapeamento dos percursos em redes formais e informais. A análise foi guiada pelas categorias discutidas no referencial teórico (padrões de uso, racionalidades de cuidado, dispositivos acionados, percepções dos usuários e barreiras de acesso), de modo a articular experiências subjetivas e contextos sociais, garantindo coerência entre objetivos, metodologia e interpretação dos resultados.

## 1.1 OBJETIVOS

Para responder à questão proposta, definiu-se como objetivo geral compreender os itinerários terapêuticos de pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, analisando como esses sujeitos constroem suas trajetórias de cuidado, que sentidos atribuem às experiências vividas e de que modo transitam entre diferentes dispositivos e racionalidades em saúde.

De forma articulada a esse objetivo central, estabelecem-se os seguintes objetivos específicos:

- i. descrever as histórias de uso de álcool e outras drogas relatadas pelos participantes;
- ii. analisar a progressão do uso e seus impactos na vida cotidiana;
- iii. mapear os dispositivos de cuidado acionados e as trajetórias percorridas nos itinerários terapêuticos;
- iv. identificar as percepções dos sujeitos sobre as estratégias de cuidado vivenciadas;
- v. examinar as barreiras de acesso enfrentadas ao longo dos percursos.

## 1.2 JUSTIFICATIVA

A justificativa desta dissertação emerge de uma confluência entre vivência profissional, compromisso ético-político e lacunas acadêmicas ainda pouco exploradas. A autora coordenou por aproximadamente uma década a política municipal de saúde mental de Jaraguá do Sul, incluindo o CAPS ad, e nesse

contexto pôde acompanhar de perto as narrativas de usuários em uso de álcool e drogas que relatavam percorrer diferentes instituições em busca de cuidado. Essa “peregrinação terapêutica” revelava a crença em um espaço “milagroso”, capaz de oferecer a cura definitiva, mas também evidenciava a fragmentação das ofertas de cuidado e a distância entre as necessidades dos sujeitos e as respostas institucionais disponíveis.

Mais do que uma experiência de gestão, esse percurso constituiu um laboratório vivo de observação, no qual se destacava a pluralidade de racionalidades em disputa. Enquanto alguns serviços reproduziam lógicas biomédicas centradas na abstinência e na medicalização, outros incorporavam perspectivas psicossociais, práticas moral-religiosas ou princípios da redução de danos. Para a autora, a convivência simultânea dessas abordagens em um mesmo território urbano produzia efeitos concretos nos itinerários terapêuticos, atravessando escolhas, adesões e desistências. Esse quadro instigou a necessidade de compreender como os sujeitos interpretam, reelaboram e atribuem sentido a esses percursos descontínuos.

Outro aspecto que reforça a pertinência deste estudo é a possibilidade de examinar até que ponto tais itinerários materializam ou tensionam os princípios da reforma psiquiátrica brasileira. Em sua prática, a autora presenciou tanto avanços relacionados à ampliação da rede de atenção psicossocial quanto contradições que perpetuavam exclusões e estigmas. As narrativas de usuários revelavam não apenas barreiras de acesso físico e institucional, mas também marcas de discriminação e preconceito que atravessavam de modo particular mulheres, pessoas negras, população LGBTQIA+, imigrantes e pessoas em situação de rua. Nesse sentido, os itinerários expunham não apenas as falhas do sistema, mas também desigualdades históricas e interseccionais.

A experiência acumulada em gestão não se restringiu à constatação de obstáculos. Ao contrário, evidenciou também a potência criativa dos sujeitos, que construíam estratégias próprias nos interstícios do sistema, mobilizando redes formais e informais. Essa dimensão inventiva, frequentemente invisibilizada pelas estatísticas e pelos relatórios oficiais, constitui elemento central na justificativa desta pesquisa: dar visibilidade às vozes e narrativas dos usuários, resgatando o protagonismo dos sujeitos em meio às dinâmicas institucionais.

Assim, o desenvolvimento desta dissertação se ancora em três eixos fundamentais: (i) a trajetória profissional da autora, que lhe conferiu um olhar

privilegiado sobre os dilemas e potencialidades do cuidado em saúde mental; (ii) a necessidade de aprofundar a análise das racionalidades e práticas institucionais à luz dos princípios da reforma psiquiátrica e da atenção psicossocial; e (iii) a relevância científica de preencher uma lacuna na literatura, explorando a configuração dos itinerários terapêuticos em um município de médio porte do norte de Santa Catarina.

Mais do que uma investigação acadêmica, esta pesquisa representa o esforço de transformar inquietações práticas em objeto de reflexão científica, articulando experiência profissional e produção de conhecimento. Ao fazê-lo, busca contribuir não apenas para o campo da saúde coletiva, mas também para o fortalecimento das políticas públicas e das práticas de cuidado em álcool e outras drogas no Brasil.

### 1.3 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

A presente dissertação está organizada em seis capítulos, além dos elementos pré e pós-textuais. O primeiro capítulo, de caráter introdutório, apresenta o tema, os objetivos e a justificativa da pesquisa, situando o problema de investigação no âmbito dos itinerários terapêuticos de pessoas em uso de álcool e outras drogas. Nesse espaço, são explicitados o contexto da pesquisa, sua relevância social e científica, bem como a questão norteadora que orienta todo o trabalho.

O segundo capítulo dedica-se ao referencial teórico, no qual são discutidas as bases conceituais e analíticas que fundamentam a investigação. São abordados os determinantes sociais e culturais relacionados ao uso de substâncias psicoativas, os diferentes padrões e classificações de consumo, bem como as racionalidades de cuidado que orientam as práticas institucionais. Também se explora o conceito de itinerários terapêuticos e sua aplicação no campo da saúde coletiva, com ênfase em estudos sobre álcool e outras drogas, além da análise da rede de atenção existente. Ao final, apresentam-se as categorias analíticas que servirão de eixo interpretativo para a análise empírica.

O terceiro capítulo trata da metodologia. Nele, são descritas a abordagem qualitativa adotada, as técnicas de coleta de dados e o campo empírico em que a pesquisa se desenvolveu, além dos participantes. São detalhados os procedimentos

de análise das entrevistas narrativas, bem como as considerações éticas que nortearam o estudo, em consonância com as diretrizes nacionais aplicáveis às pesquisas em saúde.

O quarto capítulo concentra-se na apresentação, análise e discussão dos dados. Inicialmente, é traçado o perfil dos sujeitos entrevistados, situando-os em seus contextos sociais e biográficos. Em seguida, procede-se à reconstrução dos itinerários terapêuticos relatados, destacando os percursos singulares e suas intersecções com diferentes dispositivos de cuidado. Na sequência, realiza-se a análise transversal, que evidencia padrões, recorrências e tensões presentes nas narrativas, em diálogo com as categorias previamente discutidas no referencial teórico.

O quinto capítulo corresponde às considerações finais, nas quais se sintetizam os principais achados da pesquisa e suas contribuições para a compreensão dos itinerários terapêuticos dos sujeitos participantes. São discutidos os limites do estudo, bem como suas implicações teóricas e práticas para o campo da saúde coletiva e para o aprimoramento das políticas públicas de atenção a usuários de álcool e outras drogas. Além disso, apontam-se perspectivas de continuidade e de aprofundamento em futuras investigações.

Por fim, a dissertação apresenta as referências bibliográficas utilizadas ao longo do trabalho, organizadas de acordo com as normas da ABNT, e um conjunto de apêndices e anexos que reúnem materiais complementares, tais como roteiros de entrevista, quadros analíticos e documentos considerados relevantes para a compreensão e a transparência do processo de pesquisa.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico desta dissertação tem como finalidade sustentar a análise dos itinerários terapêuticos de pessoas em situação de uso problemático de álcool e drogas, articulando contribuições entre saúde coletiva e políticas públicas de saúde mental. A organização deste capítulo busca oferecer ao leitor uma visão abrangente e crítica dos principais conceitos, categorias e debates que fundamentam a investigação, garantindo coerência entre a literatura revisada, os objetivos da pesquisa e a análise dos dados.

A noção de itinerário terapêutico ocupa lugar central neste trabalho porque revela que a busca por cuidado não é um processo neutro, mas uma construção social permeada por recursos disponíveis, valores culturais e significados atribuídos (Alves; Souza, 1999). Nessa direção, Garcia (2024) argumenta que os itinerários funcionam como tecnologias avaliativas, capazes de expor lacunas, tensões e potencialidades da rede de saúde, deslocando a análise de uma visão estritamente institucional para uma compreensão situada das trajetórias.

A literatura brasileira recente tem aprofundado essa discussão, evidenciando que os itinerários de usuários de álcool e outras drogas são frequentemente não lineares, caóticos e fragmentados (Barbosa, 2021; Demétrio; Santana; Pereira-Santos, 2019). Os percursos combinam múltiplos dispositivos — CAPS, hospitais gerais, comunidades terapêuticas, igrejas, grupos de apoio, redes familiares — em arranjos híbridos que refletem tanto a insuficiência da oferta estatal quanto a inventividade dos sujeitos na busca por cuidado (Oliveira *et al.*, 2019; Vecchia; Martins, 2015).

Outro aspecto central é que os itinerários não podem ser compreendidos sem considerar os determinantes sociais e culturais que atravessam o uso de substâncias. Pesquisas evidenciam a influência de fatores como escolaridade, emprego, renda, gênero, raça, religião e território na configuração das trajetórias (Gerhardt, 2006; Ferreira *et al.*, 2013; Barreto, 2023). Assim, mais do que trajetórias médicas, os itinerários terapêuticos são expressões de desigualdades sociais, disputas morais e experiências subjetivas.

Essa literatura também mostra que a análise dos itinerários precisa contemplar as diferentes racionalidades de cuidado que estruturam as práticas sociais. Convivem, muitas vezes, de forma tensa, o paradigma biomédico (centrado

na medicalização e abstinência), as abordagens psicossociais (integralidade, território, redes), as perspectivas moral-religiosas (conversão, disciplina, abstinência absoluta) e a redução de danos (pragmática, voltada à minimização de riscos) (Passos; Souza, 2011; Paula *et al.*, 2014; Almeida; Merhy, 2020). Cada uma dessas racionalidades imprime sentidos específicos às experiências de cuidado e influencia a forma como os sujeitos transitam entre serviços e redes comunitárias.

No Brasil, esse debate é indissociável da política de saúde mental e da construção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída em 2011. A RAPS representa um marco na consolidação de práticas territoriais e comunitárias, mas enfrenta desafios persistentes, como fragmentação, insuficiência de serviços e coexistência com modelos hospitalocêntricos (Barbosa, 2019; Lima; Guimarães, 2019). Ao mesmo tempo, comunidades terapêuticas, grupos religiosos e redes familiares continuam a desempenhar papel importante, ainda que situados à margem da política pública (Heck, 2018; Coutinho, 2022).

Diante desse panorama, este capítulo organiza-se em torno de oito categorias analíticas que sintetizam os achados da literatura e fornecem as bases para a análise empírica:

1. Reconhecimento do adoecimento: como os sujeitos nomeiam, interpretam e significam seu uso de substâncias;
2. Estratégias de cuidado iniciais: práticas populares, familiares e religiosas antes do acesso formal;
3. Acesso a dispositivos formais: entrada e trânsito por serviços da RAPS e do sistema de saúde;
4. Dispositivos informais e comunitários: apoio de igrejas, grupos de mútua ajuda, vizinhança e redes familiares;
5. Movimentos e rupturas: idas e vindas, desistências, recaídas e retomadas do cuidado;
6. Racionalidades de cuidado: lógicas biomédicas, psicossociais, religiosas e de redução de danos;
7. Recursos e barreiras: determinantes estruturais, desigualdades de gênero, raça, território e estigma;
8. Significados atribuídos: sentidos construídos pelos sujeitos em relação ao cuidado e às experiências vividas.

As categorias analíticas propostas nesta dissertação organizam a revisão teórica e também constituem lentes interpretativas que serão aplicadas na análise empírica do Capítulo 4. Tal escolha evidencia que compreender os itinerários exige articular teoria e método, de modo a captar as experiências concretas dos sujeitos, atravessadas por desigualdades, moralizações culturais e estratégias de resistência.

## 2.1 PROBLEMAS RELACIONADOS AO USO DE ÁLCOOL E DROGAS: DETERMINANTES SOCIAIS E CULTURAIS

O uso de álcool e drogas constitui um fenômeno multifacetado, atravessado por condicionantes biológicos, psicológicos, sociais, econômicos e culturais. A literatura brasileira e internacional converge em afirmar que explicações estritamente individuais ou biomédicas são insuficientes para dar conta da complexidade do tema, sendo necessário considerar contextos de vida, redes sociais, oportunidades e constrangimentos estruturais como trabalho, renda, escolaridade, gênero, raça/cor e território (Gerhardt, 2006; Barreto, 2023). Nessa perspectiva, o marco dos determinantes sociais da saúde, proposto pela Organização Mundial da Saúde, sustenta que as condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, incluindo o sistema de saúde, são moldadas por forças políticas, sociais e econômicas (WHO, 2000).

No caso do álcool, substância psicoativa mais consumida no mundo, a OMS (WHO, 2018) detalha sua elevada carga de doença e de impactos sociais, enfatizando que o risco não depende apenas da dose, mas também do padrão e do contexto de consumo, como no chamado *binge drinking*<sup>1</sup>. No Brasil, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada pelo Ministério da Saúde em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) nos anos de 2013 e 2019 mostrou aumento significativo no consumo semanal de bebidas alcoólicas, evidenciando a necessidade de análises que articulem perfis de consumo com determinantes socioculturais (Fiocruz, 2020).

<sup>1</sup> Segundo Gmel, Rehm e Kuntsche (2003), *binge drinking* é um padrão de consumo episódico de bebidas alcoólicas em quantidade suficiente para causar embriaguez. As definições podem variar quanto à quantificação objetiva, isto é, o volume ingerido e a duração do episódio, ou podem se apoiar em critérios subjetivos, como beber até sentir os efeitos do álcool, experimentar euforia ou perceber instabilidade motora.

### 2.1.1 Determinantes sociais da saúde e vulnerabilidades

O modelo conceitual da OMS para ação sobre os determinantes sociais sustenta que as condições de vida e trabalho moldam a distribuição de riscos e recursos em saúde, sendo diferenças sistemáticas nesses determinantes responsáveis por desigualdades no acesso e nos resultados do cuidado (Silva; Bicudo, 2022). Aplicado ao campo do álcool e drogas, isso significa que escolaridade, emprego, renda, apoio social e arranjos territoriais modulam iniciação, manutenção e desfechos do consumo, além de influenciar quem consegue acionar serviços de saúde em tempo oportuno (Garbois; Sodré; Araújo, 2014).

Nesse contexto, Albuquerque *et al.*, (2022) trazem à tona o fato de o desemprego constituir um elemento central, capaz de intensificar o risco do uso prejudicial de álcool e drogas ao comprometer a estabilidade financeira, a inserção social e a própria percepção de sentido da vida. Segundo os autores, o consumo abusivo de álcool, por sua vez, não se restringe a danos individuais e familiares, mas repercute também no âmbito profissional, elevando índices de acidentes de trabalho. Como o trabalho ocupa historicamente papel central na organização cultural e simbólica da vida social, sua ausência pode gerar um vazio de significação que fragiliza a saúde mental e amplia situações de vulnerabilidade.

Os determinantes sociais da saúde e as vulnerabilidades se expressam nas estratégias que populações de baixa renda elaboram para enfrentar problemas cotidianos e buscar cuidados, o que pode ser observado nos itinerários terapêuticos. Gerhardt (2006) mostra que esses percursos articulam práticas individuais e coletivas sustentadas em saberes socioculturais, que permitem (re)apropriações e (re)construções do conhecimento sobre saúde. Reconhecer a centralidade das redes de apoio e da mobilização de recursos disponíveis é fundamental para redirecionar ações no campo da saúde coletiva.

Os determinantes sociais da saúde também se expressam no perfil sociodemográfico de pessoas em situação de uso problemático de uso de álcool e outras drogas, revelando vulnerabilidades que extrapolam o campo clínico. Em um estudo transversal e retrospectivo realizado com usuários de um CAPS ad, Santana *et al.*, (2021) observaram predominância de homens solteiros, com baixa escolaridade, moradores de áreas urbanas e em condição de dependência de

múltiplas substâncias ou exclusivamente de álcool. Esses dados evidenciam como fatores como gênero, escolaridade, situação conjugal e contexto territorial influenciam a vulnerabilidade ao uso abusivo de drogas, reforçando a necessidade de políticas públicas e estratégias de cuidado fundamentadas em evidências, capazes de articular dimensões sociais, econômicas e culturais no enfrentamento do uso problemático de álcool e outras drogas.

### **2.1.2 Dimensões culturais, significados do uso e implicações para a análise de itinerários terapêuticos**

Além dos condicionantes sociais, é fundamental considerar os significados culturais atribuídos ao consumo de substâncias. Em muitos contextos, o uso de álcool está vinculado a práticas coletivas de sociabilidade, celebração e identidade, sendo socialmente aceito ou até valorizado (Teixeira; Ferro, 2025). Entretanto, quando ultrapassa os limites considerados aceitáveis, tende a ser moralizado e estigmatizado. Sobre o uso de drogas, mais especificamente sobre a “Guerra às Drogas”, Passos e Souza (2011) e Machado (2025) observam que as drogas são socialmente entendidas como um dispositivo de controle social, símbolos do mal, que legitimam práticas de repressão, violência e estigmatização em nome da moralidade.

Essas leituras reforçam que compreender os itinerários terapêuticos implica ir além da medição de doses ou diagnósticos clínicos. É necessário investigar quem usa, como usa, com quem e em quais contextos, já que é nessa intersecção entre práticas e significados que emergem estigmas, barreiras e escolhas de cuidado (Lima *et al.*, 2018; Queiroz, 2023). Destarte, a articulação entre determinantes sociais e sentidos culturais do uso de álcool e drogas é decisiva para a análise dos itinerários terapêuticos.

Segundo Roberti Junior, Benetti e Zanella (2017), a análise dos itinerários terapêuticos revela que a cultura é elemento decisivo na forma como os indivíduos percebem e enfrentam seus problemas de saúde. Mais do que trajetórias biomédicas, os itinerários expressam escolhas orientadas por valores, práticas e interpretações culturalmente situadas, o que torna indispensável reconhecer a diversidade de racionalidades no processo de cuidado.

Como campo de possibilidades, um itinerário terapêutico articula projetos individuais e coletivos a partir das alternativas oferecidas pelo mundo social, que, muitas vezes, escapam ao controle do sujeito. De acordo com Queiroz (2023), quem chega ou não aos serviços, por quais portas e com quais expectativas está diretamente relacionado a desigualdades estruturais e a valores simbólicos que atravessam o cuidado.

Nesse processo, a experiência da doença se constrói socialmente: os sintomas adquirem significados próprios para cada pessoa e revelam os limites do modelo biomédico, que tende a impor uma dimensão moral ao tratamento (Roberti Junior; Benetti; Zanella, 2017). Estudos realizados no Brasil evidenciam a centralidade de arranjos híbridos que combinam rede formal (Atenção Primária à Saúde, CAPS, hospitais), dispositivos comunitários (Alcoólicos Anônimos, Narcóticos Anônimos) e recursos religiosos, compondo percursos descontínuos e heterogêneos (Eckhardt; Raupp, 2017; Barbosa, 2021).

Assim, compreender os itinerários terapêuticos em saúde coletiva requer uma leitura que reconheça simultaneamente condicionantes estruturais e dimensões culturais do uso, permitindo articular categorias analíticas que fundamentam este estudo: padrões de consumo, racionalidades de cuidado, dispositivos acionados, percepções dos usuários e barreiras de acesso.

## 2.2 PADRÕES E CLASSIFICAÇÕES DO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

A compreensão dos padrões e classificações do uso de substâncias psicoativas é fundamental para analisar como diferentes formas de consumo se relacionam a riscos à saúde, repercussões sociais e possibilidades de cuidado. A Organização Mundial da Saúde destaca que a classificação não deve se limitar à presença ou ausência de dependência, mas considerar dimensões como frequência, quantidade, contexto e consequências do uso (WHO, 2024).

No campo clínico, houve mudanças significativas nas últimas décadas. O *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-5* (APA, 2013) abandonou a distinção entre abuso e dependência, adotando a categoria de transtorno por uso de substâncias, graduada em leve, moderada ou grave. A *Classificação Internacional de Doenças – CID-11*, adotada pela OMS, apresenta

uma lista com as classificações de substâncias psicoativas bem como categorias e subgrupos dentro de cada classificação<sup>2</sup> (WHO, 2024).

O relatório global da Organização Mundial da Saúde de 2024 sobre álcool e saúde e tratamento de transtornos por uso de substâncias, traz ainda uma lista com as condições de saúde que são 100% atribuíveis ao consumo de álcool (WHO, 2024). Na lista de doenças mentais relacionadas ao álcool, encontram-se: uso nocivo episódico, uso nocivo padrão, intoxicação alcoólica, abstinência alcoólica, dependência alcoólica, delírio induzido por álcool, transtorno psicótico induzido por álcool, transtornos mentais ou comportamentais induzidos pelo álcool (incluindo transtorno de humor induzido por álcool e transtorno de ansiedade induzido por álcool), ampliando os diagnósticos relacionados a substâncias psicoativas (WHO, 2024).

Essas classificações, ainda que fundamentadas em critérios clínicos, dialogam com contextos socioculturais e políticos, pois influenciam políticas públicas, estratégias de prevenção e práticas terapêuticas. Como afirma Plens *et al.*, (2022), o consumo nocivo de álcool constitui hoje um dos principais problemas de saúde pública, responsável por elevadas taxas de morbimortalidade no Brasil e no mundo.

### **2.2.1 Padrões de uso do álcool**

O álcool é uma das substâncias psicoativas mais consumidas no mundo, amplamente aceita socialmente, mas com impacto expressivo na carga global de doenças. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2018; WHO, 2024a, 2024b), o consumo nocivo de álcool está associado a mais de 200 doenças e condições de saúde, entre elas transtornos mentais, doenças hepáticas, cardiovasculares e diversos tipos de câncer. Contudo, a literatura científica demonstra que, apesar dessa associação ampla, apenas em 31 condições de saúde há evidências científicas robustas que permitem quantificar com precisão o papel causal do consumo de álcool em seu desenvolvimento, ocorrência e desfechos (WHO, 2018; WHO, 2024a, 2024b).

Os estudos também apontam a existência de múltiplos padrões de consumo. O uso moderado é descrito como aquele em que a ingestão não acarreta

2 Para ter acesso à classificação completa, veja a Tabela 1.1 do Relatório da WHO (2024b, p. 3).

consequências imediatas significativas; ainda assim, a WHO (2018) destaca que não há nível de consumo completamente seguro. Essa constatação é particularmente relevante para gestantes, motoristas e pessoas em uso de determinados medicamentos, em quem mesmo pequenas quantidades de álcool podem representar riscos substanciais.

O uso nocivo, ou de risco, caracteriza-se pela ingestão em níveis capazes de produzir consequências negativas, mesmo sem dependência. Esse padrão inclui o *binge drinking* (ou consumo episódico excessivo). O National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA, 2004) define o *binge drinking* como um padrão de ingestão de álcool capaz de elevar a concentração de álcool no sangue (Blood Alcohol Concentration – BAC) a 0,08 g/dL ou mais. Para um adulto típico, isso equivale a cerca de cinco ou mais doses para homens e quatro ou mais doses para mulheres, em um intervalo aproximado de duas horas. Nos Estados Unidos, uma “dose padrão” corresponde a 14 gramas de álcool puro (0,6 onças líquidas), presente em uma lata de 350 ml de cerveja, uma taça de 150 ml de vinho ou uma dose de 45 ml de destilado. No Brasil, pesquisas mostram que esse padrão é crescente entre jovens e constitui um problema emergente de saúde pública (Plens *et al.*, 2022).

O *binge drinking* difere do consumo considerado de risco (quando o BAC atinge entre 0,05 g/dL e 0,08 g/dL) e do chamado *bender*, caracterizado por dois ou mais dias consecutivos de ingestão pesada. É importante destacar que fatores como idade, peso corporal, uso concomitante de medicamentos ou outras drogas podem reduzir o número de doses necessárias para alcançar níveis de intoxicação equivalentes (NIAAA, 2004). Esse padrão de consumo é reconhecido como prejudicial tanto para a saúde individual quanto para a sociedade.

O estudo realizado por Cardoso, Soares e Reinaldo (2025) buscou identificar os fatores psicossociais associados aos diferentes padrões de consumo de álcool em habitantes do sudeste brasileiro. A pesquisa, de abordagem quantitativa, foi realizada virtualmente por meio de formulário digital e contou com 774 participantes. Os resultados revelaram que 38% da amostra apresentava uso problemático de álcool e que variáveis como cor/raça, idade, renda, escolaridade, condições de saneamento, experiências de rompimento amoroso, vitimização por violência e traços de personalidade estavam significativamente associadas a padrões diversos de consumo, incluindo uso de risco, nocivo e possível dependência de álcool. Esses

achados evidenciam que tais fatores constituem determinantes sociais da saúde relevantes, ressaltando que é necessário o desenvolvimento de estudos qualitativos e longitudinais para compreender como interagem entre si e com o consumo de álcool, a fim de identificar grupos mais vulneráveis a padrões problemáticos.

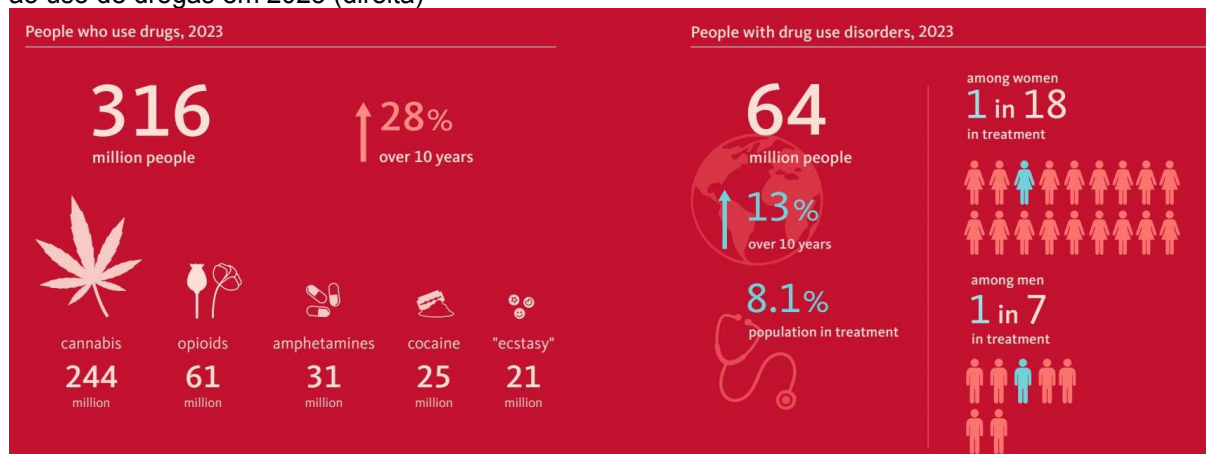
Além disso, é necessário compreender o significado cultural do consumo. A percepção do “uso excessivo” de álcool varia entre grupos sociais, sendo tolerada ou até incentivada em determinados contextos (Teixeira; Ferro, 2025), o que reforça a importância de análises que ultrapassem critérios biomédicos. Nesse sentido, o estudo de Freitas *et al.*, (2013), realizado com 270 participantes em Jequié, Bahia, confirmou que fatores como gênero, idade e tabagismo estão diretamente associados ao consumo de álcool, sendo que homens e jovens apresentam maior prevalência de consumo abusivo. Em paralelo, no que se refere à religião, participantes que se identificam como evangélicos apresentaram uma associação inversa com o uso abusivo de álcool.

### 2.2.2 Padrões de uso de drogas

Assim como ocorre com o álcool, o consumo de outras substâncias psicoativas apresenta múltiplos padrões, fortemente atravessados por contextos socioculturais. A literatura distingue o **uso experimental**, geralmente motivado pela curiosidade ou pela influência de pares; o **uso ocasional**, marcado por episódios esporádicos sem grandes repercussões; o **uso habitual**, caracterizado pela repetição frequente; e o **uso recreativo**, associado a contextos de lazer e sociabilidade (Bittencourt, 2007).

A Figura 1, ilustra alguns dados sobre o consumo de drogas segundo o *World Drug Report 2025* (UNODC, 2025). Em 2023, cerca de 316 milhões de pessoas em todo o mundo usaram drogas, o que representa um aumento de 28% em dez anos. A substância mais consumida foi a cannabis, com 244 milhões de usuários, seguida por opioides (61 milhões), anfetaminas (31 milhões), cocaína (25 milhões) e ecstasy (21 milhões de pessoas).

Figura 1 – Pessoas que usaram drogas em 2023 (esquerda). Pessoas com transtornos relacionados ao uso de drogas em 2023 (direita)



Fonte: UNODC (2025).

No mesmo ano, 64 milhões de pessoas apresentaram transtornos relacionados ao uso de drogas, número que cresceu 13% na última década. Apesar disso, apenas 8,1% dessa população estava em tratamento. Os dados também revelam diferenças de gênero: enquanto 1 em cada 18 mulheres com transtornos recebe tratamento, entre os homens a proporção é de 1 em cada 7, evidenciando desigualdades importantes no acesso e adesão aos cuidados (UNODC, 2025).

Esses números ajudam a compreender a gravidade dos padrões de uso e seus desdobramentos clínicos, uma vez que o **uso nocivo** se configura quando o consumo provoca prejuízos físicos, psicológicos ou sociais, mesmo sem diagnóstico formal de dependência. Já a dependência caracteriza-se pela perda de controle, compulsão, tolerância e sintomas de abstinência, afetando de forma significativa a vida do indivíduo (APA, 2013; WHO, 2024b). Práticas específicas também merecem atenção: a policonsumação, ou uso simultâneo de diferentes substâncias, aumenta os riscos de intoxicação e sobrecarga orgânica (Sousa *et al.*, 2024); enquanto o uso em *binge* de drogas estimulantes ou opiáceos associa-se a elevado risco de overdose e morte (Schulman, 2018).

Um estudo qualitativo realizado com usuários, familiares e trabalhadores de um CAPS ad identificou que, em muitos casos, os familiares atribuem sentidos predominantemente negativos ao consumo, frequentemente associados a vínculos fragilizados e relações conflituosas. Contudo, quando incluídos nas intervenções, esses familiares tendem a ressignificar suas percepções, fortalecendo os laços e contribuindo para a adesão ao tratamento, o que evidencia a relevância de incorporá-los às estratégias de cuidado (Paula *et al.*, 2014).

Essas classificações são fundamentais não apenas para fins diagnósticos, mas também para subsidiar políticas públicas e orientar intervenções culturalmente adequadas. Como destaca Gaudêncio (2024), o início precoce do consumo de drogas aumenta significativamente a probabilidade de padrões problemáticos ainda na adolescência, funcionando como fator de risco para violência, baixo desempenho escolar e comportamentos sexuais inseguros.

## 2.3 MODELOS E RACIONALIDADES DE CUIDADO EM SAÚDE

No campo da saúde coletiva brasileira, a literatura tem destacado que o cuidado em álcool e drogas não se organiza em torno de um único paradigma, mas resulta da coexistência, frequentemente marcada por tensões e sobreposições, de diferentes racionalidades (Schneider, 2010; Almeida, 2019). Essa pluralidade reflete tanto a complexidade do fenômeno quanto a diversidade de atores, políticas e práticas que disputam espaço no sistema de saúde e no tecido social.

De maneira geral, é possível identificar quatro grandes racionalidades que orientam concepções e práticas de cuidado: o paradigma biomédico, centrado na doença e na medicalização; as abordagens psicossociais, que enfatizam os determinantes sociais, o território e as redes de apoio; as perspectivas moral-religiosas, ancoradas em valores espirituais e disciplinares; e a redução de danos, que desloca o foco da abstinência obrigatória para a minimização de riscos e a promoção da autonomia dos sujeitos (Ayres, 2009; Passos; Souza, 2011).

Essas racionalidades não se apresentam de forma isolada. Ao contrário, articulam-se nos percursos dos usuários, que transitam entre serviços de saúde, comunidades terapêuticas, grupos religiosos e redes informais, compondo itinerários complexos e heterogêneos (Alves; Souza, 1999). Nesse sentido, compreender os fundamentos, as práticas e os limites de cada racionalidade é essencial para analisar os itinerários terapêuticos, já que estes expressam não apenas escolhas individuais, mas também condições de acesso, políticas públicas, vínculos comunitários e contextos socioculturais. Nas próximas subseções, serão detalhadas essas quatro racionalidades de forma analítica.

### 2.3.1 Paradigma biomédico

O paradigma biomédico constitui uma das racionalidades mais consolidadas na organização do cuidado em saúde no Brasil, especialmente no que se refere ao uso de álcool e drogas. Fundamentado em uma concepção nosológica, esse modelo interpreta os transtornos relacionados ao consumo de substâncias como doenças que devem ser identificadas, classificadas e tratadas por meio de protocolos clínicos e intervenções farmacológicas.

A publicação do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-5* (APA, 2013) representou um marco importante nesse processo, ao unificar as categorias anteriormente separadas de “abuso” e “dependência” em uma única entidade diagnóstica denominada “transtorno por uso de substâncias” (APA, 2013, p. 483). O manual organiza esse transtorno em um continuum de gravidade (leve, moderado e grave), de acordo com a presença de dois ou mais critérios diagnósticos, que incluem *craving*, tentativas malsucedidas de interromper o uso e prejuízos no desempenho social e ocupacional. Essa mudança busca “combinar abuso e dependência em uma categoria única, mais consistente com as evidências epidemiológicas” (APA, 2013, p. 350), possibilitando maior comparabilidade entre estudos e orientando linhas terapêuticas baseadas em evidências.

Do ponto de vista epidemiológico, dados recentes da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2024a) indicam que o consumo de álcool e drogas permanece entre os principais fatores de carga global de doença, associado a mais de três milhões de mortes anuais em todo o mundo, com maior impacto entre homens e jovens adultos. Esse panorama sustenta a necessidade de respostas clínicas robustas, que englobem desde o manejo de síndromes de abstinência até tratamentos combinados com medicamentos e psicoterapias estruturadas.

Entretanto, embora o paradigma biomédico represente um avanço em termos de padronização diagnóstica e segurança clínica, ele apresenta limites significativos quando assumido como modelo exclusivo. Schneider (2010) observa que, nos serviços de saúde brasileiros, há uma síntese de racionalidades diversas e, algumas vezes, contraditórias, na qual prevalecem dispositivos médico-terapêuticos e morais que tendem à medicalização do sofrimento. Ao privilegiar a dimensão biológica, tal perspectiva pode invisibilizar fatores sociais, culturais e subjetivos que influenciam o uso de substâncias e os percursos de cuidado.

Nesse sentido, itinerários terapêuticos organizados apenas a partir dessa racionalidade tendem a restringir-se a fluxos entre serviços clínicos, como hospitais

gerais, pronto-atendimentos, CAPS e ambulatórios especializados, resultando em ganhos de segurança clínica, mas com risco de baixa adesão e recorrência de crises quando aspectos relacionais e contextuais não são considerados (Alves; Souza, 1999; Ayres, 2009).

### **2.3.2 Abordagens psicossociais**

As abordagens psicossociais constituem uma racionalidade que busca superar a centralidade da doença e da medicalização, enfatizando a complexidade do processo saúde-doença e a necessidade de integrar dimensões sociais, culturais e relacionais ao cuidado. Nessa perspectiva, o usuário não é apenas objeto de intervenção técnica, mas sujeito ativo na construção de seu itinerário terapêutico.

Ayres (2009, p. 45) destaca que o cuidado deve ser compreendido como um “diálogo possível entre diferentes”, no qual a dimensão técnica se articula indissociavelmente à dimensão relacional. Essa formulação desloca o foco exclusivo do diagnóstico para a construção compartilhada de planos de cuidado, integrando saberes, experiências e vínculos comunitários.

A literatura evidencia que usuários e famílias elaboram percursos múltiplos, avaliando ofertas, experimentando serviços e redefinindo seus rumos conforme as experiências de acesso, acolhimento e resultados. Como observam Alves e Souza (1999, p. 128), a noção de itinerário terapêutico “procura apreender os caminhos trilhados pelos sujeitos no enfrentamento de seus problemas de saúde”, valorizando os significados atribuídos às práticas de cuidado.

Nesse sentido, práticas psicossociais voltadas ao território e às redes de apoio favorecem a continuidade do cuidado e reduzem percursos pendulares entre internações e reinternações. A ênfase recai sobre a integração entre serviços de saúde, assistência social, educação, trabalho e cultura, compondo redes mais amplas de suporte. Em termos epidemiológicos, a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2024a) reforça que os padrões de consumo de álcool e drogas variam de acordo com contextos socioculturais, normas comunitárias e fatores socioeconômicos, o que exige respostas intersetoriais adaptadas às realidades locais.

Entretanto, essas abordagens encontram limites importantes em sua implementação. Como analisa Almeida (2019), as mudanças recentes na política de

saúde mental têm colocado em risco a sustentação dos CAPS, evidenciando um processo de desmonte das conquistas da Reforma Psiquiátrica que fragiliza os dispositivos comunitários e favorece modelos de caráter mais asilar. Isso demonstra que, embora consistentes do ponto de vista teórico, as práticas psicossociais dependem de financiamento contínuo, estabilidade de equipes e fortalecimento das redes para se consolidarem no cotidiano dos serviços.

Assim, itinerários terapêuticos ancorados nessa racionalidade tendem a ser mais contínuos e articulados, favorecendo vínculos entre usuários, famílias e equipes, e fortalecendo a autonomia dos sujeitos. Porém, quando desestruturadas, tais práticas correm o risco de se tornarem fragmentadas e insuficientes para garantir a integralidade do cuidado.

### **2.3.3 Perspectivas moral-religiosas**

As perspectivas moral-religiosas têm ocupado lugar relevante no campo do cuidado em álcool e outras drogas no Brasil, sobretudo a partir da expansão das comunidades terapêuticas e da consolidação de grupos de ajuda mútua. Essa racionalidade está ancorada na crença de que o uso problemático de substâncias é resultado de fragilidades morais, espirituais ou disciplinares, de modo que a reabilitação passa pela conversão a novos valores, pela adoção de práticas de abstinência e pela vivência em ambientes de rigor ético e religioso (JUNAAB, 2004).

Nesse sentido, Raupp e Milnitsky-Sapiro (2008) evidenciam como práticas de cuidado podem articular dispositivos médico-terapêuticos e morais. Ao enfatizar tal articulação, observa-se que espiritualidade, laborterapia e disciplina estruturam a proposta de “reeducação”, marcada por baixa individualização do atendimento e por uma orientação abstencionista que remete ao “modelo moral” de tratamento. Dessa forma, a moralidade deixa de atuar apenas como espaço de pertencimento e apoio social e passa a constituir o eixo central do itinerário terapêutico, direcionando-o mais para o controle disciplinar e a conformidade normativa do que para o cuidado em saúde centrado na singularidade dos sujeitos.

Na mesma direção, Schneider (2010) chama a atenção para a presença de dispositivos médico-terapêuticos e morais nos serviços, indicando que o cuidado no Brasil é frequentemente atravessado por racionalidades híbridas. Assim, ainda que se reconheça a importância das práticas religiosas como espaços de pertencimento

e apoio social, a incorporação da moralidade como eixo central de tratamento pode resultar em itinerários terapêuticos orientados mais pelo controle disciplinar do que pelo cuidado em saúde.

Do ponto de vista histórico, a inserção das comunidades terapêuticas no cenário brasileiro ganhou força a partir da década de 1990, quando políticas públicas começaram a reconhecer e, em alguns casos, financiar essas instituições como parceiras no atendimento de pessoas que fazem uso de drogas (Almeida, 2019). Esse movimento, entretanto, gerou intensos debates: de um lado, há quem defenda essas instituições como alternativas para a falta de leitos e serviços especializados; de outro, críticas apontam a fragilidade técnica, a baixa integração à RAPS e relatos de práticas de confinamento, violação de direitos humanos e ausência de acompanhamento clínico (Coutinho, 2022).

Paralelamente, os grupos de ajuda mútua, como o AA e a Pastoral da Sobriedade, representam outra face dessa racionalidade. Organizados em torno dos Doze Passos, esses grupos propõem uma trajetória de reconhecimento da própria vulnerabilidade, valorização da espiritualidade e compartilhamento de experiências como forma de sustentar a abstinência (JUNAAB, 2004; Pastoral da Sobriedade, s.d.). Nesse quadro, tais grupos funcionam como redes de apoio significativas, favorecendo o senso de pertencimento e a continuidade do tratamento (Reis, 2012). Contudo, sua efetividade depende da identificação do sujeito com os valores do coletivo, o que limita sua aplicabilidade universal.

Em síntese, essa racionalidade exerce duplo papel nos itinerários terapêuticos. De um lado, pode oferecer acolhimento, sentido de vida e apoio espiritual em momentos de crise, funcionando como recurso fundamental para sujeitos em busca de abstinência. De outro, pode reforçar lógicas de exclusão quando impõe rígidas normas disciplinares ou desconsidera os determinantes sociais e culturais do uso de substâncias. Nessas circunstâncias, os itinerários se tornam marcados por alternâncias entre períodos de confinamento moralizador e retornos ao território sem articulação com a rede de serviços, o que fragiliza a continuidade do cuidado.

#### **2.3.4 Práticas de redução de danos**

A redução de danos emerge como uma racionalidade inovadora no campo do cuidado em álcool e outras drogas, ao deslocar o foco exclusivo da abstinência obrigatória para a minimização dos riscos sociais e sanitários associados ao uso. Diferente das perspectivas biomédicas e moral-religiosas, a redução de danos parte do reconhecimento da autonomia do sujeito e de sua inserção em contextos sociais específicos, propondo práticas de cuidado que respeitem os tempos, as escolhas e as condições de vida dos usuários.

No Brasil, a política de redução de danos consolidou-se nas décadas de 1990 e 2000 como resposta às epidemias de HIV/Aids e hepatites virais entre pessoas que usam drogas injetáveis. Com o tempo, expandiu-se como abordagem voltada à promoção da saúde, à cidadania e à inclusão social. Passos e Souza (2011, p. 48) definem a redução de danos como “construções alternativas à política global de ‘guerra às drogas’”, ressaltando sua capacidade de abrir espaço para práticas que não criminalizam os sujeitos e que se pautam pelo respeito aos direitos humanos.

A Organização Mundial da Saúde também reconhece a importância dessa racionalidade. Em relatório recente, a entidade afirmou que “as consequências negativas para a saúde e para a sociedade decorrentes do consumo de álcool podem ser efetivamente reduzidas mediante a implementação de políticas e intervenções baseadas em evidências” (WHO, 2024b, p. 12, tradução nossa<sup>3</sup>). Essa formulação sustenta a centralidade de estratégias diversificadas, que incluem políticas de preço e disponibilidade, ambientes de consumo mais seguros, ampliação do acesso a serviços de saúde, testagem e vacinação, além de intervenções comunitárias.

No contexto brasileiro, experiências de redução de danos envolvem desde a distribuição de insumos de proteção (como seringas e preservativos), até ações de cuidado em territórios vulnerabilizados, atenção à saúde de feridas, aconselhamento, manejo de consumo e acolhimento sem exigência de abstinência (Aragão *et al.*, 2022). Essas práticas buscam ampliar a vinculação de usuários aos serviços e garantir continuidade do cuidado, reduzindo o estigma e promovendo maior adesão aos itinerários terapêuticos.

<sup>3</sup> No original: “*The negative health and social consequences of alcohol can be effectively reduced by implementing evidence-based policies and interventions*”.

Apesar de seu reconhecimento internacional, a redução de danos enfrenta obstáculos no Brasil. As disputas político-ideológicas em torno da política antidrogas levaram a retrocessos institucionais, com diminuição do financiamento de programas de redução de danos e fortalecimento de modelos mais centrados na abstinência (Almeida, 2019). Esse dado demonstra que, além de práticas concretas de cuidado, a redução de danos requer mudanças culturais e institucionais que combatam a discriminação e promovam a inclusão.

Quando incorporada aos itinerários terapêuticos, a redução de danos favorece percursos mais estáveis e contínuos. Ao reconhecer metas intermediárias, como a diminuição do consumo ou a substituição de substâncias mais nocivas por outras de menor risco, essa racionalidade amplia as possibilidades de permanência dos usuários no cuidado. Ao mesmo tempo, fortalece redes comunitárias, valoriza a experiência dos pares como agentes de saúde e reforça a articulação intersetorial, promovendo itinerários menos marcados por rupturas e recaídas.

A análise dessas quatro racionalidades evidencia que os itinerários terapêuticos em álcool e drogas são moldados por lógicas diversas, nem sempre convergentes. O paradigma biomédico trouxe avanços diagnósticos e terapêuticos, mas tende à medicalização e à invisibilização de fatores sociais. As abordagens psicossociais ampliam a integralidade ao incluir território, vínculos e participação do usuário, embora enfrentem fragilidades institucionais. As perspectivas moral-religiosas oferecem acolhimento e pertencimento, mas podem reforçar práticas de exclusão quando desarticuladas da rede pública. Já a redução de danos constitui estratégia inovadora e orientada por direitos, ainda que limitada por disputas político-ideológicas no contexto brasileira.

## 2.4 ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS EM SAÚDE COLETIVA

O conceito de itinerário terapêutico consolidou-se na saúde coletiva como ferramenta para compreender os percursos de adoecimento e de busca por cuidado. Diferentemente de modelos que assumem trajetórias institucionais contínuas e previsíveis, os itinerários terapêuticos revelam a heterogeneidade das experiências, destacando redes formais, informais e comunitárias acionadas de maneira dinâmica.

Alves e Souza (1999, p. 133) definem os itinerários terapêuticos como “trajetórias construídas no interior de contextos sociais específicos, que organizam

as escolhas dos sujeitos e os recursos a que têm acesso”. Essa formulação consolidou-se no Brasil como referência fundadora. Bellato *et al.* (2016) e Moraes e Zambenedetti (2021) propõem que os itinerários terapêuticos funcionam como tecnologias relacionais e avaliativas que tornam visíveis lacunas e invenções no cuidado. Para Gerhardt (2006, p. 21), os itinerários são marcados por “múltiplas trajetórias assistenciais ou não, que incluem diferentes sistemas de cuidado”.

Pesquisas recentes reforçam o potencial crítico do conceito. Demétrio, Santana e Pereira-Santos (2019) identificaram crescimento expressivo da produção brasileira entre 2008 e 2019, consolidando os itinerários terapêuticos como recurso metodológico de análise qualitativa capaz de revelar tensões e desigualdades. Silva, Treichel e Onocko-Campos (2024), em um estudo realizado com 341 usuários de serviços de saúde mental em São Paulo identificaram cinco agrupamentos distintos de itinerários: baixa participação da atenção primária, predomínio de situações de crise como porta de entrada, fragilidade da continuidade do cuidado e protagonismo da família como primeiro recurso. Os autores identificaram que a atenção primária tem participação marginal nos itinerários, sendo a maioria dos usuários atendida apenas em situações de crise (Silva; Treichel; Onocko-Campos, 2024).

No campo específico do álcool e das drogas, os estudos mostram itinerários atravessados por rupturas e múltiplas tentativas. Barbosa (2021) ao analisar trajetórias no Piauí, descreveu percursos “aleatórios”, marcados por recaídas e pela sobreposição de CAPS, hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas. No Rio Grande do Sul, Eckhardt e Raupp (2017) identificaram que a ausência de acolhimento levou usuários a interromper temporariamente o tratamento, até encontrarem vínculos positivos em CAPS e grupos como AA. Oliveira *et al.* (2019) destacam que, muitas vezes, os percursos dos usuários se dão em espaços de segregação social (prisões, comunidades terapêuticas e rua), redesenhando as fronteiras entre cuidado, controle e exclusão.

A literatura nacional e internacional converge em demonstrar que os itinerários terapêuticos não podem ser entendidos apenas como percursos técnicos, mas como experiências situadas, atravessadas por desigualdades estruturais (gênero, raça, território), moralizações e disputas de racionalidades de cuidado. Estudos no Canadá (Massé, 1985) enfatizam que o acesso depende tanto de variáveis culturais quanto de condições econômicas e institucionais; no Brasil, Alves e Souza (1999) sistematizaram esse debate ao destacar que tais percursos se

organizam em contextos socioculturais específicos. Oliveira *et al.* (2019) analisaram práticas em comunidades terapêuticas e prisões, mostrando que os itinerários podem funcionar também como dispositivos de controle social. Reconhecer essa pluralidade é essencial para compreender os significados atribuídos pelos usuários às suas trajetórias.

## 2.5 REDE DE ATENÇÃO E DISPOSITIVOS DE CUIDADO EM ÁLCOOL E DROGAS

No Brasil, a organização das respostas institucionais ao uso de álcool e outras drogas adquiriu maior consistência com a reforma psiquiátrica e a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Instituída pela Portaria nº 3.088/2011 do Ministério da Saúde, a RAPS foi concebida como um arranjo articulado de serviços, que vão da atenção básica ao cuidado hospitalar, com ênfase em práticas de base comunitária, integralidade e intersetorialidade (Brasil, 2011). Essa configuração buscou superar a hegemonia hospitalocêntrica, substituindo internações prolongadas por modelos territoriais e multiprofissionais de cuidado.

Almeida (2019) mostra que serviços de urgência e emergência ainda reproduzem práticas centradas na medicalização e na contenção, distantes dos princípios psicossociais. Barbosa (2021), em estudo com usuários em Teresina, identificou percursos atravessados por internações repetidas, falhas de acolhimento e prevalência de comunidades terapêuticas como recurso recorrente, mesmo diante de denúncias de violações de direitos. Oliveira *et al.* (2019) acrescentam que, muitas vezes, esses dispositivos assumem caráter ambivalente: podem fornecer acolhimento e pertencimento, mas também operar como espaços de segregação social e controle moral.

Portanto, a análise da rede de atenção em álcool e outras drogas deve reconhecer a coexistência de dispositivos formais, regulados pelo Estado, e dispositivos informais e comunitários, que desempenham papéis centrais nos itinerários. Essa pluralidade não apenas complementa as ofertas institucionais, mas também denuncia lacunas e vazios assistenciais.

### 2.5.1 Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

Nas últimas décadas, a atenção ao indivíduo com transtorno mental passou por uma importante reorientação, marcada pela criação e expansão de serviços voltados a substituir a lógica hospitalocêntrica por um modelo de atenção psicossocial, ampliando abordagens terapêuticas e espaços de cuidado (Barbosa, 2019). Nesse contexto, a RAPS constitui a principal política pública brasileira para organização do cuidado em saúde mental e no campo de álcool e outras drogas. Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2011), sua missão é garantir atenção integral por meio da articulação de diferentes pontos de atenção, com destaque para os CAPS ad, que se tornaram dispositivos-chave da política. Os CAPS ad oferecem atendimento com diferentes propostas terapêuticas e frequência de atendimentos semanais, priorizando o território, o protagonismo do usuário, bem como a multiprofissionalidade e a construção de Projetos Terapêuticos Singulares.

Silveira, Rezende e Moura (2010) realizaram um processo de pesquisa-intervenção ao longo de um ano em um CAPS ad, fundamentado nos pressupostos da Análise Institucional. A investigação buscou compreender a complexa rede de saberes e poderes que atravessa o serviço, bem como a dinâmica institucional que articula forças instituintes e forças que tendem à manutenção do instituído. A escolha pelo método de pesquisa-intervenção, que integra inseparavelmente o ato de pesquisar e intervir, possibilitou acompanhar a processualidade e a complexidade dos acontecimentos vivenciados. Nesse percurso, os autores problematizaram a clínica da redução de danos, considerando sua relevância como diretriz das políticas públicas no âmbito do consumo de álcool e drogas.

A pesquisa de Barbosa (2019), realizada em Manaus, evidenciou que a RAPS apresenta baixa conectividade, estratégias frágeis de integração e cobertura insuficiente, muitas vezes garantida apenas por intervenções judiciais. O estudo apontou dificuldades de articulação entre instâncias de gestão e pouca integração com a atenção primária, mantendo o foco das ações restrito aos CAPS. Como resultado, a rede funciona de forma dispersa e sustentada por contatos pessoais entre profissionais, o que reforça a necessidade de lideranças definidas, fortalecimento do controle social e maior coesão na organização da saúde mental no município.

Esses achados demonstram que, embora a RAPS represente avanço normativo e conceitual, sua efetivação depende de maior investimento em continuidade do cuidado, formação profissional e articulação intersetorial. Nos

itinerários terapêuticos, a presença da RAPS é marcante, mas suas falhas de integração explicam por que muitos usuários transitam entre múltiplos serviços, abandonam percursos ou recorrem a recursos alternativos.

### **2.5.2 Serviços formais, informais e comunitários**

Além da RAPS, os itinerários em álcool e drogas são marcados por uma pluralidade de dispositivos formais, informais e comunitários. Os serviços formais incluem hospitais gerais, ambulatorios, CAPS, unidades de urgência e emergência, regulados pelo sistema público ou privado. Neles, prevalece a lógica biomédica, ainda que tensionada por práticas psicossociais e de redução de danos. Já os serviços informais e comunitários abrangem uma variedade de práticas que não estão oficialmente reguladas, mas que também exercem papel na produção do cuidado. Entre eles estão:

- **Comunidades terapêuticas, majoritariamente de base religiosa:** conforme Heck (2018), configuram-se como espaços residenciais de tratamento do uso problemático de álcool e outras drogas, organizados a partir da convivência entre pares e de práticas sociais que estruturam relações de poder. Essas relações permeiam todo o processo de acolhimento, exercendo função central na disciplina, na partilha de experiências e na busca de autonomia dos acolhidos, favorecendo mudanças no estilo de vida. O protocolo adotado por essas instituições prioriza a participação e a cooperação, funcionando como instrumento de reeducação disciplinar e de reorganização da vida cotidiana do dependente químico.
- **Grupos de ajuda mútua, como AA e NA:** percebidos como espaços de acolhimento, pertencimento e espiritualidade. Segundo Reis (2012), o que caracteriza um grupo de ajuda mútua é a existência de um problema comum que une seus membros. O objetivo das reuniões é justamente oferecer apoio recíproco, já que todos, de alguma forma, compartilham experiências relacionadas a uma situação específica e, ao dividi-las com o coletivo, podem construir estratégias comuns de enfrentamento (Reis, 2012).

- **Redes sociais (familiares, amigos e vizinhos):** oferecem suporte moral, afetivo e material, especialmente quando o acesso a serviços formais é precário. No estudo realizado por Tavares (2009), embora as famílias investigadas não constituam a única forma de apoio social, os laços familiares e os vínculos com vizinhos próximos se mostraram fontes eficazes de cuidado. O suporte oferecido por meio da alimentação e de práticas religiosas, foi apontado como a primeira escolha diante do sofrimento, seguido pela busca de serviços especializados e, por último, pela automedicação. Essas diferenças podem estar relacionadas à formação de redes que compartilham estratégias de cuidado, crenças, experiências de vida e recursos materiais e simbólicos (Tavares, 2009).

Esses dispositivos coexistem, muitas vezes, em percursos híbridos. Barbosa (2021) mostrou que usuários em Teresina transitavam entre CAPS, grupos religiosos e comunidades terapêuticas, compondo trajetórias marcadas por avanços e retrocessos. Assim, os itinerários revelam que o cuidado em álcool e drogas não se limita ao Estado. Pelo contrário, emerge de uma rede heterogênea de dispositivos que combina práticas biomédicas, psicossociais, religiosas e comunitárias.

## 2.6 PERCEPÇÕES DOS USUÁRIOS SOBRE O CUIDADO, EXPERIÊNCIA, AUTONOMIA E ESTRATÉGIAS DE (AUTO)CUIDADO

Compreender como usuários de álcool e drogas avaliam suas trajetórias, seus vínculos e os sentidos atribuídos ao atendimento é fundamental para analisar os itinerários terapêuticos. Ayres (2009) reforça que o cuidado não pode ser reduzido a técnicas ou protocolos, mas deve ser entendido como uma relação construída na interação, permeada por valores, expectativas e reconhecimentos. No campo da saúde mental e do uso de álcool e drogas, essa perspectiva ganha relevância, uma vez que experiências de acolhimento, estigma ou reconhecimento impactam diretamente na adesão e na continuidade do tratamento.

A experiência do usuário tem se consolidado como categoria central para avaliação das práticas de saúde. A Política Nacional de Humanização (Brasil, 2004) orienta que os serviços devem valorizar a autonomia e a singularidade, promovendo

acolhimento e escuta qualificada. Pesquisas evidenciam, porém, a distância entre diretrizes e práticas, muitas vezes apontando relações verticalizadas, centradas em protocolos médicos, que resultam em sentimentos de exclusão e abandono.

Um exemplo emblemático é descrito por Eckhardt e Raupp (2017) em estudo desenvolvido no Rio Grande do Sul. Um usuário relatou: “em vez de ajudar com o meu problema, praticamente o rapaz que nos atendeu me mandou continuar com o uso” (p. 267). A sensação de desacolhimento levou ao abandono do serviço por meses, até que encontrou no CAPS um espaço de escuta e acompanhamento multiprofissional. Esse caso evidencia que percepções de acolhimento ou exclusão são determinantes para a permanência ou ruptura nos itinerários. Esse quadro também é confirmado por Barbosa (2021), que registrou relatos de usuários que se sentiam “sem voz” nos serviços no Piauí, recorrendo a redes religiosas como alternativa para o cuidado.

Assim, a experiência subjetiva, mais do que um adendo, constitui um critério de avaliação das políticas de cuidado. As percepções dos usuários se materializam em estratégias práticas criadas para lidar com o consumo de substâncias, nas quais se combinam recursos individuais e coletivos, muitas vezes complementando ou até substituindo os serviços formais. Entre essas alternativas, destacam-se os grupos de ajuda mútua, como os Alcoólicos Anônimos (AA) e os Narcóticos Anônimos (NA), reconhecidos como espaços de pertencimento, ajuda mútua, apoio emocional e troca de experiências (Reis, 2012). A lógica de pares, a confidencialidade e a valorização da narrativa pessoal favorecem vínculos de confiança que, em muitos casos, sustentam trajetórias de abstinência mais longas e consistentes. Diferentemente da estrutura formal dos serviços de saúde, esses grupos oferecem acolhimento contínuo, sem burocracia e sem prazo para o término do acompanhamento, o que amplia a sensação de apoio permanente.

O estudo de Aragão *et al.* (2022) evidencia como a literatura recente vem incorporando a perspectiva da redução de danos e do autocuidado no campo do uso de drogas, deslocando o foco exclusivo da abstinência para a promoção de práticas mais seguras e viáveis na vida cotidiana dos usuários. As orientações identificadas incluem:

Frequentar os serviços de saúde e assistência social, adotar técnicas para evitar a abstinência, limitar a quantidade ou o ritmo do consumo de álcool, usar maconha depois de usar o crack, participar de atividades comunitárias,

manter o autocuidado e usar preservativo como proteção contra doenças sexualmente transmissíveis (Aragão *et al.*, 2022, p. 934).

Tais estratégias refletem uma racionalidade que reconhece o usuário como agente ativo na gestão de sua própria saúde, ainda que em condições de vulnerabilidade. Em vez de se limitar à culpabilização ou ao ideal de abstinência total, a redução de danos propõe um caminho intermediário, pautado pelo respeito à autonomia, pelo fortalecimento de vínculos comunitários e pelo diálogo com serviços formais. Assim, longe de serem apenas receptores de políticas públicas, os sujeitos produzem arranjos próprios, negociam vínculos e ressignificam suas trajetórias, articulando dimensões formais e informais do cuidado.

## 2.7 BARREIRAS DE ACESSO AOS SERVIÇOS

O acesso aos serviços de saúde é atravessado por múltiplos fatores sociais, culturais, políticos e institucionais. O acesso em saúde pode ser compreendido como a capacidade de obter cuidados apropriados, em tempo oportuno e de forma aceitável, para atender às necessidades dos usuários (Ayres, 2009). Na saúde mental e no campo do álcool e drogas, essa capacidade é constantemente limitada por barreiras de acesso, que, segundo Soares (2022, p. 77) “constituem a obstrução, a dificuldade do indivíduo em acessar, utilizar ou ingressar em determinado serviço de saúde”. Tais barreiras podem ser<sup>4</sup> estruturais (fragmentação das redes, acesso ao espaço, acessibilidade do entorno); atitudinais e simbólicas (preconceito, estigma, moralização e discriminação); e interseccionais (desigualdades de gênero, raça e território) (Barbosa, 2021; Soares, 2022; Queiroz, 2023).

Gerhardt *et al.* (2016) indicam que os itinerários terapêuticos revelam fluxos descontinuados, múltiplas tentativas frustradas de cuidado e percursos interrompidos por falta de acolhimento. A literatura também mostra que tais obstáculos não apenas reduzem o acesso, mas moldam os próprios itinerários, condicionando escolhas, abandonos e deslocamentos em busca de alternativas (Barbosa, 2021; Oliveira *et al.*, 2019). Eckhardt e Raupp (2017) no Rio Grande do Sul e Silva, Treichel e Onocko-Campos (2024) em São Paulo, confirmaram que

<sup>4</sup> Apresenta-se aqui apenas alguns tipos de barreiras que servirão como base para a análise das entrevistas. Uma lista com outros exemplos de barreiras de acesso pode ser encontrada em Soares (2022, p. 78-80).

usuários chegam aos serviços muitas vezes em situação de crise, após percursos longos de tentativas malsucedidas. Nessas circunstâncias, as barreiras não são apenas dificuldades práticas, mas também experiências de exclusão e desvalorização.

### **2.7.1 Estigma, preconceito e discriminação**

Soares (2022), Queiroz (2023) e Gonçalves *et al.*, (2024) mostram que os transtornos mentais e o uso de álcool e drogas ainda carregam muitos estigmas, tanto na população em geral quanto entre profissionais de saúde. Por isso, é comum que usuários sejam vistos de forma negativa e recebam rótulos depreciativos. Nessa perspectiva, Dias *et al.* (2024) acrescentam que a experiência de discriminação gera medo e desconfiança em relação aos serviços, limitando a busca por ajuda. É o caso de alguns relatos coletados por Eckhardt e Raupp (2017), nos quais usuários expressaram constrangimento ao procurar serviços municipais, temendo julgamentos morais. Em Teresina, Barbosa (2021) mostrou que muitos usuários preferiram recorrer a redes religiosas e comunitárias justamente para evitar experiências de estigmatização em dispositivos formais. Por outro lado, Oliveira *et al.* (2019) identificaram que em comunidades terapêuticas o discurso moralizante sobre drogas reforça a estigmatização, ao mesmo tempo em que oferece pertencimento espiritual. Nesse sentido:

Faz-se importante a compreensão de que o uso prejudicial de uma substância [...], não é determinado somente pela vontade da pessoa, mas existem fatores fisiológicos e psicológicos que predispõem as pessoas ao uso prejudicial. De maneira geral, os usuários não escolhem usar as substâncias psicoativas, mas estão a mercê delas (Soares, 2022, p. 95).

Queiroz (2023) entrevistou dez profissionais dos serviços de álcool e drogas do Tocantins e identificou que o estigma, tanto interno quanto social, dificulta a adesão ao tratamento. As estratégias para enfrentar esse desafio incluem visitas domiciliares, orientações e valorização da participação familiar, destacando-se a importância do acolhimento e da escuta qualificada. Apesar de o CAPS ad ser um serviço de portas abertas, a autora observa que ainda persistem visões rígidas que reforçam estigmas, fazendo com que a RAPS seja percebida como fragmentada e desarticulada. Nesse sentido, reconhecer os fatores que afetam a adesão é

fundamental para planejar intervenções mais sensíveis, reduzir desigualdades e fortalecer a Estratégia de Redução de Danos (Queiroz, 2023).

### **2.7.2 Desigualdades de gênero, raça e território**

As barreiras de acesso não afetam todos os grupos da mesma forma. Mulheres, populações negras, pessoas LGBTQIA+ e moradores de territórios periféricos enfrentam obstáculos específicos, resultantes da interseção entre diferentes desigualdades estruturais. Ronzani, Noto e Silveira (2014) mostram que atitudes estigmatizantes são reproduzidas inclusive por profissionais de saúde, que muitas vezes tratam usuários como “menos merecedores” de atenção qualificada. Essa postura compromete a relação terapêutica, fragiliza vínculos e contribui para itinerários fragmentados.

Outro ponto relevante é o risco de que os serviços de saúde reforcem exclusões já existentes quando se trata da atenção a mulheres e a outros gêneros. Pires, Santos e Rosa (2021) observam que ainda são raras as iniciativas voltadas especificamente para esses grupos. Há alguns exemplos positivos, como atividades e grupos terapêuticos em CAPS ad destinados a mulheres, pessoas homossexuais ou transgêneros. No entanto, de modo geral, o atendimento permanece predominantemente masculino, o que evidencia a urgência de investigar quais barreiras dificultam o acesso e a permanência de outros públicos nesses serviços.

As desigualdades raciais também configuram barreiras significativas. Reichert *et al.* (2021) apontam que pessoas negras relatam sentir-se mais vigiadas e menos acolhidas, reforçando a percepção de exclusão. Além disso, Oliveira *et al.*, (2019) mostram que a associação entre juventude negra, drogas e criminalidade tende a gerar itinerários mais punitivos do que terapêuticos, direcionando jovens para espaços de controle social, como o sistema prisional.

O território emerge igualmente como determinante crítico. Medeiros (2013) destaca que municípios de médio e pequeno porte enfrentam escassez de serviços especializados, dependência de encaminhamentos para grandes centros urbanos e fragilidade da atenção básica. De forma semelhante, Silva, Treichel e Onocko-Campos (2024) confirmam que a atenção primária participa pouco dos itinerários de saúde mental, o que contribui para que muitos usuários só acessem cuidados em situações de crise.

Esses fatores se sobrepõem e criam itinerários interseccionais. Mulheres negras em territórios periféricos, por exemplo, vivenciam barreiras ampliadas pela soma de discriminações, ausência de serviços e vulnerabilidades socioeconômicas. Esse quadro mostra que o acesso em saúde não pode ser tratado como universal, devendo ser analisado à luz das desigualdades estruturais que moldam trajetórias.

As barreiras de acesso (estigma, desigualdades e fragmentação da rede) não são apenas entraves administrativos, mas dimensões constitutivas dos itinerários terapêuticos. Elas explicam por que muitos percursos são interrompidos, por que usuários recorrem a redes comunitárias e religiosas e por que a continuidade do cuidado se mostra tão frágil. Para esta dissertação, mapear tais barreiras a partir das narrativas dos participantes permitirá identificar pontos de ruptura e compreender como experiências de exclusão e desigualdade moldam estratégias individuais e coletivas de cuidado.

## 2.8 CATEGORIAS ANALÍTICAS PARA INTERPRETAÇÃO DOS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS

Para analisar empiricamente os itinerários de pessoas em uso de álcool e outras drogas, esta pesquisa adota oito categorias analíticas, construídas a partir do diálogo entre a literatura da saúde coletiva, da atenção psicossocial e de estudos empíricos recentes no Brasil. Essas categorias correspondem às dimensões operacionais que serão retomadas no Capítulo 4, compondo a ferramenta de análise das narrativas dos participantes.

Evidências da literatura indicam que tais trajetórias são frequentemente marcadas por obstáculos e descontinuidades, como tentativas frustradas de cuidado e experiências de exclusão (Gerhardt *et al.*, 2016; Barbosa, 2021; Oliveira *et al.*, 2019; Eckhardt; Raupp, 2017; Silva; Treichel; Onocko-Campos, 2024). Nesses percursos, movimentos de desistência, recaída e retomada configuram processos de ruptura que impactam diretamente os projetos de vida (Demétrio; Santana; Pereira-Santos, 2019). Em conjunto, essas categorias evidenciam que os itinerários articulam dimensões individuais, coletivas e institucionais, atravessadas por racionalidades diversas, recursos desiguais e significados singulares atribuídos às experiências de cuidado.

Assim, a análise empírica foi organizada em oito categorias, construídas a partir da literatura e de estudos empíricos, que permitem interpretar os itinerários em

sua complexidade. Cada categoria evidencia um aspecto específico das trajetórias e será detalhada a seguir.

### **2.8.1 Reconhecimento do adoecimento**

A primeira categoria refere-se à forma como os sujeitos nomeiam e interpretam sua relação com a substância. Muitas vezes, o reconhecimento do problema não parte do indivíduo, mas de familiares, amigos ou profissionais de saúde (Alves; Souza, 1999). Pesquisas mostram que expressões como “*bebo só para relaxar*” ou “*não sou dependente, apenas bebo socialmente*” revelam significados culturais que relativizam o consumo (Gerhardt.; Burille; Müller, 2016). Já em outros casos, a consciência da perda de controle é explicitada pelos próprios sujeitos, sobretudo em situações de crise (Barbosa, 2021). Esse reconhecimento não é apenas diagnóstico, mas uma construção social e simbólica, marcada por determinantes de gênero, raça e território (Soares, 2022; Ferreira, 2023; Ferreira *et al.*, 2023; Faria, 2024). Para esta dissertação, compreender como os participantes reconhecem ou não seu adoecimento é essencial para interpretar o ponto de partida de seus itinerários.

### **2.8.2 Estratégias de cuidado iniciais**

Antes de recorrer aos dispositivos formais, muitos sujeitos acionam estratégias iniciais de cuidado ancoradas em redes familiares, religiosas ou comunitárias. Kleinman (1980) denominou esse campo de “subsistema popular”, no qual práticas como rezas, promessas, uso de chás, benzimentos ou automedicação funcionam como respostas imediatas ao sofrimento. Nessa direção, Tavares (2009) mostra que família e vizinhos próximos costumam ser as principais fontes de apoio, mobilizando cuidados ligados à alimentação, práticas religiosas e suporte afetivo antes da busca por serviços especializados. Do mesmo modo, Faria *et al.* (2024) identificaram a família como a “primeira linha de apoio” em situações de emergência psiquiátrica em Maringá. Além disso, Pires, Santos e Rosa (2021) apontam que a escassez de iniciativas formais voltadas a mulheres e outros gêneros faz com que esses grupos recorram, com maior frequência, a redes informais como espaço inicial de acolhimento. Essas práticas, embora não substituam o cuidado formal,

constituem a porta de entrada de muitos itinerários, moldando sentidos, expectativas e a forma como os sujeitos irão se relacionar com os serviços de saúde posteriormente.

### **2.8.3 Acesso a dispositivos formais**

A terceira categoria contempla os serviços de saúde e assistência formalmente instituídos, especialmente os CAPS ad, hospitais gerais, unidades de emergência e atenção básica. A literatura mostra que, embora a RAPS tenha ampliado a oferta de serviços (Brasil, 2011), sua implementação enfrenta desafios, como fluxos descontinuados e predomínio de práticas biomédicas (Bittencourt, 2007; Silveira; Rezende; Moura, 2010; Barbosa, 2019). Silva, Treichel e Onocko-Campos (2024) identificaram que a atenção primária ainda participa pouco dos itinerários, resultando em percursos que só chegam ao cuidado em situações de crise. Assim, analisar o acesso a dispositivos formais permite mapear os pontos de entrada, continuidade ou ruptura dos percursos de cuidado.

### **2.8.4 Dispositivos informais e comunitários**

Além dos serviços oficiais, os itinerários incluem recursos informais e comunitários, como comunidades terapêuticas, grupos de ajuda mútua (AA, NA), igrejas e lideranças locais. Reid (2012) ressalta que essas redes oferecem acolhimento, pertencimento e suporte emocional, ainda que não configurem tratamento no sentido biomédico. Oliveira *et al.* (2019) destacam que, mesmo em contextos urbanos com oferta de serviços, os sujeitos frequentemente optam por dispositivos religiosos ou comunitários, seja por confiança, seja por evitar estigmatização. Barbosa (2021) evidenciou itinerários híbridos em que usuários combinavam consultas em CAPS com participação em cultos ou grupos de apoio.

### **2.8.5 Movimentos e rupturas**

A quinta categoria ressalta que os itinerários não seguem uma trajetória contínua, mas se caracterizam por idas e vindas, desistências, recaídas e retomadas. Demétrio, Santana e Pereira-Santos (2019) identificaram esse caráter caótico como elemento recorrente em estudos brasileiros. Nos relatos analisados por Eckhardt e Raupp (2017), usuários interromperam percursos após experiências de acolhimento precário e só retomaram o cuidado ao encontrar vínculos positivos em outros serviços. Barbosa (2021) descreveu itinerários como “aleatórios e caóticos”, atravessados por múltiplas tentativas e deslocamentos forçados. Assim, compreender movimentos e rupturas é fundamental para interpretar como a continuidade ou fragmentação do cuidado impactam os projetos de vida dos sujeitos.

### **2.8.6 Racionalidades de cuidado**

A sexta categoria remete às diferentes racionalidades de cuidado envolvidas nos itinerários terapêuticos de cada participante: paradigma biomédico, abordagens psicossociais, perspectivas moral-religiosas e práticas de redução de danos. Como sintetizam revisões e análises de longa duração no campo da Saúde Coletiva, essas lógicas não se apresentam isoladamente; elas coexistem, frequentemente em tensão e sobreposição, compondo arranjos heterogêneos que atravessam os itinerários terapêuticos (Schneider, 2010; Cabral *et al.*, 2011; Gerhardt, 2006; Demétrio; Santana; Pereira-Santos, 2019). Os itinerários terapêuticos tendem a combinar internações hospitalares e acompanhamento em CAPS com participação em grupos religiosos ou de mútua ajuda, articulando ofertas formais e comunitárias de maneira dinâmica e, por vezes, contraditória (Cabral *et al.*, 2011; Gerhardt, 2006; Demétrio; Santana; Pereira-Santos, 2019; Silva; Treichel; Onocko-Campos, 2024).

### **2.8.7 Recursos e barreiras**

A sétima categoria trata das condições estruturais e simbólicas que favorecem ou limitam o acesso. Estigma, discriminação e desigualdades sociais configuram barreiras centrais (Ronzani; Noto; Silveira, 2014; Soares, 2022; Queiroz, 2023). Estudos mostram que mulheres, pessoas homossexuais ou transgêneros são

menos atendidas do que os homens (Pires; Santos; Rosa, 2021); pessoas negras enfrentam discriminação institucional (Reichert *et al.*, 2021) e moradores de municípios pequenos convivem com redes fragmentadas (Silva; Treichel; Onocko-Campos, 2024). Essas condições explicam por que muitos itinerários são precários, descontinuados e atravessados por exclusões.

### 2.8.8 Significados atribuídos

A oitava categoria enfatiza os sentidos que os sujeitos atribuem ao cuidado. Como observa Ayres (2009), o cuidado é uma prática relacional, atravessada por valores, expectativas e projetos de vida. A continuidade do cuidado depende mais da qualidade do vínculo do que da prescrição técnica. Barbosa (2021) registrou que muitos usuários atribuem ao grupo religioso ou comunitário maior eficácia do que aos serviços formais, justamente pela experiência de acolhimento. Em estudo com usuários em comunidades terapêuticas, Oliveira *et al.* (2019) mostraram que os significados atribuídos à abstinência estavam ligados mais à moralidade do que ao tratamento clínico. Esses sentidos atribuídos revelam não apenas como os sujeitos avaliam os serviços, mas também como reconstroem suas trajetórias de vida a partir das experiências de cuidado.

Quadro 1 – Categorias analíticas e principais autores de referência

| Categoria analítica             |           |   | Autores de referência                                                                                                                              |  |
|---------------------------------|-----------|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Reconhecimento do adoecimento   |           |   | Alves; Souza (1999); Gerhardt; Burille; Müller (2016); Barbosa (2021); Soares (2022); Ferreira (2023); Ferreira <i>et al.</i> (2023); Faria (2024) |  |
| Estratégias de cuidado iniciais |           |   | Kleinman (1980); Tavares (2009); Faria <i>et al.</i> (2024); Pires; Santos; Rosa (2021)                                                            |  |
| Acesso a dispositivos formais   |           |   | Brasil (2011); Bittencourt (2007); Silveira; Rezende; Moura (2010); Barbosa (2019); Silva; Treichel; Onocko-Campos (2024)                          |  |
| Dispositivos                    | informais | e | Reid (2012); Oliveira <i>et al.</i> (2019); Barbosa (2021)                                                                                         |  |
| Movimentos e rupturas           |           |   | Demétrio; Santana; Pereira-Santos (2019); Eckhardt; Raupp (2017); Barbosa (2021)                                                                   |  |
| Racionalidades de cuidado       |           |   | Schneider (2010); Cabral <i>et al.</i> (2011); Gerhardt (2006); Demétrio; Santana; Pereira-Santos (2019); Silva; Treichel;                         |  |

|                         |                                                                                                                                                          |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                         | Onocko-Campos (2024)                                                                                                                                     |
| Recursos e barreiras    | Ronzani; Noto; Silveira (2014); Soares (2022); Queiroz (2023); Pires; Santos; Rosa (2021); Reichert et al. (2021); Silva; Treichel; Onocko-Campos (2024) |
| Significados atribuídos | Ayres (2009); Barbosa (2021); Oliveira <i>et al.</i> (2019)                                                                                              |

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

A organização dessas oito categorias analíticas mostra que os itinerários terapêuticos não podem ser compreendidos como percursos uniformes ou previamente determinados, mas como construções sociais complexas, atravessadas por racionalidades diversas, por recursos e barreiras desiguais e pelos sentidos que os sujeitos atribuem às suas experiências de cuidado. Ao mesmo tempo, essas categorias permitem situar o papel das práticas formais e informais, bem como das dimensões individuais, coletivas e institucionais, na compreensão das trajetórias vividas por pessoas em uso de álcool e outras drogas. Uma vez delineado o quadro analítico que sustenta esta pesquisa, o capítulo seguinte apresenta os procedimentos metodológicos adotados para a produção e a análise dos dados, detalhando as escolhas teóricas, os instrumentos de coleta e as estratégias de interpretação que possibilitaram a reconstrução dos itinerários dos participantes.

### 3 METODOLOGIA

Este capítulo apresenta a trajetória metodológica que orienta a realização desta pesquisa, descrevendo as escolhas epistemológicas e técnicas adotadas para responder ao problema de investigação. Inicialmente, são discutidos a abordagem da pesquisa e o enquadramento qualitativo que fundamenta a análise das experiências dos sujeitos. Em seguida, detalham-se as técnicas e instrumentos de coleta de dados, com destaque para a entrevista narrativa, bem como o campo empírico e os participantes da pesquisa, explicitando critérios de inclusão e exclusão.

Posteriormente, são apresentados os procedimentos de análise dos dados, organizados em etapas que possibilitam a reconstrução das trajetórias de cuidado a partir das narrativas coletadas. Por fim, são abordadas as considerações éticas, que asseguram o respeito aos direitos dos participantes, a confidencialidade das informações e a observância das normativas nacionais aplicáveis às pesquisas envolvendo seres humanos nas áreas da saúde e das ciências humanas e sociais. Dessa forma, o capítulo oferece um panorama coeso e fundamentado dos caminhos metodológicos que sustentam a investigação sobre os itinerários terapêuticos de pessoas em uso de álcool e outras drogas.

#### 3.1 ABORDAGEM DA PESQUISA

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, de caráter descritivo e exploratório. A pesquisa qualitativa é particularmente adequada para investigações que buscam compreender significados, valores e sentidos atribuídos pelos sujeitos às suas experiências, priorizando a perspectiva de quem vivencia os fenômenos sociais (Gil, 1999; González-Rey, 2000; Denzin; Lincoln, 2006). Ao privilegiar narrativas e interpretações, esse tipo de investigação possibilita captar dimensões subjetivas, culturais, relacionais e contextuais relacionadas ao uso de álcool e outras drogas e à construção dos itinerários terapêuticos.

Pesquisas recentes na área reforçam a importância da abordagem qualitativa. Estudos apontam que os itinerários terapêuticos precisam ser analisados pela dimensão vivida, singularmente traçada junto à família e às redes de apoio (Rahman, 2023; Faria *et al.*, 2024; Garcia, 2024). Tais trajetórias, frequentemente

descritas por Barbosa (2021) como uma “peregrinação” em busca de cuidado, evidenciam as implicações dos sistemas de saúde, revelando tanto os pontos de resolatividade quanto as lacunas que produzem efeitos sobre a experiência subjetiva dos usuários.

### 3.2 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas narrativas (Jovchelovitch; Bauer, 2008; Muylaert *et al.*, 2014; Pereira *et al.*, 2021; Pachá; Moreira, 2022). O roteiro funcionou como guia flexível: iniciava-se com um convite à narração livre (“conte-me sua história de uso e de cuidado...”) e, ao final, eram feitas perguntas de aprofundamento quando necessário, para esclarecer marcos de ruptura, percepções sobre os dispositivos e barreiras de acesso (Muylaert *et al.*, 2014). Essa estratégia privilegiou a voz dos participantes e a reconstrução de significados atribuídos às experiências, para além da mera sequência factual (Bellato *et al.*, 2016).

Antes da coleta definitiva, duas entrevistas piloto foram conduzidas para calibrar linguagem, ordem dos tópicos e tempo de aplicação. As entrevistas propriamente ditas tiveram duração aproximada de 60 minutos, ocorreram em salas reservadas nos próprios serviços, foram gravadas em áudio e transcritas integralmente, assegurando a fidelidade ao conteúdo narrado.

A condução observou as fases clássicas da entrevista narrativa (Jovchelovitch; Bauer, 2008): (i) preparação e exploração do campo; (ii) iniciação da narração; (iii) narração central com mínima intervenção; (iv) perguntas de esclarecimento e aprofundamento; e (v) fala conclusiva, em que o participante pôde retomar pontos considerados centrais. Esse arranjo reduziu interferências do pesquisador e favoreceu que emergissem “eventos-gatilho” e interpretações nativas sobre o cuidado.

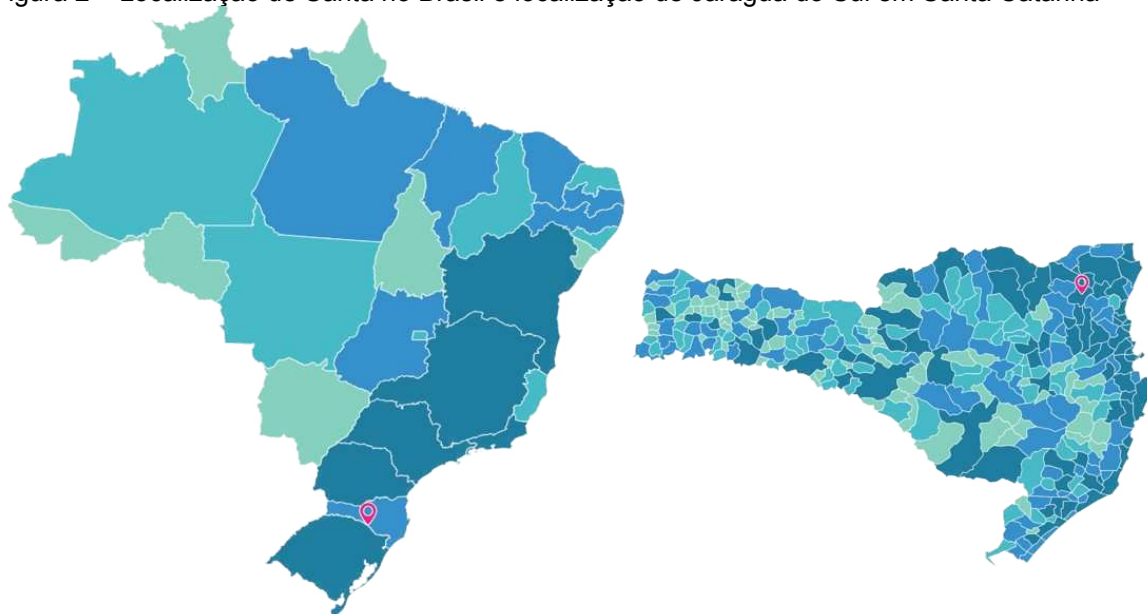
A opção pelas entrevistas narrativas mostrou-se adequada aos objetivos do estudo, pois possibilitou apreender os itinerários terapêuticos como processos vividos, atravessados por racionalidades biomédicas, psicossociais, religiosas e comunitárias. A literatura corrobora essa escolha ao demonstrar que a narrativa evidencia rupturas, continuidades e dimensões morais frequentemente invisíveis em protocolos mais rígidos (Barbosa, 2021; Farias *et al.*, 2024; Gonçalves *et al.*, 2024).

O material resultante subsidiou a reconstrução das trajetórias e a comparação contrastiva entre casos, conforme descrito nos procedimentos de análise.

### 3.3 CAMPO DE PESQUISA

O estudo foi desenvolvido em Jaraguá do Sul, município de médio porte localizado no norte do estado de Santa Catarina, com aproximadamente 182.660 mil habitantes segundo o Censo de 2022 (IBGE, 2022) e reconhecido como polo industrial têxtil e metalmeccânico.

Figura 2 – Localização de Santa no Brasil e localização de Jaraguá do Sul em Santa Catarina



Fonte: IBGE (2022).

A região apresenta forte fluxo migratório, redes comunitárias diversificadas e, ao mesmo tempo, desafios relacionados à desigualdade social e ao uso abusivo de álcool e outras drogas, fatores que justificam sua relevância como campo empírico. Para esta pesquisa, foram contemplados quatro dispositivos de cuidado, escolhidos de forma a abranger distintos modelos de atenção:

- i. o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS ad), serviço comunitário de base territorial que oferece acompanhamento diário e contínuo a pessoas em crise ou em reabilitação psicossocial;

- ii. a Casa de Passagem, voltada ao acolhimento institucional provisório e ininterrupto de pessoas em situação de rua ou desabrigo, muitas vezes em uso ativo de substâncias;
- iii. a Comunidade Terapêutica, instituição privada sem fins lucrativos organizada segundo o modelo de comunidade terapêutica, com permanência média de seis a nove meses;
- iv. o grupo de ajuda mútua Alcoólicos Anônimos (AA), irmandade autônoma fundada em princípios de apoio entre pares e programa dos 12 passos<sup>5</sup>;

A presença simultânea desses contextos permitiu acompanhar itinerários construídos em diferentes pontos da rede e, sobretudo, observar a coexistência e o entrecruzamento de racionalidades biomédica, psicossocial, religiosa e comunitária na conformação das trajetórias de cuidado. A diversidade institucional ampliou a possibilidade de captar tanto experiências de adesão estável quanto percursos marcados por rupturas, recaídas ou ausência de vínculo com serviços formais.

As aproximações ao campo foram realizadas *in loco*, com apoio das equipes de cada dispositivo. As entrevistas ocorreram em salas reservadas nos próprios serviços, em condições de privacidade e segurança, conforme os procedimentos descritos na Seção 3.2.

### 3.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Foram convidados dez participantes, selecionados de forma intencional, nos dispositivos descritos na Seção 3.3 (CAPS ad, Casa de Passagem, Comunidade Terapêutica e Grupo de Ajuda Mútua). A amostra qualitativa, ao contrário da lógica probabilística, não buscou representatividade numérica, mas sim profundidade e diversidade de experiências, permitindo apreender significados e construir categorias analíticas a partir das narrativas dos sujeitos (Bauer; Gaskell; Allum, 2008).

<sup>5</sup> A lista com os 12 passos dos Alcoólicos Anônimos e os 12 passos da sobriedade podem ser consultadas no “Anexo A” e no “Anexo B” desta dissertação.

### **3.4.1 Critérios de inclusão**

Para a seleção dos participantes foram definidos critérios específicos: ter 40 anos ou mais, possuir histórico de uso de álcool e/ou outras drogas e ter buscado cuidado em pelo menos um dos dispositivos de atenção nos últimos cinco anos. O recorte etário fundamentou-se na premissa de que sujeitos acima dos 40 anos apresentariam maior probabilidade de terem percorrido múltiplos itinerários terapêuticos ao longo de sua vida, o que possibilitou análises mais consistentes das trajetórias, incluindo diferentes momentos de iniciação, recaída, interrupção e retomada de cuidados (Barbosa; Engstrom, 2023; Faria *et al.*, 2024). Além disso, esse grupo etário tende a conjugar experiências acumuladas de sofrimento, estratégias de enfrentamento e interações com diferentes modelos de cuidado, oferecendo material mais rico para a análise qualitativa.

### **3.4.2 Critério de exclusão**

Foi excluída da pesquisa qualquer pessoa que estivesse sob efeito de substâncias psicoativas no momento da entrevista, de modo a preservar a integridade do relato, garantir a compreensão adequada do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e assegurar condições éticas e metodológicas adequadas à coleta de dados (Brasil, 2016).

## **3.5 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS**

Com o objetivo de reconstruir os itinerários terapêuticos a partir da perspectiva dos próprios sujeitos, a análise do material empírico foi sistematizada da seguinte forma:

- Transcrição das entrevistas[6];
- Leitura sistemática, privilegiando o conteúdo verbal como base de interpretação;
- Análise formal do texto a fim de identificar o que está implícito nas falas dos participantes;
- Identificação de momentos de ruptura, transformações e entrelaçamentos de eventos biográficos[7]

- Análise de conteúdo (cf. Bardin, 2016), buscando identificar no relato dos participantes as categorias analíticas pré-estabelecidas na Seção 2.8;
- Análise e descrição individual do perfil e identificação dos itinerários terapêuticos de cada sujeito participante da pesquisa;
- Análise contrastiva dos relatos, cotejando casos semelhantes e distintos, com vistas a identificar padrões recorrentes e singularidades.
- [6] Os conteúdos das entrevistas foram transcritos de forma fidedigna por meio do aplicativo Transkriptor.
- [7] A partir desse procedimento, foi possível reconstruir as trajetórias, relacionando diferentes episódios e ciclos de vida de modo a compor uma visão processual dos itinerários terapêuticos.

Todo esse percurso metodológico de análise permitiu integrar os relatos individuais em uma compreensão ampliada, que considerou simultaneamente as dimensões subjetivas, sociais e institucionais dos itinerários terapêuticos, respeitando tanto a linearidade factual quanto às interpretações subjetivas de cada participante.

### 3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo respeitou integralmente os princípios éticos estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), observando tanto a Resolução nº 466/2012, que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos em geral, quanto a Resolução nº 510/2016, específica para investigações nas Ciências Humanas e Sociais. Essa dupla referência se justifica pelo caráter qualitativo da pesquisa, fundamentada em entrevistas narrativas, e pela inserção do estudo no campo da saúde mental e da saúde coletiva, áreas de interface entre as ciências da saúde e as ciências sociais aplicadas.

Todos os participantes foram previamente informados sobre os objetivos, procedimentos, potenciais riscos e benefícios da pesquisa. A participação foi voluntária e formalizada mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), redigido em linguagem clara e acessível. Foi garantido o direito

de recusa inicial ou de desistência a qualquer momento, sem prejuízo ou penalidade.

A confidencialidade dos dados foi assegurada por meio da atribuição de pseudônimos aos entrevistados, preservando sua identidade nas transcrições e na divulgação dos resultados. As informações coletadas foram utilizadas exclusivamente para fins acadêmicos e mantidas sob guarda segura pela pesquisadora responsável.

## **4 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS**

Este capítulo organiza a etapa empírica da pesquisa em três movimentos articulados. Em primeiro lugar, apresenta-se a reconstrução narrativa dos itinerários terapêuticos dos entrevistados, com descrições que contemplam elementos biográficos, contextos de uso de substâncias e percursos de cuidado. Essa apresentação busca preservar a singularidade das trajetórias, situando os sujeitos em suas redes familiares, comunitárias e institucionais.

Na sequência, procede-se à análise dos casos por meio de quadros analíticos individuais e de um quadro comparativo geral. Essa sistematização permite identificar dimensões centrais como: reconhecimento do adoecimento, estratégias iniciais, dispositivos formais e informais, movimentos e rupturas, racionalidades de cuidado, recursos e barreiras, significados atribuídos e, a partir delas, construir uma leitura transversal que evidencia tanto convergências quanto contrastes entre os itinerários.

Por fim, a discussão dos resultados, desenvolvida na subseção 4.4 e nas considerações finais, articula os resultados empíricos com os referenciais teóricos da saúde coletiva e das políticas públicas de saúde mental. Esse movimento evidencia padrões recorrentes, singularidades e tensões dos itinerários, respondendo à pergunta de pesquisa e demonstrando como os percursos de adoecimento e cuidado são configurados por múltiplas racionalidades, experiências subjetivas e condições sociais. A seguir, inicia-se a Seção 4.1, com os perfis dos entrevistados, que fundamentam a análise e a discussão subsequentes.

### **4.1 PERFIL DOS ENTREVISTADOS**

Este estudo foi desenvolvido no município de Jaraguá do Sul, situado no norte de Santa Catarina, e contemplou diferentes dispositivos de cuidado voltados ao uso de álcool e outras drogas, de modo a apreender a diversidade dos itinerários terapêuticos percorridos pelos sujeitos. Compuseram o campo empírico: o CAPS AD, serviço aberto e comunitário de atenção diária; a Casa de Passagem, equipamento de acolhimento institucional provisório e ininterrupto voltado a pessoas em situação de rua ou desabrigo; a Comunidade Terapêutica, instituição privada sem fins lucrativos organizada no modelo de comunidade terapêutica; e o grupo de

ajuda mútua Alcoólicos Anônimos (AA). A presença desses contextos permitiu mapear trajetórias distintas e observar a coexistência de múltiplas racionalidades de cuidado (biomédica, psicossocial, religiosa e comunitária) que se entrecruzam na conformação dos itinerários.

A amostragem foi intencional, com dez participantes, privilegiando profundidade e diversidade de experiências, e não representatividade estatística (Minayo, 2017; Bauer; Gaskell; Allum, 2008). Os critérios de inclusão foram: ter 40 anos ou mais, possuir histórico de uso de álcool e/ou outras drogas e ter buscado cuidado em pelo menos um dispositivo nos últimos cinco anos. O recorte etário visou ampliar a probabilidade de trajetórias longas, com diferentes momentos de iniciação, recaída, interrupção e retomada de cuidados, favorecendo análises mais consistentes (Barbosa; Engstrom, 2023; Faria *et al.*, 2024). Como critério de exclusão, não foram entrevistadas pessoas sob efeito de substâncias no momento da coleta, resguardando a compreensão do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e as condições éticas e metodológicas da pesquisa (Brasil, 2016).

Os participantes foram convidados *in loco*, com apoio das equipes de cada dispositivo. As entrevistas narrativas ocorreram em salas reservadas, tiveram gravação em áudio, foram transcritas na íntegra e anonimizadas mediante uso de pseudônimos. A construção dos perfis seguiu três passos: (1) reconstrução narrativa de cada trajetória (do início do uso às experiências de cuidado); (2) sistematização de elementos centrais (marcos biográficos, padrões de uso, redes de apoio, rupturas e continuidades); e (3) articulação analítica com as categorias do estudo (padrões de uso, racionalidades de cuidado, dispositivos acionados, percepções e sentidos atribuídos ao cuidado). O procedimento combinou leitura flutuante, codificação aberta e organização em eixos analíticos, permitindo identificar convergências e singularidades entre casos.

Os dez perfis apresentados a seguir sintetizam, em linguagem acadêmica e descritiva, aspectos sociobiográficos (origem, idade, arranjos familiares, inserção laboral), os padrões de uso (iniciação, escalada, recaídas, períodos de abstinência), os dispositivos acionados (atenção básica e especializada, CAPS AD, comunidades terapêuticas, AA, serviços privados), as percepções de cuidado (acolhimento, barreiras, coerção, espiritualidade, redes de apoio) e os projetos de futuro (trabalho, autonomia, recomposição de vínculos). Cada perfil busca preservar a voz do participante e, ao mesmo tempo, situá-la nas racionalidades de atenção que

conformam seus itinerários: biomédica (medicação, internação, diagnóstico), psicossocial (grupos, vínculos, cotidiano), religiosa (espiritualidade, doze passos da sobriedade) e comunitária (família, pares, redes locais).

A apresentação caso a caso pretende tornar inteligíveis os modos pelos quais sujeitos concretos navegam por dispositivos e regimes de cuidado, negociam sentidos para o uso e para o tratamento e (re)constroem seus percursos diante de condições materiais, estigma e apoio social. Assim, os perfis funcionam como unidades narrativas que alimentam, adiante, a análise comparativa do capítulo, evidenciando padrões recorrentes e pontos de inflexão dos itinerários terapêuticos no município estudado.

#### **4.1.1 Perfil de Formiga**

Formiga, é natural do Paraná e no momento da entrevista tinha 46 anos e residia em Jaraguá do Sul. Ao longo da vida, circulou por diferentes localidades, entre elas Mato Grosso e Paraná, retornando à cidade atual após o falecimento da mãe. Sua trajetória profissional e identitária está fortemente vinculada à música: é guitarrista e vocalista, tendo integrado diversas bandas locais, contexto no qual o consumo de álcool se associou de maneira recorrente às práticas de socialização e às apresentações em bares, iniciado ainda na adolescência, por volta dos 16 a 17 anos.

O episódio da morte do irmão em um acidente elétrico intensificou esse consumo, embora em determinados períodos, especialmente quando estava em atividade musical mais intensa e exigia maior disciplina, tenha conseguido reduzir ou suspender o uso. Com o encerramento da carreira e, posteriormente, com a pandemia, perdeu um espaço central de convívio e lazer, o que resultou no aumento significativo da ingestão de álcool, chegando a consumir até dois litros de cachaça por dia. Atualmente, afirma estar em processo de redução, apoiado no uso de medicamentos e no acompanhamento médico. Não apresenta histórico de uso de outras drogas, apenas de álcool. Relata, entretanto, crises epiléticas relacionadas à interrupção abrupta da bebida, razão pela qual recebeu orientação clínica para realizar o desmame gradualmente.

Sua trajetória laboral foi marcada por atividades na construção civil, mas encontra-se afastado devido às crises epiléticas. Reside no porão da casa da irmã,

em meio a conflitos familiares em torno da herança materna, e mantém vínculo afetivo próximo com o filho de 18 anos, que vive em Campo Grande. Quanto aos itinerários de cuidado, buscou tratamento em dois momentos distintos: uma internação hospitalar para desintoxicação, ocorrida antes da pandemia, e, mais recentemente, o acompanhamento no Caps ad, indicado por familiares. Avalia de forma positiva a experiência no serviço comunitário, afirmando que “*sai de lá com outra mente*”. Além disso, frequenta a unidade de saúde para cuidados odontológicos e para a obtenção da medicação prescrita.

Apesar das dificuldades atuais, Formiga manifesta forte desejo de reorganizar sua vida e retomar os vínculos com a música, seja por meio da formação de uma nova banda ou pela atuação como técnico de som. Esse projeto é percebido por ele como uma motivação central para controlar o consumo de álcool e reconstruir seus projetos de futuro.

#### **4.1.2 Perfil de Zequinha**

À época da entrevista, Zequinha, 54 anos, residia em Jaraguá do Sul há 14 anos, após migrar do Mato Grosso. Seu contato com o álcool iniciou na juventude, por volta dos 17 anos, em situações de lazer com primos e amigos, especialmente em pescarias e jogos de bolão. O consumo, inicialmente restrito ao caráter recreativo, foi gradualmente se intensificando até alcançar níveis problemáticos.

Ao longo da vida, teve três relacionamentos conjugais, sendo o último marcado por doze anos de convivência. A relação, entretanto, terminou em separação, atribuída ao uso do álcool e à percepção da ex-esposa de que a bebida era priorizada em detrimento da família. Zequinha é pai de três filhos, dois adultos e um de seis anos, mas relata vínculos fragilizados e rupturas afetivas diretamente relacionadas ao uso do álcool.

O agravamento do consumo trouxe sérios prejuízos à saúde, incluindo perda de peso e crises de desorientação mental. Sua primeira busca por tratamento ocorreu em uma clínica vinculada a um pastor, onde foi impedido de utilizar a medicação psiquiátrica que já fazia parte do seu tratamento e submetido a práticas coercitivas, como a administração forçada de “sossega leão” e a imposição de orações em substituição ao acompanhamento médico. Considera essa experiência traumática, tendo solicitado à mãe que o retirasse do local. Posteriormente, foi

encaminhado para a uma clínica em Blumenau, onde permaneceu por quatro meses em 2015. Nesse espaço, participou de atividades laborais, leituras bíblicas, cultos e acompanhamento de enfermagem para uso de medicação. Avalia essa experiência de forma positiva, destacando que, após a internação, conseguiu manter-se em abstinência por quase cinco anos. Contudo, enfrentou recaídas, retornando à mesma instituição em 2018 e 2021, em períodos que chegaram a seis meses de duração.

Desde 2012, Zequinha também mantém vínculo com o Caps ad, onde participa de grupos terapêuticos duas vezes por semana. Sua avaliação do serviço é positiva, sobretudo pela possibilidade de acesso a medicamentos ajustados conforme suas necessidades, pelo ambiente de acolhimento e pela disponibilidade de buscar apoio em momentos de crise.

Atualmente, encontra-se em abstinência, mas enfrenta problemas de saúde diversos, como complicações respiratórias, dores no joelho, colesterol elevado e hepatite, exigindo o uso contínuo de medicamentos. Relata frustração diante da negativa de benefício previdenciário pelo INSS, o que o mantém financeiramente dependente da mãe. Em relação ao futuro, expressa o desejo de recuperar sua autonomia, seja por meio da reinserção laboral ou pela conquista da aposentadoria, vislumbrando uma vida mais estável e menos marcada pela dependência.

#### **4.1.3 Perfil de Rosa do Deserto**

Rosa do Deserto nasceu em 1970, em Rio do Sul, e contou que vivia há mais de três décadas em Jaraguá do Sul. No momento da entrevista, aos 52 anos, encontrava-se separada há sete, após um casamento que durou 28 anos e do qual resultaram duas filhas adultas e dois netos. Sua trajetória profissional está vinculada à costura: trabalhou por mais de vinte anos em indústrias têxteis locais e, atualmente, sobrevive de trabalhos esporádicos realizados em domicílio, complementados por auxílios sociais. Enfrenta, assim, instabilidade laboral e dificuldades financeiras que atravessam sua experiência cotidiana.

O início do consumo de álcool ocorreu relativamente tarde, aos 27 anos, em um contexto de tensões conjugais marcadas por ciúmes e episódios recorrentes de violência verbal. O uso, inicialmente restrito a cerveja, caipirinha e vinho, acontecia sobretudo no ambiente doméstico, sendo justificado pela entrevistada como recurso

para aliviar o estresse, atenuar os efeitos das brigas familiares e facilitar o sono. Com o passar do tempo, o padrão de consumo se agravou, dando lugar a períodos de ingestão intensa, acompanhados de perda de apetite, tremores, crises de choro e longos episódios de insônia.

Os impactos do uso foram significativos tanto no âmbito familiar quanto na saúde. Rosa do Deserto relata desgaste nas relações com as filhas e episódios graves de adoecimento, entre os quais um traumatismo craniano resultante de queda, que levou a um coágulo cerebral e à necessidade de cirurgia. Também menciona problemas de memória, fraqueza física e dificuldades para realizar tarefas cotidianas, aspectos que reforçam a gravidade das consequências do consumo.

No percurso em busca de tratamento, passou por pelo menos duas comunidades terapêuticas, cujos nomes e ordem das internações não consegue precisar. Descreve esses espaços como fechados e pouco acolhedores, comparáveis a hospitais, ainda que com variações quanto ao grau de liberdade oferecido. Nessas instituições, participou de atividades de grupo, tarefas domésticas e oficinas de cuidado pessoal, mas avalia que tais experiências não favoreceram mudanças consistentes em sua trajetória de uso.

O contato com o Caps ad ocorreu em dois momentos distintos. Na primeira inserção, não conseguiu se adaptar, em parte por ser uma das poucas mulheres usuárias, o que acentuava a sensação de isolamento. A segunda tentativa ocorreu mais recentemente, após encaminhamento médico decorrente de agravamento do estado de saúde. Dessa vez, avalia de forma mais positiva, reconhecendo que o serviço tem contribuído para reduzir recaídas e ampliar sua percepção de acolhimento. Apesar disso, Rosa ainda enfrenta dificuldades relacionadas à autoestima, ao estigma social e, sobretudo, à pressão de normas de gênero, sintetizada em sua percepção de que *“para a mulher é mais feio beber do que para o homem”*. Essa dimensão atravessa sua narrativa e evidencia tanto o peso de representações sociais quanto os efeitos subjetivos do estigma.

Seus projetos de futuro estão voltados para a retomada da autonomia financeira, especialmente por meio da costura, e para a reconstrução das relações familiares. Reconhece, entretanto, os limites impostos pela dependência de recursos escassos e pela necessidade de manter vigilância contínua sobre o consumo de álcool. Ainda assim, demonstra disposição para reorganizar sua vida e identifica o CAPS ad como um espaço de suporte fundamental para sustentar esse propósito.

#### 4.1.4 Perfil de Paulista

Paulista, à época da entrevista com 42 anos, contou que iniciou o uso de substâncias ainda na adolescência, aos 14 anos, em um contexto marcado pela curiosidade e pela socialização entre pares. Os primeiros consumos envolveram álcool e maconha de forma esporádica, mas, aos 25 anos, entrou em contato com o crack, substância que se tornaria central em sua trajetória de dependência. Aos 29 anos, diante do agravamento do consumo e de suas consequências físicas e sociais, buscou tratamento por iniciativa própria, após se perceber “*um monstro*”. Buscou pela primeira vez tratamento em uma clínica localizada no litoral catarinense, onde permaneceu por seis meses. Apesar de relatar que aprendeu noções de manutenção da abstinência, reconhece que não se sentia preparado para viver sem drogas, recaindo pouco tempo após a alta.

Na sequência, foi internado em uma Comunidade Terapêutica, instituição de orientação católica que oferecia acompanhamento psicológico e reuniões de prevenção à recaída. Embora avalie positivamente a experiência no local, sua permanência em sobriedade foi breve, restrita a apenas um mês. A busca por cuidado continuou em Jaraguá do Sul e, em 2017, resultou em sua inserção em outra Comunidade Terapêutica. Diferentemente das experiências anteriores, Paulista afirma ter encontrado nesse espaço o suporte espiritual que necessitava, associando sua reabilitação à religiosidade e ao programa dos 12 passos da sobriedade<sup>6</sup>. Esse processo possibilitou seis anos de abstinência, período no qual reconstruiu sua vida, retomou vínculos familiares, constituiu nova união conjugal, adquiriu bens materiais e engajou-se como agente da Pastoral da Sobriedade e em grupos de apoio como os Filhos de Deus.

O ano de 2023, entretanto, marcou uma ruptura nesse processo com a morte de seu filho de 28 anos, também usuário de substâncias psicoativas. O episódio representou um gatilho para a recaída, seguido por isolamento social, sintomas depressivos e retomada do uso de álcool, que logo desencadeou novamente o consumo de cocaína e crack. Reconhecendo a gravidade da situação, buscou apoio e retornou à mesma Comunidade Terapêutica que buscou em 2017, onde se encontrava em tratamento no momento da entrevista.

6 Os 12 passos da sobriedade estão disponíveis no “Anexo B” desta dissertação.

Paulista identifica a espiritualidade e a religiosidade como pilares de sua reabilitação, atribuindo “50% do tratamento” à busca de Deus. Ao mesmo tempo, reconhece que a eficácia dos espaços terapêuticos está condicionada ao engajamento individual, considerando-se responsável tanto por seus avanços quanto pelas recaídas. Destaca que suas falhas estiveram associadas à interrupção da “*manutenção da recuperação*”, em especial à suspensão da participação em grupos e encontros de apoio.

Seus projetos de futuro estão vinculados à reinserção produtiva e à atuação na área do uso problemático de álcool e outras drogas. Pretende realizar estágio e formação profissional como monitor em comunidades terapêuticas e, posteriormente, ingressar em um curso superior em processos gerenciais. Entre suas metas pessoais, destaca a conquista de estabilidade financeira para garantir cuidados à mãe idosa e à filha adolescente, entendendo que sua reabilitação passa também pela capacidade de assumir responsabilidades familiares e profissionais.

#### **4.1.5 Perfil de Joinville**

No momento da entrevista, Joinville, 43 anos, se encontrava em processo de reinserção social, após cinco meses de tratamento em comunidade terapêutica. Sua trajetória de uso de substâncias iniciou-se na adolescência, entre os 15 e 17 anos, com o consumo de maconha, posteriormente ampliado para álcool e cocaína. Desde cedo, esteve exposto ao contexto do tráfico de drogas em seu bairro de origem, chegando a comercializar substâncias como forma de obter renda e sustentar o próprio consumo.

Ao longo da juventude e vida adulta, alternou períodos de envolvimento intenso com o uso e o comércio de drogas com tentativas de inserção no mercado de trabalho, sobretudo em empresas e na construção civil. A introdução do crack, no início dos anos 2000, representou um marco de intensificação da compulsividade, acelerando perdas materiais, o enfraquecimento de vínculos sociais e a deterioração de sua credibilidade.

A relação familiar, embora permeada por afastamentos, constitui um eixo fundamental de apoio. A mãe é descrita como figura central de cuidado e motivação, tendo atuado em momentos decisivos, inclusive na busca por tratamentos. Além dela, irmãs e sobrinhas, que alcançaram trajetórias de sucesso acadêmico e

profissional, representam tanto fonte de orgulho quanto de frustração, ao evidenciar o contraste entre suas escolhas e as oportunidades desperdiçadas.

O entrevistado cumpriu pena por tráfico de drogas, totalizando um ano e oito meses de reclusão. Durante esse período, foi vítima de episódios de violência que resultaram em hospitalização prolongada e que deixaram sequelas físicas permanentes, como a necessidade de traqueostomia.

Em relação ao cuidado, Joinville esteve em duas instituições. A primeira experiência ocorreu no início dos anos 2000, em uma comunidade terapêutica, onde permaneceu seis meses. O espaço possuía forte ênfase no trabalho rural e em atividades laborais, mas oferecia pouco suporte psicossocial. Relata que, ao receber alta, recaiu no mesmo dia, o que evidenciou fragilidades do processo de adesão. Anos mais tarde, ingressou na atual comunidade terapêutica, onde reconhece maior estrutura organizacional, oferta de acompanhamento psicológico, assistência social e atividades voltadas à reinserção social, avaliando positivamente o acolhimento e as possibilidades de mudança de perspectiva.

Projeta seu futuro em torno da reorganização da vida material e afetiva. Entre seus objetivos estão conquistar estabilidade financeira, retomar o trabalho, reformar a casa da mãe, obter autonomia por meio de realizações práticas, como a conquista da carteira de motorista, e constituir uma família. Reconhece, contudo, que a manutenção da sobriedade depende de esforço contínuo, disciplina e compromisso pessoal, articulados ao suporte comunitário e familiar.

#### **4.1.6 Perfil de Preto Véio**

Preto Véio nasceu em 1962, na cidade de São Paulo e, à época da entrevista, tinha 61 anos. Solteiro e sem filhos, exerceu atividades profissionais como segurança e jardineiro ao longo de sua vida. Sua trajetória de uso de substâncias é marcada por um início considerado tardio, por volta dos 50 anos, em um contexto de depressão, quando passou a consumir bebidas alcoólicas, como cerveja e cachaça, além de maconha.

O consumo esteve associado a períodos de instabilidade emocional e social, incluindo situações de rua. O entrevistado afirma que, antes desse período, não fazia uso abusivo de substâncias, mas que a combinação entre depressão e problemas pessoais funcionou como gatilho para a busca de alívio no álcool e na

maconha. A experiência, inicialmente vista como estratégia para amenizar o sofrimento, evoluiu para um padrão problemático, com repercussões em sua saúde física e emocional.

O percurso terapêutico incluiu passagens por diferentes clínicas de reabilitação localizadas em diversas cidades de Santa Catarina e São Paulo, nas quais permaneceu por períodos que variaram de seis a nove meses. Avalia essas experiências de forma positiva, sobretudo pela dimensão espiritual nelas presente, destacando que a fé cristã foi decisiva para reconstruir sentidos de vida e fortalecer recursos subjetivos para o enfrentamento das dificuldades.

Em sua narrativa, enfatiza que a dependência deve ser compreendida como “*luta espiritual*”, marcada por disputas simbólicas entre forças do bem e do mal. Relata que o aprendizado religioso foi central para afastá-lo de pensamentos suicidas e para sustentar sua permanência nos processos de tratamento. Além disso, aponta a relevância das atividades ocupacionais desenvolvidas nas clínicas, consideradas formas de disciplina e prevenção de recaídas.

No momento da entrevista, encontrava-se em Jaraguá do Sul, acolhido em uma casa de passagem. Mantém-se financeiramente ativo por meio da venda de mercadorias em feiras e eventos, especialmente capas de chuva, e projeta conquistar autonomia material com essa atividade. Entre seus objetivos de futuro, destaca o desejo de estabelecer moradia estável, aprofundar sua conversão religiosa, deixando de ser apenas “*ouvinte*” para tornar-se “*praticante*” da fé, e manter a sobriedade como parte de um processo mais amplo de mudança integral de vida.

#### **4.1.7 Perfil de Goiano**

Goiano nasceu em 1975, em Goiás, e tinha 48 anos no momento da entrevista. Solteiro e sem filhos, exerce atividades como trabalhador rural, atuando sazonalmente em colheitas de cebola, em Santa Catarina, e de batata, no Paraná, além de desempenhar funções eventuais na construção civil como ajudante de obras. Embora mantenha residência em Goiás, onde vivem sua mãe e irmãos, passa longos períodos fora do estado, circulando entre diferentes regiões em busca de trabalho, em um cotidiano marcado pela mobilidade laboral e pela instabilidade financeira.

O início do consumo de álcool ocorreu ainda na juventude, quando começou a beber cachaça em contextos de socialização. Ao longo do tempo, o padrão de uso esteve associado a episódios de embriaguez e trouxe repercussões significativas em sua vida pessoal, especialmente no campo afetivo. Relata que o consumo foi um dos fatores determinantes para o término de uma relação conjugal de 22 anos, marcada por discussões e comportamentos associados à bebida. Apesar disso, enfatiza nunca ter recorrido a drogas ilícitas nem se envolvido em situações criminais, sublinhando sua trajetória como alguém que sempre trabalhou e sustentou a si mesmo por meio de sua força de trabalho.

Goiano afirma não ter buscado tratamento formal para lidar com o consumo de álcool, nunca tendo sido internado ou frequentado serviços especializados, como os CAPS. Reconhece, no entanto, que a bebida trouxe perdas importantes e considera que sua superação depende de esforço individual. Seu padrão de uso se intensifica sobretudo ao final das safras, quando dispõe de mais dinheiro e tempo livre, mas destaca que evita o consumo durante o trabalho. Ressalta ainda sua preferência exclusiva pela cachaça, recusando o uso de cerveja e outras bebidas alcoólicas.

Em relação ao futuro, projeta como meta “*levantar na vida*”, reconhecendo as oportunidades já desperdiçadas e a necessidade de “*ter vergonha na cara*” para modificar sua postura. Identifica em Santa Catarina, durante a safra da cebola, o espaço mais propício para alcançar maior estabilidade financeira. Embora mantenha vínculos familiares em Goiás, afirma que os contatos são esporádicos e realizados por telefone, sem a presença de conflitos significativos. Enfatiza, contudo, que é reconhecido em sua comunidade como trabalhador honesto e independente, qualidades que busca preservar em meio às dificuldades enfrentadas.

#### 4.1.8 Perfil de Tino

Tino nasceu em 1954 em uma cidade do interior de Santa Catarina, onde sempre residiu. Durante a entrevista, aos 69 anos, encontra-se aposentado, após uma vida laboral diversificada que incluiu experiências como trabalhador industrial, pedreiro, motorista e empregado em diferentes setores. É viúvo, pai de dois filhos adultos e avô de uma neta, com quem mantém convivência próxima. Atualmente mora sozinho, em residência próxima à filha, e descreve-se como autônomo, organizando suas rotinas de forma independente.

Seu contato com o álcool ocorreu de maneira precoce: aos sete anos, ingeriu bitter produzido por um tio e vivenciou a primeira embriaguez. Após um intervalo de abstinência até os 18 anos, retomou o consumo em contextos de socialização ligados ao futebol e a festas locais. Nesse período, desenvolveu o hábito de ingerir misturas alcoólicas como “*cuba*”, com aumento gradual da frequência e da quantidade consumida. Aos 28 anos, após o casamento, o padrão de uso intensificou-se, caracterizando-se pela ingestão diária de bebidas fortes, como vodka, conhaque e cachaça, em diferentes momentos do dia.

O consumo excessivo trouxe consequências severas, incluindo a ruptura de vínculos laborais, episódios de intoxicação grave e necessidade de hospitalização. Em 1998, diante do agravamento do quadro, foi internado em uma Clínica próxima à Florianópolis, onde permaneceu 28 dias. Nesse período, recebeu acompanhamento médico e psicológico, além de participar de palestras e atividades terapêuticas. Avalia positivamente a experiência, reconhecendo que o tratamento foi decisivo para interromper o ciclo de uso.

Após a alta, em 2000, iniciou sua participação no AA, grupo que frequenta até hoje. Considera o espaço essencial para a manutenção da abstinência, destacando o apoio encontrado, o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento e a construção de novos vínculos sociais. A participação da atual esposa em encontros do Al-Anon, voltados a familiares, também contribuiu para o fortalecimento da rede de apoio e para o processo de reabilitação.

Em sua narrativa, enfatiza a dificuldade de abandonar o álcool de forma solitária, relatando que recaídas eram inevitáveis sempre que tentava interromper o consumo sem suporte. Afirma que “*o álcool é terrível*” e que apenas a combinação entre internação hospitalar e acompanhamento comunitário possibilitou a

reconstrução de sua vida. Desde então, mantém-se abstinente, retomou vínculos familiares e voltou ao trabalho até a aposentadoria, o que considera uma conquista significativa.

Afirma sentir-se satisfeito com sua trajetória, valorizando sobretudo a recuperação da saúde e a manutenção da sobriedade. Define seus projetos de futuro de maneira simples, centrados em preservar sua autonomia, conviver com a família e manter o equilíbrio conquistado. Ressalta que, em sua idade, não busca novos investimentos ou empreendimentos materiais, mas sim estabilidade e qualidade de vida.

#### **4.1.9 Perfil de Gaúcho**

O participante identificado como Gaúcho nasceu em 1976, em uma cidade do interior do Rio Grande do Sul e foi criado em outra cidade, também no Rio Grande do Sul, após a adoção. No ato da entrevista, com 47 anos, residia em Jaraguá do Sul há treze anos. Solteiro e sem filhos, exerceu a profissão de cozinheiro, mas encontra-se atualmente afastado do mercado de trabalho em razão de problemas de saúde mental e do uso de substâncias psicoativas.

Sua trajetória é marcada por experiências precoces de rejeição e conflitos familiares associados à adoção, que, segundo seu relato, contribuíram para o desenvolvimento de quadros de depressão, ansiedade, fobia social e sentimentos persistentes de inferioridade. O primeiro contato com drogas ocorreu por volta dos 14 anos, com o uso de maconha, seguido da introdução da cocaína na juventude e, mais tarde, do crack, em torno dos 26 anos. Esta última substância consolidou-se como a de preferência, associada a episódios de paranoia, medo e pânico, que o próprio participante descreve como um “*vício em medo*”.

As consequências do uso prolongado incluem o diagnóstico de esquizofrenia, tentativas de suicídio e o comprometimento severo da vida social. Gaúcho resume sua trajetória como “*30 anos trancado em um quarto*”, expressão que traduz o isolamento e a exclusão social decorrentes tanto da droga quanto dos efeitos de sua condição de saúde mental.

Seu itinerário terapêutico é extenso, marcado por cerca de trinta internações em diferentes instituições, entre comunidades terapêuticas (evangélicas, católicas e laicas) e hospitais psiquiátricos situados no Rio Grande do Sul, em Santa Catarina e

no Paraná. Em algumas dessas instituições chegou a desempenhar a função de monitor, mas avalia, de modo geral, que as experiências foram insuficientes para sustentar abstinência de longo prazo, resultando em recorrentes recaídas. Sua percepção crítica aponta que muitas comunidades funcionam mais como dispositivos de contenção social e de arrecadação financeira do que como espaços efetivos de cuidado. Ainda assim, ressalta que a espiritualidade constitui, em sua experiência, o aspecto mais relevante para o enfrentamento da dependência. No momento da entrevista estava alojado em uma casa de passagem.

Atualmente, está vinculado ao CAPS ad, serviço que frequenta de modo intermitente e em relação ao qual manifesta avaliações ambivalentes. Por um lado, reconhece avanços; por outro, critica a descontinuidade das atividades e relata episódios em que se sentiu desassistido, mencionando falta de acolhimento em momentos de maior vulnerabilidade.

Sua vida presente é atravessada por sintomas de depressão, ansiedade, bipolaridade e fobia social, fatores que dificultam sua reinserção social e laboral. Conta com o apoio de uma ex-companheira, com quem mantém vínculo de amizade e companhia, mas restringe suas expectativas de futuro ao desejo de dispor de um espaço próprio para viver de forma isolada, com uma renda mínima que garanta alimentação e despesas básicas.

#### **4.1.10 Perfil de Pará**

Pará, 47 anos, é natural do estado do Pará e iniciou o uso de substâncias na adolescência, por volta dos 15 anos, em um contexto familiar marcado pelo alcoolismo paterno. Seu primeiro contato ocorreu com o tabaco e, em seguida, com o álcool, cujo consumo se consolidou ao longo da juventude. Casou-se e teve dois filhos, à época da entrevista com 24 e 22 anos, mas a relação conjugal terminou em decorrência do agravamento do uso de álcool, associado a episódios de agressividade e perda de controle.

Ao longo de aproximadamente 25 anos, manteve um padrão caracterizado por alternância entre dias de consumo intenso e curtos intervalos de abstinência. Em 2005, por iniciativa de uma irmã religiosa, foi internado na em uma clínica em Bragança, onde permaneceu seis meses. Nesse período, conseguiu abandonar o tabagismo, mas não manteve abstinência em relação ao álcool após a alta.

Posteriormente, sua trajetória passou a incluir o crack, cujo primeiro contato ocorreu em Brasília. Em companhia de usuários, descobriu que a substância atenuava os efeitos da embriaguez, o que levou rapidamente à intensificação do uso. O crack assumiu centralidade em sua vida, produzindo deterioração física (expressa na perda de peso e desgaste corporal), além de mentiras dirigidas à família, prejuízos financeiros e instabilidade laboral. Apesar de possuir formação profissional como açougueiro e experiência como caminhoneiro, seu percurso ocupacional foi marcado por sucessivos desligamentos relacionados ao consumo.

Pará relata múltiplas passagens por comunidades terapêuticas e clínicas em Goiás, muitas delas de caráter coercitivo, onde afirma ter sido submetido a humilhações, castigos físicos e uso de contenção forçada. Avalia que, nesses espaços, pouco se avançava em termos de cuidado, prevalecendo a disciplina rígida e a repressão. Em contrapartida, reconhece aspectos positivos ligados à espiritualidade e às atividades de convivência, que contribuíram parcialmente para processos de reflexão.

Atualmente encontra-se em tratamento em uma casa de reabilitação em Santa Catarina. Diferentemente das experiências anteriores, afirma ter buscado voluntariamente esse espaço, declarando ter “*pedido arrego*” diante da percepção de que não conseguiria manter-se sóbrio por conta própria. Relata estar engajado no programa dos 12 passos e projeta permanecer pelos seis meses previstos de tratamento.

No âmbito familiar, mantém relação próxima com o filho caçula, de 14 anos, a quem atribui motivação central em seu processo de reabilitação. Os filhos mais velhos, de relações anteriores, vivem de forma independente, e o contato com eles é esporádico. Pará expressa ressentimento em relação a julgamentos recebidos pelos familiares, sobretudo após a morte da mãe, quando ouviu acusações de que teria contribuído para o sofrimento dela em virtude de sua trajetória.

Entre seus projetos de futuro, destaca a intenção de adquirir uma motocicleta e trabalhar como motoboy em parceria com a esposa atual, além de retomar funções no setor de açougue. Reafirma o compromisso em manter o pagamento da pensão ao filho mais novo e em participar mais ativamente de sua vida. Reconhece, contudo, que o crack permanece como a substância de maior impacto em sua trajetória, representando a principal ameaça à manutenção de sua sobriedade.

#### 4.2 ANÁLISE DE PERFIL DOS ENTREVISTADOS

A análise dos perfis indica que os itinerários terapêuticos dos participantes não se configuram como trajetórias previsíveis, mas como percursos marcados por idas e vindas, pausas prolongadas, recaídas e períodos de abstinência, em sintonia com o que a literatura reconhece como dinâmicas próprias do cuidado em saúde e da experiência com substâncias psicoativas (Alves; Souza, 1999; Barbosa, 2021; Moraes; Zambenedetti, 2021; Faria *et al.*, 2024). Eventos de ruptura, como o luto pela morte de familiares próximos, aparecem como gatilhos centrais para a intensificação do uso, como é o caso da perda do irmão para Formiga ou do filho para Paulista, funcionando como marcos reorganizadores dos percursos. Também coexistem histórias de iniciação tardia, como a de Preto Véio, cujo consumo começou apenas após os 50 anos, e de progressões precoces, como a de Gaúcho e Joinville, que transitaram rapidamente de usos recreativos para padrões compulsivos. Esse mosaico confirma que não há um “curso típico”, mas trajetórias singulares, constituídas na interseção de experiências biográficas, redes de sociabilidade, condições estruturais e arranjos institucionais (Bellato *et al.*, 2016; Eckhardt; Raupp, 2017; Barbosa, 2021).

Os padrões de uso revelam-se sempre situados em contextos sociais específicos. No caso de Formiga, o consumo esteve diretamente vinculado à cena musical, sendo parcialmente controlado em períodos de disciplina profissional e recrudescido quando o trabalho foi interrompido pela pandemia. Entre Zequinha e Goiano, o beber está atrelado a espaços de lazer e sociabilidade masculina, como pescarias, jogos ou celebrações ao final das safras, com a cachaça funcionando como marcador de pertencimento. Já trajetórias como as de Joinville, Pará e Gaúcho evidenciam a escalada ao crack em contextos urbanos de vulnerabilidade, marcados pela precarização laboral, pelo contato com mercados ilícitos e pelo sofrimento psíquico, o que converge com estudos que situam o uso de drogas como prática social mediada por condições de desigualdade e vulnerabilidade. O caso de Rosa do Deserto, por sua vez, explicita o peso do gênero e do estigma: seu consumo ocorreu prioritariamente no espaço doméstico, como forma de regular o sono e aliviar tensões conjugais, mas sob forte moralização social, que produziu vergonha e isolamento.

Essas narrativas também iluminam a pluralidade de dispositivos acionados e de racionalidades de cuidado em circulação. O CAPS ad aparece como serviço estratégico no território, sobretudo quando oferece continuidade e acolhimento, possibilitando manejo do cotidiano, acesso a grupos e ajuste de psicofármacos, como relatado por Zequinha e Formiga. Contudo, quando marcado por descontinuidade, pode gerar sentimento de frustração, como no caso de Gaúcho. As comunidades terapêuticas constituem outro eixo relevante, com experiências bastante heterogêneas: algumas são relatadas como espaços de espiritualidade e reconstrução (Clínica para Zequinha; Comunidade Terapêutica para Paulista), enquanto outras aparecem como coercitivas e violentas (Pará em clínicas de Goiás; Zequinha em Santa Catarina), caracterizadas pela retirada de psicofármacos e contenções físicas, práticas que fragilizam a adesão e produzem sofrimento.

A ajuda mútua, por meio de grupos como AA, mostra-se decisiva em trajetórias como a de Tino, reforçando o papel do pertencimento e da linguagem compartilhada como tecnologias de cuidado, como já destacado por estudos anteriores sobre comunidades de pares (Eckhardt; Raupp, 2017; Heck, 2018; Barbosa, 2021; Coutinho, 2022). Serviços da atenção básica e cuidados gerais também aparecem como suporte, especialmente para demandas clínicas e odontológicas, como no caso de Rosa do Deserto e Formiga. Em contraposição, Goiano exemplifica uma trajetória sem dispositivos especializados, em que a autorregulação se ancora no calendário laboral das safras, reforçando que a ausência de busca formal não implica ausência de estratégias de enfrentamento.

Essa diversidade confirma que múltiplos modelos de cuidado coexistem e se entrecruzam: biomédico, psicossocial, religioso e comunitário. A racionalidade biomédica aparece em internações hospitalares, desintoxicações e prescrições de medicamentos, com efeitos mais duradouros quando articulada a cuidados territoriais, mas menos eficaz quando isolada ou coercitiva. A racionalidade psicossocial, presente nos grupos, vínculos e projetos de vida mediados pelo CAPS ou por grupos de autoajuda, como o AA, mostra-se potente na produção de pertencimento e na construção de repertórios de enfrentamento. A racionalidade religiosa, central em percursos como os de Paulista e Preto Véio, é importante também para Zequinha, aparece como matriz de sentido, ancorando o processo de reabilitação em espiritualidades cristãs e em práticas de autorregulação. Já a dimensão comunitária e familiar desempenha papéis ambíguos: pode ser fonte de

acolhimento, como no apoio materno a Joinville, mas também de tensão, como nos conflitos sucessórios vividos por Formiga, nas rupturas afetivas relatadas por Zequinha ou nas acusações sofridas por Pará.

As percepções sobre os serviços e experiências de tratamento revelam três tendências principais. Primeiramente, o acolhimento e a continuidade aparecem como condições fundamentais para que o cuidado seja percebido como eficaz, o que se observa nas avaliações positivas de Tino em relação ao AA, de Zequinha sobre o CAPS e de Paulista sobre a Comunidade Terapêutica. Em contrapartida, a ausência de acolhimento e de continuidade gera retração e descrença, como no relato de Gaúcho. Em segundo lugar, práticas de coerção, punição ou retirada de medicação fragilizam a adesão e se associam a recaídas rápidas, configurando experiências de sofrimento institucional (como nas estadias traumáticas de Zequinha e Pará em clínicas coercitivas). Por fim, dimensões morais e de gênero modulam o acesso e a experiência do cuidado: enquanto os homens tendem a naturalizar o consumo em contextos de lazer e trabalho, Rosa do Deserto explicita a vergonha e a estigmatização do beber feminino, reforçando que normas sociais informam escolhas de buscar ou evitar o cuidado.

Os projetos de futuro revelam-se também como operadores de cuidado. Em muitos casos, a retomada de identidades valorizadas funciona como motivação para manter a abstinência, como no desejo de Formiga de retornar à música, de Paulista de atuar como monitor, de Joinville de reconstruir sua vida laboral e de Tino de preservar a estabilidade familiar. Outros participantes projetam autonomia material e moradia como metas prioritárias, como Rosa e Preto Véio, evidenciando a centralidade dos determinantes sociais para a manutenção da sobriedade. Em contrapartida, trajetórias marcadas por baixa expectativa e retraimento, como a de Gaúcho, sinalizam sofrimento psíquico e a necessidade de estratégias de acompanhamento longitudinal e inclusão social.

Assim, os perfis analisados confirmam que os itinerários terapêuticos são trajetórias dinâmicas e plurirracionalis, atravessadas por dimensões biográficas, sociais, institucionais e simbólicas. O entrecruzamento de padrões de uso, contextos de sociabilidade, dispositivos acionados, racionalidades de cuidado e percepções vividas revela a complexidade desses percursos, em sintonia com a literatura que problematiza a não linearidade e a multiplicidade dos itinerários (Marques, 2010; Heck, 2018; Barbosa, 2021; Coutinho, 2022; Queiroz, 2023; Garcia, 2024).

Quadro 2 – Síntese transversal dos perfis dos entrevistados segundo categorias analíticas

| Participant e          | Padrões de uso                                                                                                    | Contextos de sociabilidade                                            | Dispositivos acionados                                               | Racionalidades de cuidado                                               | Percepções do cuidado                                                                 | Projetos de futuro                                                        |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| <b>Formiga</b>         | Álcool desde adolescência ; consumo intensificado após morte do irmão; crises epiléticas com abstinência abrupta. | Música, bares, socialização artística.                                | CAPS AD, hospital, atenção básica.                                   | Biomédica (medicação); psicossocial (CAPS).                             | Avalia CAPS como protetor; hospitalização importante.                                 | Retomar carreira musical ou atuar como técnico de som.                    |
| <b>Zequinha</b>        | Álcool desde 17 anos; recaídas e abstinência parcial.                                                             | Pescarias, jogos, convivência masculina.                              | CAPS AD, comunidades terapêuticas (positivas e coercitivas).         | Biomédica; psicossocial; religiosa.                                     | CAPS visto como acolhedor; clínica em SC traumática.                                  | Obter estabilidade financeira via trabalho ou aposentadoria.              |
| <b>Rosa do Deserto</b> | Álcool desde 27 anos; consumo doméstico para lidar com conflitos conjugais; períodos intensos.                    | Ambiente doméstico; relações conjugais marcadas por violência verbal. | CAPS AD, comunidades terapêuticas.                                   | Biomédica; psicossocial; comunitária; atravessada por normas de gênero. | Primeira experiência no CAPS de isolamento; segunda mais acolhedora.                  | Reconstrução financeira com costura e restauração de vínculos familiares. |
| <b>Paulista</b>        | Álcool e maconha precoces; crack desde 25 anos; recaídas após luto do filho.                                      | Grupos de pares, pastoral da sobriedade.                              | Comunidades terapêuticas (sobretudo Comunidade Terapêutica).         | Religiosa (central); psicossocial (grupos).                             | Avalia positivamente espaços espirituais; atribui “50% do tratamento” à fé.           | Atuar como monitor e cursar ensino superior em processos gerenciais.      |
| <b>Joinville</b>       | Maconha, álcool e cocaína na juventude; crack desde 2000.                                                         | Contexto urbano de tráfico e vulnerabilidade                          | Comunidades terapêuticas (positivas e negativas); sistema prisional. | Biomédica (fragilizada); comunitária; psicossocial.                     | Primeira comunidade pouco efetiva; segunda avaliada positivamente.                    | Retomar trabalho, reformar casa da mãe, formar família.                   |
| <b>Preto Véio</b>      | Uso tardio (álcool e maconha aos 50 anos), associado à depressão.                                                 | Situação de rua; vulnerabilidade social.                              | Clínicas de reabilitação (6–9 meses).                                | Religiosa (central); comunitária.                                       | Valoriza espiritualidade como “luta espiritual”; atividades ocupacionais preventivas. | Moradia estável, autonomia financeira e aprofundamento da fé.             |
| <b>Goiano</b>          | Álcool desde juventude; preferência exclusiva pela cachaça.                                                       | Fins de safra, socialização masculina.                                | Nenhum serviço formal; autorregulação pelo trabalho.                 | Comunitária/ laboral.                                                   | Reconhece perdas, mas aposta na força de vontade.                                     | Estabilidade financeira em SC; manter reputação de trabalhador honesto.   |
| <b>Tino</b>            | Álcool desde infância; intensificado após casamento; abstinência mantida desde 2000.                              | Futebol, festas; depois AA.                                           | Internação hospitalar; AA; Al-Anon (esposa).                         | Biomédica; comunitária.                                                 | Hospitalização decisiva; AA essencial na manutenção.                                  | Manter autonomia, sobriedade e vínculos familiares.                       |
| <b>Gaúcho</b>          | Maconha na adolescência ; cocaína e crack na juventude; uso prolongado.                                           | Isolamento (“30 anos trancado”); pouca sociabilidade.                 | 30 internações em comunidades e hospitais; CAPS AD.                  | Biomédica; religiosa; psicossocial (intermitente).                      | Crítico a comunidades; reconhece fé como suporte.                                     | Poucas expectativas; deseja apenas viver isolado com renda mínima.        |
| <b>Pará</b>            | Tabaco e álcool                                                                                                   | Trabalho precário; rede                                               | Comunidades terapêuticas                                             | Biomédica; religiosa;                                                   | Denuncia violência em                                                                 | Trabalhar como motoboy e                                                  |

|  |                                                                  |              |                                          |              |                                          |                                           |
|--|------------------------------------------------------------------|--------------|------------------------------------------|--------------|------------------------------------------|-------------------------------------------|
|  | precoces;<br>crack a partir<br>de 2005;<br>padrão<br>compulsivo. | de usuários. | (coercitivas e<br>espirituais);<br>CAPS. | comunitária. | clínicas;<br>valoriza<br>espiritualidade | açougueiro;<br>cuidar do filho<br>caçula. |
|--|------------------------------------------------------------------|--------------|------------------------------------------|--------------|------------------------------------------|-------------------------------------------|

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

A leitura comparada dos casos sintetizados no quadro permite destacar nuances que não emergem apenas da descrição individual ou da análise transversal. Observa-se que, embora todos compartilhem experiências de vulnerabilidade, as trajetórias não são homogêneas: há aqueles cuja centralidade do cuidado está na espiritualidade (Paulista, Preto Véio), outros cuja manutenção da sobriedade depende da ajuda mútua e de redes comunitárias (Tino), e casos em que a ausência de dispositivos formais (Goiano) revela a persistência de itinerários sustentados apenas por estratégias individuais de controle. Também chama atenção como a presença ou ausência de vínculos familiares reorganiza sentidos de pertencimento e motivação: o apoio materno (Joinville), a relação com filhos (Pará) ou a experiência de estigmatização no âmbito doméstico (Rosa do Deserto) configuram diferentes modos de inserção comunitária e redes de suporte.

Outro ponto a destacar é que, ainda que o crack apareça como substância disruptiva em vários percursos (Paulista, Joinville, Gaúcho, Pará), os itinerários não se reduzem a ele. O álcool permanece como substância estruturante, seja como prática socializada e naturalizada (Zequinha, Goiano), seja como elemento de desagregação em relações afetivas e de trabalho (Formiga, Rosa do Deserto, Tino). A interseção entre álcool e crack em determinadas histórias evidencia o caráter cumulativo e progressivo do uso, em que substâncias distintas cumprem papéis funcionais na trajetória (Pará relata, por exemplo, usar o crack para “reduzir” a embriaguez).

Além disso, os projetos de futuro, ainda que modestos, funcionam como operadores de sentido e orientadores da busca por cuidado. Para alguns, trata-se de retomar identidades ameaçadas (músico, trabalhador rural, açougueiro, monitor em comunidade terapêutica); para outros, de assegurar condições mínimas de autonomia (moradia estável, renda, reconstrução de vínculos familiares). Essa dimensão projeta o cuidado para além da clínica, remetendo aos determinantes sociais da saúde e à necessidade de políticas que articulem o tratamento ao trabalho, à moradia e ao enfrentamento do estigma.

Assim, o quadro não apenas sistematiza os perfis, mas evidencia a heterogeneidade de trajetórias, a pluralidade de racionalidades de cuidado e a centralidade de fatores sociais e simbólicos que modulam a experiência vivida. A análise mostra que compreender os itinerários terapêuticos exige articular substâncias, contextos, dispositivos e projetos de vida, reconhecendo que o cuidado se constrói em movimento e em permanente negociação.

#### 4.3 ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DOS ENTREVISTADOS

O conceito de **itinerário terapêutico**, originado nos campos da antropologia da saúde e da saúde coletiva, designa o conjunto de percursos, escolhas e estratégias mobilizadas por indivíduos e seus grupos familiares ou comunitários diante de situações de adoecimento e sofrimento (Alves; Souza, 1999; Bellato *et al.*, 2016). Mais do que um simples trajeto até um serviço de saúde formal, trata-se de um processo socialmente construído, no qual se articulam diferentes dimensões do cuidado: o reconhecimento dos sinais e sintomas, a busca de apoio em redes familiares, sociais, religiosas e comunitárias, o acionamento (ou não) de serviços biomédicos e psicossociais, a utilização de práticas tradicionais ou alternativas e, por fim, a experimentação, interrupção e retomada de tratamentos ao longo do tempo (Alves, 2016; Eckhardt; Raupp, 2017; Demétrio; Santana; Pereira-Santos, 2019; Barbosa, 2021).

No Brasil, o estudo de Alves e Souza (1999) foi um dos primeiros a sistematizar esse conceito, destacando que os itinerários terapêuticos são culturalmente situados e organizados de acordo com as condições de vida e com os recursos efetivamente disponíveis aos sujeitos. Em pesquisas qualitativas, a identificação desses itinerários implica reconstruir narrativas de uso e cuidado, mapeando os percursos entre diferentes dispositivos formais e informais, observando rupturas e continuidades nos tratamentos, analisando as racionalidades de cuidado mobilizadas (biomédica, psicossocial, espiritual/religiosa, comunitária) e atentando ao papel das redes de apoio no acesso e na adesão às práticas de saúde (Pinheiro; Martins, 2011; Roberti Junior; Benetti; Zanella, 2017; Rahman, 2023).

A análise dos itinerários terapêuticos exige uma ferramenta que permita organizar, de forma sistemática, os múltiplos elementos envolvidos nas trajetórias de

cuidado dos participantes. Para tanto, elaborou-se o quadro a seguir, que reúne as principais dimensões a serem observadas na leitura das narrativas, articulando categorias analíticas previamente discutidas no referencial teórico: padrões de uso, racionalidades de cuidado, dispositivos acionados, percepções dos sujeitos e barreiras de acesso.

Quadro 3 – Ferramenta Analítica para identificação de itinerários terapêuticos

| Dimensão                              | Aspectos a observar                                                                                                                   | Exemplos                                                                                             |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Reconhecimento do adoecimento         | Como o sujeito nomeia e compreende seus sintomas; significados atribuídos ao uso da substância; momento em que reconhece o “problema” | “Bebo só para relaxar”, “Perdi o controle”, “Foi o médico quem disse que era dependência”            |
| Estratégias de cuidados iniciais      | Primeiras ações adotadas (autoajuda, conselhos familiares, práticas religiosas, automedicação)                                        | Rezar, fazer promessas, usar chás caseiros, reduzir o consumo por conta própria                      |
| Acesso a dispositivos formais         | Serviços de saúde e assistência utilizados; barreiras de acesso; formas de entrada                                                    | CAPS ad, pronto-socorro, hospital psiquiátrico, UBS, encaminhamentos judiciais                       |
| Dispositivos informais e comunitários | Redes de apoio: familiares, religiosas e de vizinhança; papel do apoio comunitário                                                    | Grupos de oração, Alcoólicos Anônimos, vizinhos que ajudam, amigos que acolhem                       |
| Movimentos e rupturas                 | Mudanças de percurso, desistências, recaídas, retomadas de cuidado; continuidade ou fragmentação                                      | Inicia CAPS, abandona, retorna após recaída; passa por internação e depois procura grupo comunitário |
| Racionalidades de cuidado             | Tipos de lógica predominante: biomédica, psicossocial, moral-religiosa, comunitária                                                   | Uso de medicação (biomédica), acompanhamento em CAPS (psicossocial), oração (religiosa)              |
| Recursos e barreiras                  | Condições socioeconômicas, transporte, disponibilidade de serviços, estigma, apoio familiar                                           | Falta de ônibus, vergonha de procurar ajuda, família que incentiva ou desestimula                    |
| Significados atribuídos               | Sentidos que a pessoa dá às experiências de cuidado e ao uso da substância                                                            | “Só paro de beber se for por Deus”, “O remédio me deixou pior”, “O grupo me acolheu”                 |

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

Esse quadro orienta a leitura dos resultados, permitindo compreender como cada entrevistado nomeia e interpreta seu adoecimento, quais estratégias iniciais mobiliza, de que forma transita entre dispositivos formais e informais de cuidado, que barreiras enfrenta ao longo do percurso e quais sentidos atribui às experiências vividas. A partir dele, são apresentados, nas seções seguintes, os itinerários terapêuticos reconstruídos a partir das entrevistas narrativas, ressaltando singularidades individuais e padrões coletivos que atravessam essas trajetórias.

#### 4.3.1 Itinerário terapêutico de Formiga

O encerramento de sua carreira musical e a pandemia representaram uma ruptura significativa para Formiga, marcada pelo aumento do consumo e pela perda de espaços de socialização. A morte da mãe em 2023 agravou esse cenário. Atualmente, embora relate esforço de redução do consumo com auxílio de medicamentos prescritos no posto de saúde e acompanhamento médico, mantém o uso diário de pequenas doses de cachaça, por considerar arriscado suspender abruptamente devido às crises epiléticas, o que revela uma racionalidade baseada também no modelo de redução de danos.

Em termos de busca de cuidado, passou por internação em hospital de Três Barras, onde realizou desintoxicação medicamentosa, mas sem acompanhamento psicossocial, resultando em recaída após a alta. Mais recentemente, aderiu ao CAPS ad, onde participa de grupo semanal, relatando alívio e fortalecimento subjetivo após os encontros. O posto de saúde também é acionado, tanto para tratamento odontológico quanto para o fornecimento de medicamentos.

As racionalidades de cuidado que atravessam seu itinerário combinam a lógica biomédica (medicação, hospital, posto de saúde) com dimensões psicossociais (atendimentos no CAPS ad) e comunitárias (influência da família, ainda que marcada por conflitos). Relata que nunca fez uso de outras drogas, restringindo-se ao álcool.

Apesar de tensões familiares (acusação de ser culpado pela morte dos pais e conflitos pela herança), Formiga demonstra projeto de futuro vinculado ao retorno à música, seja como guitarrista/vocalista ou na parte técnica de bandas, evidenciando um horizonte de reconstrução identitária e social.

Quadro 4 – Itinerário terapêutico de Formiga

| Dimensão                              | Trajetória do Formiga                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Reconhecimento do adoecimento         | Dependência exclusiva de álcool, com agravamento após morte do irmão e da mãe                                                                                                       |
| Estratégias de cuidados iniciais      | Reduzir o consumo por conta própria, principalmente quando precisava manter a disciplina para tocar em bandas; e Tentativa de parar abruptamente, embora gerasse crises epiléticas. |
| Acesso a dispositivos formais         | Internação hospitalar; posto de saúde (medicação); CAPS ad (grupo semanal)                                                                                                          |
| Dispositivos informais e comunitários | Família (ambivalente: apoio e conflito)                                                                                                                                             |
| Movimentos e rupturas                 | Redução do uso quando em bandas; recaídas após traumas familiares; adesão recente ao CAPS ad                                                                                        |
| Racionalidades de cuidado             | Biomédica (remédios, internação, posto de saúde); psicossocial (CAPS ad); comunitária/familiar                                                                                      |

|                         |                                                                                                      |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Recursos e barreiras    | Benefício financeiro, moradia com a irmã; conflitos familiares; epilepsia como limitação ocupacional |
| Significados atribuídos | Desejo de reduzir o consumo para retomar a música; álcool como companheiro de socialização e luto    |

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

Em síntese, o itinerário de Formiga evidencia a predominância de racionalidades biomédicas e psicossociais, com adesão recente ao CAPS ad após eventos de luto. A centralidade da música como projeto de futuro funciona como eixo de sentido para a redução de danos e para a reconfiguração identitária, ainda que persistam barreiras familiares e clínicas (epilepsia) à abstinência completa.

#### 4.3.2 Itinerário terapêutico de Zequinha

As consequências físicas do uso excessivo de álcool, perda de peso, desnutrição, crises e episódios de “ficar fora de si”, levaram Zequinha a buscar tratamento. Seu itinerário terapêutico passou por diferentes experiências. A primeira delas ocorreu em uma clínica de cunho religioso em Santa Catarina, onde permaneceu cerca de um mês. Sem acesso à medicação regular para o sistema nervoso, foi submetido à contenção e ao uso forçado de “sossega-leão”, prática que descreve como violenta. Pediu para sair, com ajuda da mãe. Em seguida, teve passagens mais significativas pela Comunidade Terapêutica, onde esteve em 2015 (quatro meses e meio), 2018 (seis meses) e 2021 (seis meses). O tratamento combinava medicação administrada por enfermeira, trabalho diário e obrigatoriedade de cultos e leituras bíblicas. Ele avalia que esse espaço lhe proporcionou uma abstinência de até cinco anos, mas que teve recaídas posteriores.

Desde 2012, frequenta o CAPS ad, onde participa de grupos duas vezes por semana. Reconhece que o serviço tem sido fundamental para lidar com crises, ajustar a medicação e manter abstinência desde 2022. Além disso, teve experiências pontuais em AA no Mato Grosso, mas sem continuidade, pois, segundo ele, “*não levava a sério naquele momento*”. A igreja também aparece como espaço complementar de apoio, sobretudo durante as internações.

Atualmente, Zequinha convive com múltiplos problemas de saúde (hepatite, colesterol elevado, dores musculares, falta de ar, problemas no joelho), além da dependência de remédios contínuos prescritos no posto de saúde e pelo médico do

CAPS ad. Relata dificuldades em obter benefícios previdenciários e vive com a mãe, de quem depende financeiramente.

As racionalidades de cuidado em seu percurso transitam entre a biomédica (uso contínuo de medicação, CAPS ad, posto de saúde), a psicossocial (grupos no CAPS ad), a religiosa-comunitária (clínicas de cunho religioso, leitura bíblica, apoio da igreja) e a familiar (apoio materno no cuidado e nas decisões de tratamento). Seu projeto de futuro está centrado em retomar a capacidade laboral, alcançar autonomia financeira e reduzir a dependência da mãe. Zequinha expressa ainda arrependimento por “abrir os olhos tarde demais”, sentindo como perda irreparável o distanciamento dos filhos e a dissolução familiar.

Quadro 5 – Itinerário terapêutico de Zequinha

| Dimensão                              | Zequinha                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Reconhecimento do adoecimento         | Dependência de álcool e cigarro; reconhece impactos físicos e familiares (perda de peso, “ficar fora de si”)                                                                                                                                                                                      |
| Estratégias de cuidados iniciais      | Primeiras tentativas foram por influência da família, que o encaminhou para clínicas religiosas; Participação em orações e cultos como estratégia inicial de enfrentamento; e não relata práticas de automedicação, mas sim adesão forçada à lógica religiosa (oração substituindo medicamentos). |
| Acesso a dispositivos formais         | Clínicas religiosas (experiência negativa); Comunidade Terapêutica (múltiplas internações); CAPS (desde 2012)                                                                                                                                                                                     |
| Dispositivos informais e comunitários | Família (apoio da mãe); igreja; AA (sem continuidade)                                                                                                                                                                                                                                             |
| Movimentos e rupturas                 | Abstinência de até 5 anos após internação; recaídas sucessivas; adesão intermitente ao CAPS e comunidade terapêutica                                                                                                                                                                              |
| Racionalidades de cuidado             | Biomédica (remédios contínuos, CAPS); psicossocial (CAPS); religiosa-comunitária (igreja, clínicas)                                                                                                                                                                                               |
| Recursos e barreiras                  | Sem benefício previdenciário; múltiplos problemas de saúde; dependência econômica da mãe                                                                                                                                                                                                          |
| Significados atribuídos               | Arrependimento por perda de laços familiares; projeto de retomar trabalho e autonomia                                                                                                                                                                                                             |

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

Em termos analíticos, a trajetória de Zequinha combina períodos de abstinência sustentados por internações prolongadas com recaídas subsequentes, marcadas por condições clínicas e materiais adversas. O CAPS ad tem operado como recurso estabilizador, ainda que a dependência econômica da mãe e o acúmulo de comorbidades imponham limites à sua autonomia e à reinserção laboral.

#### 4.3.3 Itinerário terapêutico de Rosa do Deserto

O consumo de álcool levou Rosa do Deserto a ter episódios graves de saúde: longos períodos sem se alimentar, fraqueza extrema, vômitos constantes, tremores incapacitantes, internações hospitalares e até mesmo um acidente com traumatismo craniano que resultou em cirurgia para a retirada de um coágulo. Após o divórcio, enfrentou isolamento social, perda de relações familiares e dificuldades financeiras.

Em seu itinerário terapêutico, passou por diferentes experiências. Frequentou duas comunidades terapêuticas (cujos nomes não recorda), descrevendo a primeira como rígida e hospitalar, com isolamento em quartos, pouca atividade e má alimentação, e a segunda como mais acolhedora, com atividades domésticas e grupos de conversa. Permaneceu cerca de uma semana na primeira e aproximadamente um mês na segunda, mas pediu para sair em ambas por não se adaptar. Também passou por internações hospitalares, tanto por complicações físicas relacionadas ao álcool quanto pelo traumatismo craniano.

No CAPS ad, teve duas passagens: na primeira, não se adaptou por ser a única mulher do grupo, o que reforçou o estigma de gênero associado ao consumo de álcool; na segunda, retornou por encaminhamento médico e incentivo das filhas, relatando benefícios no controle do consumo e na melhora do sono com uso de medicação.

As racionalidades de cuidado que atravessam sua trajetória transitam entre a biomédica (internações hospitalares, medicação para dormir, acompanhamento no CAPS ad), a psicossocial (grupos do CAPS ad, reuniões nas comunidades terapêuticas), a familiar (apoio e críticas das filhas) e a social-comunitária (estigma de gênero que marca sua experiência). Atualmente, busca reconstruir a vida por meio do trabalho em casa como costureira e com apoio de políticas sociais (CRAS) e das filhas. Seu projeto de futuro está centrado em retomar a autonomia financeira e manter vínculos familiares, apesar de ainda enfrentar recaídas ocasionais.

Quadro 6 – Itinerário terapêutico de Rosa do Deserto

| Dimensão                         | Rosa do Deserto                                                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Reconhecimento do adoecimento    | Reconhece dependência de álcool relacionada a conflitos conjugais e ansiedade                                                                                                                                                                                  |
| Estratégias de cuidados iniciais | Bebia em casa como forma de aliviar estresse e conseguir dormir (autoregulação com álcool); tentativa de reduzir consumo sozinha, sem sucesso; e não descreve rezas ou promessas, mas reconhece influência do estigma familiar e social como pressão indireta. |

|                                       |                                                                                                                                 |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Acesso a dispositivos formais         | Comunidades terapêuticas (duas experiências distintas); internações hospitalares; CAPS ad                                       |
| Dispositivos informais e comunitários | Família (filhas, embora com conflitos); rede de vizinhos marcada por estigma                                                    |
| Movimentos e rupturas                 | Internações e recaídas; tentativas frustradas de comunidades terapêuticas; retomada no CAPS                                     |
| Racionalidades de cuidado             | Biomédica (internações, medicação, CAPS); psicossocial (CAPS, grupos); familiar (apoio/pressão); marcada pelo estigma de gênero |
| Recursos e barreiras                  | Sem benefício previdenciário; dificuldades financeiras; estigma social; apoio limitado das filhas                               |
| Significados atribuídos               | Desejo de retomar a autonomia financeira e reconstruir vínculos familiares                                                      |

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

O caso de Rosa do Deserto evidencia como o estigma de gênero atravessa o acesso e a permanência nos dispositivos, produzindo constrangimentos e desistências. Ainda assim, a combinação entre internações clínicas, apoio familiar e acompanhamento no CAPS AD tem possibilitado o manejo do consumo e a reconstrução gradual de vínculos e de autonomia econômica.

#### 4.3.4 Itinerário terapêutico de Paulista

O consumo de álcool e drogas como crack e cocaína tornou-se compulsivo e devastador, levando à perda de autoestima, vínculos familiares e profissionais. Os percursos de cuidado de Paulista incluem diferentes experiências. A primeira foi em uma clínica no litoral de Santa Catarina, instituição de orientação evangélica onde permaneceu por seis meses. Apesar de avaliar que teve bom aprendizado, relata que a saída sem preparo levou à recaída em pouco tempo. Em seguida, esteve por seis meses em uma Comunidade Terapêutica, instituição católica com psicólogos e terapeutas voltados à prevenção da recaída. No entanto, não conseguiu consolidar abstinência e recaiu após um mês.

A experiência mais significativa ocorreu em outra Comunidade Terapêutica, em 2017. Lá, encontrou sentido de vida por meio da espiritualidade e do programa de 12 passos, mantendo-se seis anos em abstinência. Nesse período, tornou-se agente da Pastoral da Sobriedade, referência em grupos de apoio, reconstruiu a vida, casou, adquiriu bens e assumiu posições de liderança profissional.

Em 2023, contudo, sofreu uma recaída após a morte trágica do filho de 28 anos, causada por overdose de anabolizantes e drogas. O luto desencadeou isolamento, depressão e retorno ao uso, com o álcool como principal gatilho,

seguido por cocaína e crack. Reconheceu rapidamente a recaída e retornou voluntariamente à Comunidade Terapêutica que esteve em 2017, onde permanecia em tratamento havia 50 dias no momento da entrevista.

As racionalidades de cuidado que atravessam sua trajetória combinam dimensões biomédicas (acompanhamento psicológico, estrutura clínica, medicamentos), psicossociais (Pastoral da Sobriedade, grupos como Filhos de Deus, programas de 12 passos), religiosas-espirituais (católica e evangélica, fundamentais na sustentação da abstinência) e familiares (apoio da mãe, conflitos com a ex-esposa e a dor da perda do filho). Atualmente, Paulista demonstra forte consciência crítica do processo de recaída, reconhecendo a importância da espiritualidade, do acompanhamento contínuo e da permanência em grupos de apoio. Seu projeto de futuro inclui trabalhar na área do uso problemático de álcool e outras drogas como monitor e, posteriormente, se formar em processos gerenciais, conciliando reabilitação pessoal e reinserção social.

Quadro 7 – Itinerário terapêutico de Paulista

| Dimensão                              | Paulista                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Reconhecimento do adoecimento         | Reconhecimento crítico aos 29 anos, após uso compulsivo de múltiplas drogas                                                                                                                                                                                                                       |
| Estratégias de cuidados iniciais      | Primeiros cuidados ligados à religiosidade, com orações e apoio em grupos religiosos (Pastoral da Sobriedade, Filhos de Deus); Aceitação da espiritualidade como recurso central já nas primeiras buscas; e Tentou manter abstinência após internações, mas recaía por não se sentir “preparado”. |
| Acesso a dispositivos formais         | Clínicas, Comunidade Terapêutica (duas vezes); apoio psicológico                                                                                                                                                                                                                                  |
| Dispositivos informais e comunitários | Pastoral da Sobriedade; grupos de apoio; família (apoio da mãe, conflito conjugal)                                                                                                                                                                                                                |
| Movimentos e rupturas                 | Abstinência de seis anos; recaída após morte do filho; retorno voluntário à comunidade                                                                                                                                                                                                            |
| Racionalidades de cuidado             | Biomédica (clínicas, psicólogos); psicossocial (12 passos, grupos de apoio); religiosa (evangélica/católica); familiar                                                                                                                                                                            |
| Recursos e barreiras                  | Recaída após luto; conflitos conjugais; forte apoio espiritual e comunitário; experiência profissional                                                                                                                                                                                            |
| Significados atribuídos               | Reabilitação como mudança de vida; espiritualidade como pilar; projeto de atuar profissionalmente no cuidado                                                                                                                                                                                      |

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

O itinerário de Paulista mostra a potência da articulação entre espiritualidade, programas de 12 passos e suporte psicossocial na sustentação de longos períodos de abstinência, ao mesmo tempo em que evidencia a vulnerabilidade frente a lutos traumáticos. O retorno voluntário ao cuidado expressa

agência terapêutica e orienta seu projeto de reinserção como monitor na área do uso abusivo de álcool e outras drogas.

#### 4.3.5 Itinerário terapêutico de Joinville

No campo do cuidado, os percursos de Joinville foram distintos. Em uma clínica no interior de Santa Catarina, permaneceu seis meses em internação, marcada por rotina intensa de trabalho e pouca abordagem terapêutica. Relata que saiu no sexto mês e recaiu imediatamente no mesmo dia. Atualmente, encontra-se em uma comunidade terapêutica, onde está há cinco meses em processo de reinserção. Diferencia essa experiência da anterior, afirmando que agora busca o tratamento por si mesmo, com apoio de psicóloga, assistência social e equipe técnica. Relata adesão ao programa dos 12 passos (mencionando especificamente 11) e admite pela primeira vez sua necessidade de ajuda.

As racionalidades de cuidado presentes em seu itinerário incluem a biomédica (internações, acompanhamento psicológico e social), a psicossocial (programas estruturados nas comunidades terapêuticas), a familiar (forte presença da mãe e das irmãs como suporte, inclusive na decisão pela internação atual) e a religiosa (oração e espiritualidade como parte dos programas).

Atualmente, Joinville projeta o futuro com foco em reconstrução de vida: estabilizar-se financeiramente, mobiliar a casa da mãe, aprender a dirigir e constituir família. Reconhece o tempo perdido quando se compara às sobrinhas já formadas e expressa vontade de manter a sobriedade para dar orgulho à família.

Quadro 8 – Itinerário terapêutico de Joinville

| Dimensão                              | Joinville                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Reconhecimento do adoecimento         | Reconhecimento tardio; admite necessidade de ajuda apenas na internação atual                                                                                                                                                                                                 |
| Estratégias de cuidados iniciais      | Reduzia consumo em períodos de trabalho, tentando equilibrar uso e rotina laboral; Primeiras tentativas de autocontrole envolviam evitar recaídas “no braço”, sem apoio externo; e a mãe desempenhou papel importante ao insistir em sua entrada em comunidades terapêuticas. |
| Acesso a dispositivos formais         | Clínica em SC (6 meses, recaída imediata após alta); comunidade terapêutica atual (5 meses, reinserção)                                                                                                                                                                       |
| Dispositivos informais e comunitários | Família (mãe e irmãs, decisivas no tratamento); rede de colegas do tráfico no passado                                                                                                                                                                                         |
| Movimentos e rupturas                 | Alterna períodos de trabalho e consumo; prisão; recaída imediata após primeira clínica; adesão atual mais consciente                                                                                                                                                          |
| Racionalidades de cuidado             | Biomédica; psicossocial; religiosa; familiar (mãe como figura central)                                                                                                                                                                                                        |

|                         |                                                                                             |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| Recursos e barreiras    | Histórico criminal; estigma; perdas materiais; apoio familiar presente                      |
| Significados atribuídos | Reconstrução de vida digna; orgulho da família como motivação; desejo de constituir família |

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

O itinerário de Joinville revela uma inflexão significativa entre experiências compulsórias ou motivadas por pressões externas e a atual busca voluntária pelo tratamento. A presença ativa da família e o acompanhamento técnico qualificado na comunidade despontam como fatores protetivos para a reinserção social e para a manutenção da sobriedade.

#### **4.3.6 Itinerário terapêutico de Preto Véio**

O itinerário terapêutico de Preto Véio inclui passagens por diferentes clínicas evangélicas. Em Santa Catarina permaneceu seis meses e relata ter tido uma experiência de fortalecimento espiritual, embora tenha recaído logo após a saída. Em São Paulo, ficou nove meses em uma instituição que considera mais estruturada e consolidada, o que lhe permitiu se afastar do álcool. Desde essa última internação, afirma estar abstinente há cerca de dez meses.

A espiritualidade constitui o eixo central de seu processo terapêutico. Valoriza fortemente as experiências religiosas e de fé vividas durante o tratamento, interpretando sua sobrevivência como resultado da “misericórdia de Deus” e de intervenções espirituais, como a ocasião em que, prestes a se jogar de uma ponte, foi interpelado por uma desconhecida que lhe disse que “Jesus o amava”, impedindo-o de tentar o suicídio.

Além do tratamento espiritual, participou de atividades de terapia ocupacional nas comunidades (horta, cuidados com animais, serviços gerais), vistas como importantes para “ocupar a mente”. Relata ainda receber benefício assistencial e sustentar-se parcialmente com vendas ambulantes, estratégia que lhe garante alguma autonomia.

Seu projeto de futuro está associado a “converter-se de verdade”, ser praticante da fé, conquistar um espaço próprio para viver e trabalhar e manter-se espiritualmente fortalecido. Para ele, a sobriedade e a vida digna estão profundamente ligadas à prática religiosa e ao compromisso com Deus.

Quadro 9 – Itinerário terapêutico de Preto Véio

| Dimensão                              | Preto Véio                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Reconhecimento do adoecimento         | Dependência de álcool e maconha iniciada em contexto de depressão há 10 anos; entende o problema como relacionado à fragilidade espiritual.                                                                                                  |
| Estratégias de cuidados iniciais      | Uso inicial do álcool e maconha como automedicação para depressão; primeira estratégia de cuidado foi buscar sentido espiritual, rezar e se aproximar de igrejas; e relata ter encontrado “alívio” inicial na fé antes de procurar clínicas. |
| Acesso a dispositivos formais         | Clínicas evangélicas: SC (6 meses, recaída após saída) e SP (9 meses, abstinência desde então).                                                                                                                                              |
| Dispositivos informais e comunitários | Apoio de membros de igreja; intervenção de pessoas anônimas (episódio na ponte); redes de fé e acolhimento espiritual.                                                                                                                       |
| Movimentos e rupturas                 | Recaída após a primeira internação; adesão mais consistente após a segunda clínica; manutenção de abstinência há cerca de 10 meses.                                                                                                          |
| Racionalidades de cuidado             | Predomínio da racionalidade espiritual-religiosa (oração, conversão, fé como centralidade, terapias ocupacionais); biomédica secundária.                                                                                                     |
| Recursos e barreiras                  | Recebe benefício assistencial; sustenta-se com vendas ambulantes; ausência de vínculos familiares diretos; mobilidade constante entre cidades.                                                                                               |
| Significados atribuídos               | Reabilitação entendida como fortalecimento espiritual; sobrevivência vista como obra divina; futuro associado à prática religiosa e à conquista de estabilidade material.                                                                    |

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

O itinerário de Preto Véio destaca a centralidade da fé como eixo estruturante de sua reabilitação, atribuindo à espiritualidade tanto o sentido da abstinência quanto a sustentação de seu projeto de vida. A adesão mais consistente após a segunda internação sugere que a combinação entre disciplina religiosa e ocupação cotidiana funcionou como mediadora de mudança, ainda que a fragilidade dos vínculos familiares e a mobilidade constante representem barreiras à continuidade do cuidado.

#### 4.3.7 Itinerário terapêutico de Goiano

Apesar dos prejuízos pessoais, Goiano nunca buscou ajuda formal em serviços de saúde ou comunidades terapêuticas, tampouco passou por internações ou atendimentos em CAPS ad. Ele próprio reconhece que a bebida trouxe problemas e *“tirou muitas coisas boas da vida”*, mas mantém a percepção de que seu uso é “controlado” e associado a momentos específicos, especialmente após o término das safras de cebola, quando permanece dias bebendo de forma mais intensa.

Seu percurso de vida é marcado pela migração constante entre Goiás, Santa Catarina e Paraná, em busca de trabalhos sazonais na agricultura (colheita de

cebola e batata) e também na construção civil. Essa mobilidade reforça tanto sua autonomia financeira quanto a ausência de vínculos comunitários ou terapêuticos duradouros. Goiano se define como trabalhador e honesto, ressaltando nunca ter roubado ou usado drogas ilícitas. Sua rede de apoio é limitada: mantém algum contato com a família em Goiás, mas prefere não compartilhar dificuldades para não gerar preocupações.

Em termos de projeto de futuro, expressa desejo de “*levantar na vida*”, reorganizar-se financeiramente e ter “*vergonha na cara*”, embora ainda sem plano concreto de mudança em relação ao padrão de uso.

Quadro 10 – Itinerário terapêutico de Goiano

| Dimensão                              | Goiano                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Reconhecimento do adoecimento         | Reconhece que o álcool trouxe perdas (casamento, oportunidades), mas entende seu uso como episódico e ligado a contextos sociais.                                                                                                                                    |
| Estratégias de cuidados iniciais      | Nunca procurou serviços formais; a única estratégia inicial foi o esforço pessoal de se controlar; costumava “dar um tempo” no álcool durante os períodos de trabalho pesado (colheitas); e reconhece que faltou incentivo externo ou estratégias mais estruturadas. |
| Acesso a dispositivos formais         | Nenhum – nunca procurou CAPS, clínicas ou internações                                                                                                                                                                                                                |
| Dispositivos informais e comunitários | Relação distante com a família em Goiás; amigos muitas vezes associados ao contexto do consumo.                                                                                                                                                                      |
| Movimentos e rupturas                 | Ciclos de trabalho intenso seguidos por períodos de consumo elevado; ausência de rupturas por tratamento.                                                                                                                                                            |
| Racionalidades de cuidado             | Predomínio da lógica individual e laboral (“ <i>sou trabalhador, me viro</i> ”); ausência de racionalidade biomédica ou psicossocial.                                                                                                                                |
| Recursos e barreiras                  | Emprego sazonal garante sustento; ausência de apoio estruturado; pouca comunicação com a família; deslocamentos constantes entre estados.                                                                                                                            |
| Significados atribuídos               | Considera o álcool uma barreira para “ <i>levantar na vida</i> ”; vê a mudança como possível, mas dependente de esforço individual.                                                                                                                                  |

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

O itinerário de Goiano é marcado pela ausência de adesão a dispositivos formais e pela lógica individual de manejo, sustentada em ciclos de trabalho seguidos de consumo intenso. A percepção de “uso controlado”, apesar das perdas familiares e sociais, revela baixa percepção de risco e aponta para a pertinência de estratégias de busca ativa e de redução de danos como alternativas de cuidado no território.

#### 4.3.8 Itinerário terapêutico de Tino

O ponto crítico da trajetória de Tino foi a deterioração física: fraqueza, tremores, dificuldade para andar e falar que o levaram a uma internação hospitalar (10 dias) e, depois em uma clínica no litoral de Santa Catarina (1998), onde permaneceu 28 dias em tratamento. Relata acolhimento, acompanhamento médico e psicológico, além de palestras que o ajudaram a se estabilizar fisicamente e iniciar a abstinência.

Após a alta, em 2000, ingressou nos AA, espaço que se tornou central em seu itinerário terapêutico. O grupo forneceu suporte social, estratégias de enfrentamento e incentivo à manutenção da sobriedade. Destaca a importância das reuniões, da convivência com companheiros e do Al-Anon para familiares. Desde então, mantém abstinência do álcool, consolidada há mais de duas décadas.

As racionalidades de cuidado em sua trajetória combinam a dimensão biomédica (internações, medicamentos durante crises), a psicossocial (AA, suporte de pares, palestras), a familiar (esposa e filhos presentes durante o processo de mudança) e a espiritual-comunitária (apoio indireto da pastoral da sobriedade, convívio comunitário nas reuniões).

Seu projeto de vida após a reabilitação voltou-se para a reconstrução da saúde, estabilidade financeira pelo trabalho, aposentadoria e manutenção de vínculos familiares. Hoje vive só, próximo à filha e à neta, com autonomia e rede de amizades ampliada, avaliando sua trajetória como uma virada positiva após abandonar o álcool.

Quadro 11 – Itinerário terapêutico de Tino

| Dimensão                              | Tino                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Reconhecimento do adoecimento         | Reconhece deterioração física grave e perdas profissionais como consequência direta do álcool.                                                                                                                                            |
| Estratégias de cuidados iniciais      | Tentou parar sozinho diversas vezes, sem êxito; primeira ação efetiva foi buscar apoio no Alcoólicos Anônimos, incentivado pela percepção de que não conseguiria sozinho; inicialmente acreditava que conseguiria “no braço”, mas recaía. |
| Acesso a dispositivos formais         | Internação hospitalar (10 dias); Clínica no litoral de SC (28 dias em 1998).                                                                                                                                                              |
| Dispositivos informais e comunitários | AA desde 2000; Al-Anon para familiares; apoio da pastoral da sobriedade.                                                                                                                                                                  |
| Movimentos e rupturas                 | Padrão de uso progressivo até crise física; internações seguidas de adesão estável ao AA; abstinência mantida há mais de 20 anos.                                                                                                         |
| Racionalidades de cuidado             | Biomédica (internações, medicação); comunitária (AA, palestras, suporte de pares); familiar (apoio da esposa e filhos); espiritual-comunitária (igreja e grupos de apoio).                                                                |
| Recursos e barreiras                  | Trabalho e aposentadoria garantiram sustento; apoio familiar sólido;                                                                                                                                                                      |

|                         |                                                                                                                                             |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                         | barreiras iniciais: estigma e desemprego pela bebida.                                                                                       |
| Significados atribuídos | Sobriedade entendida como conquista de saúde, autonomia e novos vínculos; valorização da vida simples, estabilidade e convivência familiar. |

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

Com a virada terapêutica ancorada em internação clínica seguida pela adesão ao AA, Tino ilustra um itinerário de abstinência sustentada de longa duração. Sua experiência evidencia como o suporte de pares, aliado ao respaldo familiar e comunitário, atuou como pilar de manutenção da sobriedade e de reconfiguração de um projeto de vida mais estável.

#### 4.3.9 Itinerário terapêutico de Gaúcho

A história de Gaúcho é atravessada por experiências de rejeição familiar na infância (adoção não acolhedora, desprezo de pais e parentes), que geraram sentimentos crônicos de inferioridade, isolamento, depressão e fobia social. O crack intensificou esses sofrimentos, associado a episódios de paranoia, esquizofrenia, bipolaridade e ideação suicida.

Seu itinerário terapêutico inclui cerca de 30 internações voluntárias em comunidades terapêuticas (católicas e evangélicas) e hospitais psiquiátricos em diferentes cidades do Rio Grande do Sul e de Santa Catarina. As estadias foram quase sempre curtas (15–30 dias), sem sustentação de abstinência. Desenvolveu visão crítica das comunidades, percebendo-as como “*fontes de renda*” voltadas mais à captação de recursos que ao cuidado. Ainda assim, valoriza mais as evangélicas (pela rigidez disciplinar) do que as católicas (que considera permissivas).

Atualmente, frequenta o CAPS ad, embora relate dificuldades de acesso em razão da depressão e da fobia social, além de críticas à descontinuidade das atividades. Ainda assim, reconhece que o serviço é hoje seu principal espaço de contenção, especialmente pelo vínculo com o profissional de referência.

Para ele, não há “cura” para a dependência, apenas manejo por meio da espiritualidade e da contenção ambiental. Seu projeto de futuro é restrito: obter benefício previdenciário para manter um quarto próprio e viver isolado, evitando conflitos sociais e recaídas. Gaúcho define sua vida como “vegetativa”, mas entende essa condição como única possibilidade de sobrevivência.

Quadro 12 – Itinerário terapêutico de Gaúcho

| Dimensão                              | Gaúcho                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Reconhecimento do adoecimento         | Reconhece dependência de crack, cocaína e maconha, ligada ao sofrimento psíquico (depressão) e rejeição precoce; define o crack como “droga do medo”.                                                                                                                       |
| Estratégias de cuidados iniciais      | Início marcado pelo uso da maconha como automedicação contra ansiedade e depressão; primeiras ações de cuidado foram tentativas de parar sozinho, mas rapidamente recaía; também relata ter buscado apoio religioso em algumas fases iniciais, ainda antes das internações. |
| Acesso a dispositivos formais         | Cerca de 30 internações voluntárias em comunidades terapêuticas e hospitais psiquiátricos (RS e SC); atendimento atual no CAPS.                                                                                                                                             |
| Dispositivos informais e comunitários | Companhia de ex-esposa agora amiga; espiritualidade como suporte central; rede social mínima.                                                                                                                                                                               |
| Movimentos e rupturas                 | Internações curtas, recaídas recorrentes; críticas às comunidades e ao CAPS; adesão parcial e instável ao CAPS.                                                                                                                                                             |
| Racionalidades de cuidado             | Biomédica (hospitais, CAPS, medicação); psicossocial (laborterapia, grupos); espiritual-religiosa (evangélicas mais valorizadas); crítica às instituições católicas e ao CAPS.                                                                                              |
| Recursos e barreiras                  | Transtornos mentais graves (esquizofrenia, bipolaridade, depressão); fobia social; rejeição familiar; dependência de benefício previdenciário como saída.                                                                                                                   |
| Significados atribuídos               | Considera a dependência incurável; espiritualidade como único recurso de enfrentamento; futuro restrito a isolamento em um quarto próprio.                                                                                                                                  |

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

O itinerário de Gaúcho evidencia a tensão entre uma alta demanda terapêutica, marcada por múltiplas comorbidades psiquiátricas, e a oferta insuficiente de cuidado continuado. Sua aposta na espiritualidade e na contenção ambiental, associada à busca por benefício previdenciário, delineia um horizonte de manejo possível, ainda que restritivo do ponto de vista social e comunitário.

#### 4.3.10 Itinerário terapêutico de Pará

Durante 25 anos, Pará manteve um padrão intenso de consumo de álcool, especialmente cachaça, com episódios de agressividade que levaram à separação conjugal e ao afastamento dos filhos. Seu itinerário terapêutico foi atravessado por múltiplas internações. Em 2005, por iniciativa da irmã freira, foi levado a uma Comunidade Terapêutica no interior de São Paulo, onde permaneceu seis meses. Lá, conseguiu abandonar o tabagismo, mas retomou o álcool poucos meses após a saída. Posteriormente, viveu novas experiências em clínicas de Goiás, muitas delas sob internação compulsória, em ambientes descritos como violentos, com práticas de humilhação, espancamentos e contenção forçada. Nessas situações, não reconhecia adesão voluntária, o que favorecia recaídas imediatas.

A trajetória do uso se agravou quando, em Brasília, conheceu usuários de crack e iniciou o consumo. A droga passou a dominar sua vida: deixava de se alimentar, usava no trabalho e escondia da esposa, chegando a gastar todo o salário no vício. Relata episódios de manipulação e mentiras (como inventar dívidas com traficantes para obter dinheiro), e progressiva deterioração física.

Apesar das recaídas e internações frustradas, em Santa Catarina ingressou em uma Comunidade Terapêutica, desta vez por iniciativa própria, relatando motivação genuína para mudança. Atualmente, encontra-se internado e afirma desejar cumprir os seis meses de tratamento, apoiar o filho de 14 anos (seu principal vínculo afetivo) e retomar a vida laboral como açougueiro ou motoboy.

As racionalidades de cuidado em sua trajetória incluem a dimensão biomédica (atendimento psiquiátrico, encaminhamento para perícia do INSS), psicossocial (grupos e atividades nas comunidades, programa dos 12 passos), religiosa-espiritual (influência da irmã freira, espiritualidade como recurso terapêutico) e familiar (pressão e apoio das irmãs; motivação pelo filho caçula).

O uso de crack é descrito como compulsivo e mais devastador que o álcool, que hoje afirma não sentir falta. Seu projeto de futuro é reconstruir-se, fortalecer a espiritualidade e manter vínculos familiares, especialmente com o filho adolescente.

Quadro 13 – Itinerário terapêutico de Pará

| Dimensão                            | Pará                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Reconhecimento do adoecimento       | Reconhece o uso abusivo de álcool e a dependência do crack, com perdas familiares e deterioração física; considera o crack mais devastador que o álcool.                                                                                                                                                     |
| Estratégias de cuidados iniciais    | Primeiras tentativas foram motivadas por uma irmã religiosa, que o levou à uma Comunidade Terapêutica; oração e atividades espirituais eram centrais como cuidado inicial; não relata automedicação, mas reconhece que o tabaco foi substituído pelo álcool/crack como estratégia inconsciente de regulação. |
| Dispositivos formais                | Comunidade Terapêutica (2005, 6 meses); clínicas em Goiás (algumas compulsórias, com violência e humilhação); atualmente em Comunidade Terapêutica em Santa Catarina.                                                                                                                                        |
| Dispositivos informais/comunitários | Influência da irmã freira; apoio e críticas de familiares; esposa atual como suporte; vínculo afetivo com filho de 14 anos.                                                                                                                                                                                  |
| Movimentos e rupturas               | Recaídas sucessivas após saídas; uso compulsivo de crack em Brasília; abandono de empregos; atual internação voluntária como ruptura significativa.                                                                                                                                                          |
| Racionalidades de cuidado           | Biomédica (psiquiatra, perícia do INSS); comunitária (doze passos, atividades comunitárias); religiosa (espiritualidade, influência da irmã freira); familiar (apoio/pressão das irmãs, incentivo do filho).                                                                                                 |
| Recursos/barreiras                  | Apoio da irmã e do filho; experiência profissional como açougueiro e motoboy; barreiras: compulsão ao crack, estigma, histórico de violência em clínicas, perda de vínculos conjugais.                                                                                                                       |

|                         |                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Significados atribuídos | Vê a reabilitação como uma possibilidade de dar orgulho ao filho; entende recaídas como agravamento da compulsão; futuro associado ao trabalho, espiritualidade e vínculos familiares. |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

O itinerário de Pará evidencia a transição de internações compulsórias e violentas para a adesão voluntária à comunidade terapêutica, marcando uma mudança qualitativa no cuidado. A motivação vinculada ao filho e a reorganização espiritual ampliam o sentido de futuro, ainda que a experiência devastadora com o crack imponha necessidade de vigilância clínica e suporte psicossocial contínuos.

#### 4.4 SÍNTESE E ANÁLISE COMPARATIVA DOS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS

A apresentação individual dos itinerários terapêuticos possibilitou compreender a singularidade de cada trajetória de adoecimento e cuidado. Entretanto, a análise comparativa permite identificar padrões coletivos e contrastes significativos, evidenciando como as experiências vividas pelos entrevistados se configuram como percursos múltiplos, híbridos e socialmente situados. Para organizar essa leitura, elaborou-se o Quadro 14, que reúne de maneira sistemática as dimensões centrais observadas nas narrativas.

Quadro 14 – Quadro analítico – Itinerário terapêutico dos entrevistados

| Dimensão                            | Formiga                                                                                             | Zequinha                                                                                  | Rosa do Deserto                                                                                     | Paulista                                                                                                    | Joinville                                                                                                  | Preto Vélo                                                                                  | Goiano                                                                                            | Tino                                                                                                  | Gaúcho                                                                                                    | Pará                                                                                                              |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Reconhecimento do adoecimento       | Álcool, agravado após perdas familiares                                                             | Álcool e cigarro, reconhece danos físicos e familiares                                    | Álcool ligado a conflitos conjugais e ansiedade                                                     | Reconhecimento crítico aos 29 anos, após uso compulsivo de múltiplas drogas                                 | Reconhecimento tardio; admite necessidade de ajuda só na última internação                                 | Uso de álcool e maconha iniciado em depressão; entende problema como espiritual             | Reconhece perdas pelo álcool (casamento), mas vê uso como episódico                               | Reconhece perdas físicas e profissionais pelo álcool                                                  | Reconhece dependência de crack, cocaína e maconha, ligada a sofrimento psíquico e rejeição precoce        | Reconhece o uso abusivo de álcool e dependência de crack, com perdas familiares                                   |
| Estratégias de cuidados iniciais    | Tentava reduzir sozinho nos períodos de trabalho musical; interrompia abruptamente, gerando crises  | Oração e cultos em clínica religiosa; aceitação forçada de práticas religiosas            | Usava o álcool como automedicação para insônia e ansiedade; tentava reduzir sozinho                 | Primeiras ações ligadas à espiritualidade (orações, grupos religiosos); buscou clínica ao perder o controle | Tentativas de autocontrole durante períodos de trabalho; mãe insistia na entrada em comunidade terapêutica | Uso de álcool e maconha como automedicação para depressão; buscou apoio espiritual cedo     | Controle do uso por esforço pessoal; reduzia consumo durante colheitas e intensificava nas folgas | Tentativas repetidas de parar sozinho; recorreu ao AA quando reconheceu que não conseguiria sem ajuda | Uso de maconha como automedicação para rejeição/ansiedade; buscou refúgio religioso antes das internações | Primeira iniciativa motivada por irmã religiosa; ingresso em comunidade terapêutica (Fazenda da Esperança)        |
| Dispositivos formais                | Internação hospitalar; posto de saúde; CAPS ad                                                      | Clínicas religiosas (Santa Catarina – negativa; Clínica no interior de SC – várias); CAPS | Comunidades terapêuticas (duas); internações hospitalares; CAPS                                     | Clínicas em Santa Catarina; Comunidade Terapêutica (duas vezes); psicólogos                                 | Clínica em SC (6 meses, recidiva imediata); atual comunidade terapêutica (5 meses)                         | Clínicas evangélicas: (6m, recaída), Clínica no interior de SP (9m, abstinência)            | Nenhum; nunca procurou CAPS, clínicas ou internações                                              | Hospital geral (10 dias); Clínica no litoral de SC (28 dias, 1998)                                    | ~30 internações em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas; atual CAPS ad                      | Comunidade Terapêutica (2005, 6m); clínicas em Goiás (algumas compulsórias); atualmente em Comunidade Terapêutica |
| Dispositivos informais/comunitários | Família (apoio e conflito)                                                                          | Família (apoio da mãe); igreja; AA (sem continuidade)                                     | Filhas (apoio e críticas); estigma dos vizinhos                                                     | Pastoral da Sobriedade; grupos de apoio; família (apoio da mãe, conflitos conjugais)                        | Família (mãe e irmãs); rede do tráfico no passado                                                          | Apoio de redes da igreja; intervenção de anônima em tentativa de suicídio                   | Relação distante com família; amigos ligados ao consumo                                           | AA desde 2000; Al-Anon para familiares; pastoral da sobriedade                                        | Rede social mínima; companheira de convivência; espiritualidade como suporte                              | Irmã freira; apoio de familiares; motivação pelo filho caçula                                                     |
| Movimentos e rupturas               | Redução quando tocava; recaídas após luto; adesão ao CAPS                                           | Abstinência de até 5 anos; recaídas sucessivas; reinternações                             | Internações curtas e recaídas; retomada no CAPS                                                     | Abstinência de 6 anos; recaída após morte do filho; retorno voluntário                                      | Altera trabalho e consumo; prisão; recaída imediata após primeira clínica; adesão atual mais consciente    | Recaída após primeira clínica; adesão consistente na segunda; 10m de abstinência            | Ciclos de trabalho e binge drinking; nunca buscou ruptura via tratamento                          | Intensificação até crise física; internações; adesão estável ao AA; abstinência >20 anos              | Internações repetidas e curtas; recaídas constantes; adesão instável ao CAPS                              | Recaídas após saídas; uso compulsivo do crack; atual adesão voluntária na comunidade                              |
| Racionalidades de cuidado           | Biomédica (hospital, posto, medicação); psicossocial (CAPS); comunitária/familiar; Redução de danos | Biomédica (remédios, CAPS); psicossocial (CAPS); religiosa/comunitária                    | Biomédica (internações, CAPS); psicossocial (CAPS, grupos); familiar; marcada por estigma de gênero | Biomédica; comunitária (12 passos, grupos); religiosa (católica/evangélica); familiar                       | Biomédica; psicossocial; religiosa; familiar (mãe como central)                                            | Predomínio da espiritual/religiosa, comunitária (terapia ocupacional); biomédica secundária | Lógica individual ("sou trabalhador"); ausência de racionalidade biomédica ou psicossocial        | Biomédica (internações, remédios); comunitária (AA); familiar; espiritual/comunitária                 | Biomédica (hospitais); psicossocial (grupos em CAPS); espiritual (evangélicas mais valorizadas)           | Biomédica (psiquiatra, INSS); comunitária (12 passos, grupos); religiosa; familiar                                |
| Recursos/barreiras                  | Benefício financeiro; epilepsia; conflitos familiares                                               | Sem benefício previdenciário; problemas de saúde; dependência da mãe                      | Sem benefício; dificuldades financeiras; estigma; apoio limitado das filhas                         | Forte apoio espiritual; experiência profissional; luto pela morte do filho                                  | Apoio familiar; histórico criminal e estigma; perdas materiais                                             | Benefício assistencial; vendas ambulantes; sem vínculos familiares próximos                 | Trabalho sazonal garante sustento; ausência de apoio estruturado                                  | Aposentadoria e apoio familiar; estigma e desemprego no passado                                       | Transtornos mentais graves; sem rede familiar; isolamento social; espera por benefício                    | Apoio da irmã e do filho; experiência profissional; barreiras: compulsão ao crack, violência em clínicas          |
| Significados atribuídos             | Reduzir consumo para retomar a música                                                               | Arrependimento por perdas familiares; busca de autonomia                                  | Reconstruir autonomia financeira e vínculos familiares                                              | Espiritualidade como pilar; atuar no cuidado como projeto de vida                                           | Orgulhar a família; constituir família própria                                                             | Reabilitação como fortalecimento espiritual; futuro = prática religiosa e estabilidade      | Mudança depende apenas de esforço próprio; futuro associado ao trabalho                           | Sobriedade como conquista de saúde e vínculos; vida simples e estável                                 | Dependência vista como incurável; espiritualidade como único recurso; futuro em isolamento                | Reabilitação = dar orgulho ao filho; futuro no trabalho e espiritualidade                                         |

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

A leitura comparativa dos itinerários revela que o reconhecimento do adoecimento não ocorre de maneira imediata ou linear. Em alguns casos, como os de Paulista e Pará, a consciência da gravidade do uso emerge em momentos críticos, associados a perdas familiares e à deterioração física; em outros, como Rosa do Deserto e Goiano, a percepção é marcada por ambivalência, vinculada a conflitos conjugais ou a situações sociais específicas, mas sem adesão plena à categoria de dependência. Esse dado confirma a proposição de Alves e Souza (1999) de que a nomeação do problema não se restringe ao diagnóstico biomédico, mas é mediada por contextos culturais, familiares e subjetivos.

As estratégias iniciais de cuidado apontadas pelos participantes reforçam essa dimensão cultural. Em lugar da busca direta por serviços formais, prevalecem tentativas individuais de manejo (redução do consumo por conta própria, isolamento, alternância entre trabalho e uso), associadas a recursos religiosos, familiares e comunitários. Tais práticas dialogam com os estudos de Bittencourt (2007), Cabral *et al.*, (2011), Bellato *et al.*, (2016) e Eckhardt e Raupp (2017), nos quais as narrativas revelam dimensões morais e sociais do cuidado, frequentemente invisíveis às abordagens estritamente clínicas.

Quanto ao acesso a dispositivos formais, observa-se uma heterogeneidade significativa. Alguns entrevistados, como Tino e Paulista, apresentam percursos de adesão consistente a instituições formais e a programas estruturados, como os AA ou os 12 passos, sustentando longos períodos de abstinência. Em contraste, Goiano representa um itinerário marcado pela ausência completa de contato com dispositivos formais, sustentado na crença de que seu uso permanece sob controle. Entre esses extremos, há casos de múltiplas internações compulsórias ou voluntárias, como os de Zequinha, Gaúcho e Pará, que revelam tanto a persistência de práticas coercitivas e violentas em comunidades terapêuticas quanto a insuficiência de serviços públicos em garantir continuidade e qualidade de cuidado. Nesse ponto, os dados confirmam as análises de Moraes e Zambenedetti (2021), que descrevem os itinerários como trajetórias interrompidas e fragmentadas, atravessadas por tensões entre racionalidades diversas.

Nos itinerários analisados nesta pesquisa, evidencia-se que a dimensão informal do cuidado é constitutiva e não apenas complementar à rede institucional. Os sujeitos entrevistados — Formiga, Zequinha, Rosa do Deserto, Paulista, Joinville,

Preto Véio, Goiano, Tino, Gaúcho e Pará — constroem suas trajetórias de cuidado nos interstícios do sistema, acionando vínculos familiares, grupos religiosos e solidariedades comunitárias como formas de sustentar a vida.

Essas redes informais oferecem suporte emocional, espiritual e material, constituindo-se como espaços terapêuticos não institucionalizados. Em muitos casos, são as primeiras formas de acolhimento diante do sofrimento e das crises. Joinville e Zequinha, por exemplo, descrevem o papel central da mãe e de irmãs no cuidado cotidiano, evidenciando que o suporte afetivo familiar é tanto um recurso de resistência quanto uma fonte de conflito e ambiguidade. Já Pará relata o papel da espiritualidade e da fé na reconstrução de sua identidade e na motivação para o tratamento, apoiada pela presença simbólica da irmã freira e dos filhos.

Segundo Alves e Souza (1999), a escolha das práticas de cuidado estão ancoradas nas lógicas culturais e nas redes de confiança. Assim, o itinerário terapêutico é também um itinerário moral, onde as decisões não são apenas racionais, mas atravessadas por valores, crenças e afetos. Esse entendimento é corroborado por Bellato et al. (2016), que mostram como o cuidado emerge da trama de relações sociais que compõem a vida cotidiana — uma “micropolítica da convivência” onde o afeto, a solidariedade e a escuta têm papel central.

A dimensão informal do cuidado, portanto, não deve ser compreendida como mera substituição da ausência do Estado, mas como campo ativo de produção de sentido e resistência. Conforme Merhy (1997), é nesse espaço micropolítico que se realiza o “trabalho vivo em ato”: o gesto de cuidado que escapa à normatividade e se reinventa no encontro entre sujeitos. Os itinerários de Tino e Paulista ilustram essa micropolítica ao descreverem como os grupos de apoio religiosos — como a Pastoral da Sobriedade e os Alcoólicos Anônimos — oferecem escuta, pertencimento e um novo modo de narrar o sofrimento.

Para Reid (2012), tais espaços comunitários funcionam como “redes espirituais de cuidado”, onde a fé e a partilha transformam o sofrimento em experiência de aprendizagem e reconstrução de sentidos. A espiritualidade, nesse contexto, não atua apenas como consolo, mas como prática social de saúde, que devolve ao sujeito o sentimento de valor e dignidade. Essa dimensão é

especialmente visível em Preto Véio, cuja trajetória articula fé, abstinência e apoio comunitário como fundamentos de sua recuperação.

Oliveira et al. (2019) ampliam essa discussão ao enfatizar que o território é também espaço terapêutico, onde as redes familiares e comunitárias reconfiguram o cuidado. As autoras argumentam que a afetividade e a solidariedade são potências micropolíticas capazes de sustentar a reabilitação psicossocial, especialmente em contextos marcados por precariedade institucional. Essa visão encontra eco nos relatos analisados, em que os vínculos de vizinhança e amizade se mostram mais acessíveis e constantes que os dispositivos formais de saúde.

Já Barbosa (2021) propõe compreender essas práticas como racionalidades de cuidado, em que diferentes saberes — biomédicos, populares, religiosos e espirituais — coexistem e se articulam de maneira singular. Nos itinerários estudados, essa multiplicidade se manifesta na alternância entre o uso de serviços especializados, a busca por grupos religiosos e o apoio familiar, compondo estratégias híbridas de cuidado. Essa racionalidade plural reflete a capacidade inventiva dos sujeitos diante da fragmentação da rede assistencial e do estigma social.

Em diálogo com Cabral et al. (2011) e Tavares (2009), é possível afirmar que os serviços informais e comunitários não são apenas complementares, mas estruturantes do campo da atenção psicossocial. As famílias, ao oferecerem alimentação, acolhimento e práticas religiosas, constroem um cuidado situado e relacional, que precede muitas vezes o acesso aos serviços formais. Tavares (2009) destaca que, em situações de sofrimento psíquico e uso de drogas, as redes familiares e vizinhanças são as primeiras a agir, mediando a transição entre o cuidado doméstico e o institucional.

As racionalidades de cuidado identificadas nas trajetórias reforçam o caráter sincrético dos itinerários. Embora alguns privilegiem dimensões biomédicas e psicossociais, como Formiga e Rosa do Deserto, outros organizam seu percurso principalmente a partir da espiritualidade, como Preto Véio e Paulista. Mais do que categorias excludentes, essas racionalidades se entrelaçam em diferentes momentos da vida, evidenciando que os sujeitos constroem percursos de cuidado a

partir da combinação de recursos disponíveis, como já tinha sido indicado por Andrade, Mello e Holanda (2015) e Gerhardt, Burille e Müller (2016) ao discutir o caráter plural dos modos de enfrentar o adoecimento.

A análise das dimensões de recursos e barreiras reforça a centralidade das condições socioeconômicas, familiares e comunitárias na adesão e continuidade do cuidado. A dependência de benefícios assistenciais (Preto Véio e Gaúcho), a precariedade de vínculos familiares (Goiano) e o estigma associado ao gênero (Rosa do Deserto) exemplificam como fatores estruturais impactam diretamente esse processo. Do mesmo modo, os sentidos atribuídos pelas famílias ao consumo de álcool e outras drogas frequentemente reforçam conflitos e fragilizam laços, dificultando a sustentação do tratamento.

Entretanto, experiências de apoio consistente (seja por meio de familiares, como nos casos de Joinville e Pará, ou de redes comunitárias sólidas, como no de Tino) demonstram que a presença de suporte social é determinante para a continuidade dos processos de mudança. Quando incluídos nas intervenções, como ocorre nos CAPS ad, os familiares podem ressignificar suas percepções sobre o uso de drogas, fortalecer os vínculos e, assim, contribuir para a efetividade do cuidado em saúde mental (Soares, 2022). Observa-se que o CAPS ad, assim como no estudo de Marques e Mângia (2013), é percebido como um espaço com função protetiva, capaz de oferecer a continência necessária para sustentar a continuidade do cuidado reconhecido como importante pelos usuários. Nessa perspectiva, é possível compreender que as barreiras de acesso reorientam e/ou reordenam intervenções no âmbito da saúde mental, podendo gerar desassistência a grupos importantes de usuários do SUS, sobretudo aqueles em situação de vulnerabilidade associados ao uso problemático de álcool e drogas (Soares, 2022).

Os significados atribuídos pelos entrevistados ao uso e ao cuidado revelam que a reabilitação não é reduzida à interrupção do consumo, mas envolve a reconstrução de projetos de vida e de identidade (Pires; Schneider, 2013). Para alguns participantes, esses sentidos estão vinculados ao retorno à música (Formiga), à valorização da família (Pará, Rosa do Deserto), ao trabalho e à reinserção social (Goiano, Joinville) ou à espiritualidade (Preto Véio, Paulista). Para outros, como Gaúcho, a dependência é percebida como incurável, restando apenas a contenção ambiental e a sobrevivência mínima como horizonte possível.

A descrição do histórico de uso mostrou que o início do consumo se dá em contextos diversos: sociabilidade adolescente (Paulista, Gaúcho, Zequinha), ambiente familiar permissivo (Tino), situações de luto e sofrimento psíquico (Formiga, Preto Véio). Como disse Zequinha, *“comecei bebendo para relaxar depois do serviço, mas foi tomando conta”*. Já no caso de Rosa do Deserto, o álcool foi incorporado como estratégia para lidar com conflitos conjugais: *“eu bebia para conseguir dormir, porque a cabeça não parava”*.

A análise da progressão do uso e de seus impactos mostrou a extensão das perdas: vínculos familiares fragilizados (Rosa do Deserto, Pará), exclusão laboral (Tino), violência institucional (Zequinha, Pará), encarceramento (Joinville) e isolamento social (Gaúcho). Essas dimensões apareceram reiteradamente nos relatos, como na fala de Zequinha: *“fiquei fora de mim, perdi minha família, perdi meus filhos”*; ou na de Gaúcho, que reconhece: *“minha vida é vegetativa, não tenho como sair disso”*.

As percepções dos sujeitos sobre as estratégias de cuidado confirmam que a avaliação dos dispositivos não é homogênea. Para alguns, como Tino, os grupos de pares se tornaram centrais: *“o AA me salvou, se não fosse eles eu não estava vivo”*. Para outros, como Rosa do Deserto, o estigma dificultou a permanência: *“eu era a única mulher, ficava com vergonha de falar”*. Já para Preto Véio e Paulista, a espiritualidade foi eixo estruturante: *“só paro de beber se for por Deus”* (Preto Véio).

As barreiras de acesso emergiram em quase todos os relatos, vinculadas a fatores econômicos, sociais e institucionais: ausência de benefícios previdenciários (Zequinha, Rosa do Deserto), precariedade das condições de trabalho (Goiano, Joinville), comorbidades psiquiátricas (Gaúcho), estigma de gênero (Rosa do Deserto) e violência em comunidades terapêuticas (Pará, Zequinha). Essas barreiras confirmam a literatura da saúde coletiva sobre a vulnerabilização estrutural dos usuários e a fragmentação das políticas de cuidado (Moraes; Zambenedetti, 2021).

Em termos de sentidos atribuídos, a pesquisa mostrou que os entrevistados não veem a reabilitação apenas como abstinência, mas como reconstrução de projetos de vida. Para Formiga, a música é horizonte de sentido: *“quero voltar para a guitarra, é o que me dá vontade de viver”*. Para Joinville e Pará, a motivação se ancora na família: *“quero dar orgulho para minha mãe”* (Joinville), *“quero que meu filho tenha orgulho de mim”* (Pará). Já para Goiano, o trabalho é marcador identitário: *“tenho que levantar na vida, com vergonha na cara”*. Já para Paulista e

Preto Véio, a espiritualidade emerge como pilar de transformação: “*foi a Pastoral da Sobriedade que me levantou*” (Paulista); “*Jesus me salvou na ponte*” (Preto Véio). Para Gaúcho, por sua vez, o horizonte é restrito e resignado: “*o crack não tem cura, só dá para segurar um pouco*”.

Essas falas ilustram que, como apontam Alves e Souza (1999), Cardoso *et al.*, (2017), Roberti Junior, Benetti e Zanella (2017), Silva, Treichel e Onocko-Campos (2024), os itinerários terapêuticos não são apenas deslocamentos entre serviços, mas trajetórias culturalmente situadas, atravessadas por significados morais, religiosos, familiares e sociais que definem a forma como o adoecimento é nomeado e como o cuidado é buscado e avaliado.

Essas distintas atribuições confirmam que os itinerários terapêuticos são mais do que trajetórias de tratamento: constituem-se como narrativas de reconfiguração identitária e de construção de sentido, mas, embora expressem esperança de reabilitação e de melhora em diferentes aspectos da vida, revelam escassez de planos concretos e uma tendência a organizar suas trajetórias quase exclusivamente em função do tratamento, com pouca inserção em projetos de ampliação de repertórios e de vida, como argumentam Pires e Schneider (2013). Nessa direção, autores como Merhy (1997) e Yasui (2010) enfatizam que o cuidado em saúde mental deve favorecer a criação de espaços de invenção e experimentação de novos modos de existir, nos quais o sujeito possa ampliar seus repertórios afetivos, sociais e simbólicos. Trata-se de deslocar o eixo do tratamento para a vida, promovendo a construção de projetos singulares que ultrapassam a lógica clínica e se inscrevem no campo da autonomia, da participação social e da produção de sentido.

Em síntese, a análise comparativa demonstra que os itinerários terapêuticos dos entrevistados não se configuram como percursos lineares ou homogêneos, mas como trajetórias complexas, socialmente situadas e culturalmente mediadas. Eles evidenciam tanto as limitações estruturais dos serviços de saúde e das comunidades terapêuticas quanto a potência das redes familiares, comunitárias e espirituais como mediadoras do cuidado. Ao mesmo tempo, mostram que a reabilitação é inseparável da reconstrução de projetos de vida, confirmando que o cuidado em saúde deve ser pensado não apenas como abstinência, mas como produção de novas formas de existir.

Esses achados oferecem elementos centrais para responder à questão norteadora da pesquisa, evidenciando que os itinerários terapêuticos são configurados por movimentos de busca, desistência e retomada, atravessados por múltiplas racionalidades e pela atribuição de sentidos singulares às experiências de adoecimento e cuidado de cada sujeito.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As análises realizadas permitiram responder à questão central que orientou esta pesquisa: **como se configuram os itinerários terapêuticos de pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas e quais sentidos atribuem às estratégias de cuidado vivenciadas em diferentes dispositivos?** A partir da reconstrução narrativa dos itinerários terapêuticos e da síntese comparativa sistematizada no Quadro 14, evidenciou-se que esses itinerários se configuram como percursos não lineares, atravessados por múltiplas racionalidades de cuidado, redes de apoio familiares, comunitárias e religiosas, além de barreiras estruturais que condicionam as possibilidades de tratamento e reabilitação.

O objetivo geral da pesquisa foi alcançado, pois as narrativas mostraram que os sujeitos constroem seus itinerários combinando experiências de uso, acessos e recusas a serviços, vínculos familiares e comunitários e significados singulares atribuídos ao processo de adoecimento. Mais do que uma sequência de atendimentos, os itinerários se revelaram como narrativas de vida, nas quais o cuidado se articula à reconstrução de identidades, relações e projetos de futuro.

Entre os principais achados, destacam-se: (i) a multiplicidade de racionalidades que coexistem e se tensionam nos percursos; (ii) a relevância das redes de apoio informais (familiares, comunitárias e espirituais) como mediadoras do cuidado; (iii) as limitações estruturais dos serviços públicos e das comunidades terapêuticas; e (iv) os sentidos singulares atribuídos à reabilitação e aos planos de futuro, seja pela retomada de profissões que exerciam anteriormente, ou de futuras profissões que gostariam de exercer, pela reconciliação familiar, pela autonomia econômica, pela espiritualidade ou pela valorização da sobriedade sustentada em pares.

Importante ainda reconhecer a dimensão informal do cuidado como núcleo ético-político da atenção em álcool e drogas. Longe de representar uma falha do sistema, ela expressa a capacidade criadora dos sujeitos e coletivos, que constroem respostas próprias à exclusão e à vulnerabilidade. Assim, compreender o cuidado informal é compreender o próprio tecido vivo do SUS, aquele que se constrói no território, na fé, no afeto e nas redes de solidariedade que sustentam a vida onde o Estado nem sempre chega.

Apesar da relevância dos resultados, é importante reconhecer os limites desta pesquisa. O recorte temporal e territorial, o número de participantes, limitam a possibilidade de generalização ampla dos achados. Ademais, a análise se concentrou nos relatos subjetivos, o que, embora seja uma escolha metodológica adequada para o objetivo proposto, deixou em segundo plano dimensões institucionais e epidemiológicas que poderiam complementar o quadro.

As implicações teóricas e práticas desta pesquisa se manifestam em diferentes níveis. Do ponto de vista teórico, os achados contribuem para os campos da saúde coletiva e da atenção psicossocial ao reafirmar a centralidade do sujeito na produção do cuidado e ao evidenciar os itinerários como narrativas culturalmente mediadas, e não como trajetórias padronizadas de tratamento. Do ponto de vista prático, reforçam a necessidade de políticas públicas que reconheçam a pluralidade de trajetórias, fortaleçam o diálogo entre dispositivos formais e informais e ampliem o suporte às redes comunitárias e familiares que se mostraram fundamentais nos processos de cuidado e reabilitação.

Como horizonte para trabalhos futuros, destaca-se a necessidade de aprofundar a análise das dimensões de gênero nos itinerários terapêuticos. Mulheres em situação de uso problemático enfrentam estigmas adicionais, sobrecarga de responsabilidades familiares e menor acesso a serviços especializados, enquanto os homens vivenciam dinâmicas próprias relacionadas ao trabalho e à pressão social pela virilidade. Investigações que explorem essas diferenças podem subsidiar políticas mais sensíveis às desigualdades de gênero.

Outro horizonte para pesquisas na área é o aprofundamento do impacto dos determinantes sociais e o acesso a renda mínima nos itinerários terapêuticos, uma vez que as narrativas analisadas evidenciam que o sofrimento psíquico e o consumo problemático estão profundamente relacionados a contextos de vulnerabilidade social, desemprego, ausência de moradia e rupturas familiares. Este aprofundamento parte do entendimento que os determinantes sociais da saúde e as políticas de renda mínima constituem dimensões fundamentais para a reabilitação e a reconstrução dos itinerários terapêuticos de pessoas em uso abusivo de álcool e drogas, assim como diminuir as barreiras de acesso ao cuidado. Assim, garantir condições materiais mínimas de existência — como moradia, alimentação e segurança — não apenas favorece a adesão ao cuidado, mas também possibilita a

retomada da autonomia e o exercício da cidadania. A renda mínima, quando articulada à rede de atenção psicossocial e às ações territoriais, torna-se um instrumento de reabilitação social, permitindo que o sujeito reconstrua sua trajetória fora da lógica da carência e da exclusão. Nesse sentido, reconhecer e intervir sobre os determinantes sociais é ampliar o conceito de cuidado, compreendendo que a saúde mental se produz também nas condições concretas de vida e no acesso a direitos que sustentam a dignidade e a potência de existir.

Um campo a ser analisado com mais profundidade, ao analisar os itinerários terapêuticos, são os dispositivos da RAPS, especialmente na forma que operam como articuladores desses percursos, uma vez que não apareceram nesse papel para os participantes da pesquisa, especialmente na sustentação longitudinal e acolhedora no cuidado. Observa-se que ao não reconhecer, muitas vezes, a pluralidade das práticas de cuidado, sejam elas formais ou informais, se torna um dispositivo de acesso secundário. Os dispositivos da RAPS, nem sempre disponíveis nos territórios ou pouco acessados, como as Unidades Básicas de Saúde, o Consultório na Rua, as Unidades de Acolhimento e os Centros de Convivência e Cultura, quando existentes e acionados, devem demonstrar efetividade do cuidado e capacidade de acolher o sujeito onde ele está, respeitando seus tempos, saberes e escolhas.

Apostar na estratégia de redução de danos, que opera um conjunto de procedimentos voltados à diminuição dos riscos associados ao uso de substâncias, constitui uma postura ética e política que redefine o próprio sentido do cuidado. Ela rompe com o paradigma biomédico centrado na abstinência e na normalização dos corpos, deslocando o foco para a autonomia e o protagonismo do sujeito em seu processo de saúde. Ao reconhecer que cada pessoa possui trajetórias, desejos e limites singulares, a redução de danos propõe um cuidado centrado na escuta, na responsabilização compartilhada e no respeito às escolhas individuais. Observa-se, no entanto, pelos resultados desta pesquisa, o quanto esta estratégia não faz parte do horizonte de cuidados disponíveis e acessados pelos participantes.

Contudo, a redução de danos possibilita, quando disponível nos espaços de cuidado, uma estratégia ética que valoriza a dignidade humana, mesmo nas situações de maior vulnerabilidade, e cria espaços de pertencimento onde o sujeito

deixa de ser objeto de intervenção para tornar-se autor de seu próprio processo de vida. Neste contexto, cuidar não é corrigir comportamentos, mas oferecer condições para que a vida possa continuar pulsando, mesmo que em modos não previstos pelos modelos tradicionais de saúde.

Assim, o fortalecimento da RAPS depende tanto da expansão de estruturas de atenção à saúde, como da sustentação dos laços humanos e políticos que a compõem. As experiências relatadas evidenciam que o cuidado em saúde mental e no uso de substâncias se realiza no território, nas relações e nas práticas que fazem da vida um espaço possível de reconstrução. Reconhecer o valor das iniciativas comunitárias, das ações intersetoriais e da escuta sensível é fundamental para consolidar políticas públicas que garantam o direito ao cuidado. O desafio que permanece é o de sustentar redes vivas e acolhedoras, capazes de transformar o sofrimento em potência e de reafirmar o cuidado como ato de resistência e produção de vida.

Pesquisas futuras podem avaliar em maior profundidade o impacto desses dispositivos como ponte entre serviços formais, informais e a vida cotidiana. Além disso, recomenda-se investir em estudos comparativos entre diferentes regiões e contextos socioculturais, bem como em pesquisas longitudinais que acompanhem sujeitos ao longo do tempo. Também se abrem perspectivas para análises que articulem dimensões institucionais e comunitárias de forma integrada, para a avaliação crítica das políticas públicas em vigor e para o avanço do debate sobre as interfaces entre espiritualidade, cultura e saúde na construção de itinerários terapêuticos.

Em síntese, ao reconhecer os itinerários como percursos múltiplos, fragmentados e culturalmente mediados, esta pesquisa reafirma a centralidade dos sujeitos como protagonistas de suas trajetórias e a urgência de políticas públicas que acolham a pluralidade de percursos e ampliem os dispositivos de cuidado de forma a aumentar o acesso e garantir o “lugar de fala” dos sujeitos que buscam atendimento. Eles revelam tanto as limitações estruturais dos serviços públicos como dos demais dispositivos que fizeram parte da pesquisa, em especial quanto a potência das redes familiares, comunitárias e espirituais como mediadoras do cuidado.

## REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, C. H.; MOREIRA, F. M.; SOUZA, E. S.; TOURINHO, L. O. S. A relação entre o desemprego e o alcoolismo. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 10, e546111033349, 2022. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i10.33349>
- ALMEIDA, J. M. C. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 11, e00129519, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00129519>
- ALMEIDA, S. A.; MERHY, E. E. Micropolítica do trabalho vivo em saúde mental: composição por uma ética antimanicomial em ato. **Revista Psicologia Política**, v. 20, n. 47, p. 89-103, 2020.
- ALVES, P. C. Itinerário terapêutico, cuidados à saúde e a experiência de adoecimento. In: GERHARDT, T. E.; PINHEIRO, T.; RUIZ, E. F.; SILVA JUNIOR, A. G. (orgs.). **Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ/ABRASCO, 2016. p. 125-146.
- ALVES, P. C.; SOUZA, I. M. A. A categoria itinerário terapêutico. In: ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. S. (orgs.). **Saúde e doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 125-138.
- ANDRADE, J. T.; MELLO, M. L.; HOLANDA, V. M. S. (orgs.). **Saúde e cultura: diversidades terapêuticas e religiosas**. Fortaleza: EdUECE, 2015.
- APA – AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5**. 5. ed. Washington: American Psychiatric Association, 2013.
- ARAGÃO, C.; XIMENES, A.; ALBUQUERQUE, G.; GALINDO, N.; CAETANO, J.; BARROS, L. Práticas de redução de danos em usuários de álcool e outras drogas. **Revista Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 23, n. 3, p. 928-940, 2022.
- AYRES, J. R. C. M. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ/ABRASCO, 2009.
- BARBOSA, T. L. **Desafios na construção de uma Rede de Atenção Psicossocial no município de Manaus (AM): discursos e práticas de gestores e profissionais**. 2019. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019. <http://www.bdt.d.uerj.br/handle/1/4511>
- BARBOSA, V. R. A. **Itinerários terapêuticos de pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas no município de Teresina, Piauí**. 2021. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2021.
- BARBOSA, V. R. A.; ENGSTROM, E. M. Marcos políticos-legais que tratam sobre álcool e outras drogas no Brasil de 2000 a 2020. **Research, Society and**

**Development**, v. 12, n. 1, e2712139446, 2023. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i1.39446>

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução: Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARRETO, K. I. S. Determinantes sociais como fatores de risco para o transtorno por uso de substâncias. *In*: Associação Brasileira de Estudos em Álcool e outras Drogas (ABEAD) (org.). **Dependência Química**: racismo, gênero, determinantes sociais e direitos humanos. Curitiba: Appris, 2023. p. 45-63.

BAUER, M. W., GASKELL, G., ALLUM, N. Qualidade, quantidade e interesses do conhecimento. *In*: BAUER, M. W., GASKELL, G. (orgs.). **Pesquisa Qualitativa com texto imagem e som**: um manual prático. Tradução: Pedrinho Guareschi. Petrópolis: Editora Vozes, 2008. p. 17-36.

BELLATO, R.; ARAÚJO, L. F. S.; MARUYAMA, S. A. T.; RIBEIRO, A. L. História de vida como abordagem privilegiada para compor itinerários terapêuticos. *In*: GERHARDT, T. E.; PINHEIRO, T.; RUIZ, E. F.; SILVA JUNIOR, A. G. (orgs.). **Itinerários terapêuticos**: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ/ABRASCO, 2016. p. 203-221.

BITTENCOURT, A. **O processo de contato com drogas**: uso e abuso, sentidos e lugares. 2007. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, p. 44, 24 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **II levantamento nacional de álcool e drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de situação do álcool e drogas no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

CABRAL, A. L. L. V.; MARTINEZ-HEMÁEZ, A.; ANDRADE, E. I. G.; CHERCHIGLIA, M. L. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4433-4442, 2011, DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001200016>

CARDOSO, M. R. O.; OLIVEIRA, P. T. R.; PIANI, P. P. F.; MOREIRA, A. C. G. O caminho trilhado por usuários de um Centro de Atenção Psicossocial do Estado do Pará: construindo itinerários na busca do cuidado. **Mental**, v. 11, n. 20, p. 91-116, 2017.

CARDOSO, N. V. S.; SOARES, J.; REINALDO, A. M. S. Fatores psicossociais associados ao uso problemático de álcool. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 21, e-222030, 2025. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2025.222030>

COUTINHO, D. C. M. **O controverso lugar das comunidades terapêuticas nas políticas sobre drogas do Governo Federal**. 2022. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal do Tocantins, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Miracema do Tocantins, 2022. <http://hdl.handle.net/11612/4513>

DEMÉTRIO, F.; SANTANA, E. R.; PEREIRA-SANTOS, M. O Itinerário Terapêutico no Brasil: revisão sistemática e metassíntese a partir das concepções negativa e positiva de saúde. **Saúde em Debate**, v. 43, n. esp. 7, p. 204–221, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S716>

DENZIN, N. K., LINCOLN, Y. S. Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: DENZIN, N. K., LINCOLN, Y. S. (orgs.). **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 15-41.

DIAS, R. T.; VIEIRA, N. S. T.; GOMES, C. T. R.; SILVEIRA, P. S. Estigma e usuários de drogas: as crenças de profissionais de saúde. **Psicologia em Estudo**, v. 29, n. esp. 2, e55188, 2024. DOI: <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v29i1.56188>

ECKHARDT, A.; RAUPP, L. Itinerários terapêuticos de usuários de drogas na região Sul do Brasil. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 18, n. 1, p. 263-277, 2017. <https://scielo.pt/pdf/psd/v18n1/v18n1a21.pdf>

FARIA, J. G. **Racionalidades teórico-metodológicas de profissionais de CAPSad: implicações para as práticas e cuidados no serviço**. 2011. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011. <http://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/92404>

FARIA, M. M. F.; HARMUCH, C.; DEVECHI, A. C. R.; BARBOSA, C.; LIMA, A. L. S.; ANTUNES, G. C. de C.; JAQUES, A. E.; PAIANO, M. Da descoberta à situação de emergência: itinerário terapêutico de usuários de álcool e outras drogas. **Contribuciones a las Ciencias Sociales**, v. 17, n. 3, e5687, 2024. DOI: <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.3-099>

FERREIRA, L. N.; BRAGA JÚNIOR, A. C. R.; CASOTTI, C. A.; SALES, Z.N.; BISPO JÚNIOR, J.P. Prevalência e fatores associados ao consumo abusivo e à dependência de álcool. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 11, p. 3401-3410, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013001100030>

FERREIRA, M. R. C. **Percursos e percalços na atenção à saúde da população em situação de rua e uso de drogas**. 2023. Dissertação (Maestría en Estado, Gobierno y Políticas Públicas) – Fundação Perseu Abramo, Faculdade Latinoamericana de Ciências Sociais, São Paulo, 2023. <http://hdl.handle.net/10469/19712>

GARBOIS, J. A.; SODRÉ, F.; ARAUJO, M. D. Determinantes sociais da saúde: o “social” em questão. **Saúde e Sociedade**, 23, n. 4, p. 1173-1182, 2014.

GARCIA, P. C. **Tramas e tecituras em busca do cuidado**: enlaces entre itinerários terapêuticos e saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira. 2024. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.  
<http://www.bdttd.uerj.br/handle/1/23132>

GAUDÊNCIO, L. C. **Padrões de consumo na adolescência**: fatores de risco e fatores de proteção. 2024. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade Lusíada de Lisboa, Lisboa, 2024. <http://hdl.handle.net/11067/7701>

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situação de pobreza: Diversidade e pluralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 11, p. 2449-2463, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006001100019>

GERHARDT, T. E.; BURILLE, A.; MÜLLER, T. L. Estado da arte da produção científica sobre itinerários terapêuticos no contexto brasileiro. *In*: GERHARDT, T. E.; PINHEIRO, T.; RUIZ, E. F.; SILVA JUNIOR, A. G. (orgs.). **Itinerários terapêuticos**: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ/ABRASCO, 2016. p. 27-97.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GMEL, G.; REHM, J.; KUNTSCHKE, E. Binge drinking in Europe: definitions, epidemiology, and consequences. **Sucht: Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis**, v. 49, n. 2, p. 105-116, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1024/suc.2003.49.2.105>

GONÇALVES, D. G. Q.; SANTOS, M. A. S., SCHNEIDER, D. R.; AMARAL, L. R. O. G. Fatores que interferem na adesão ao tratamento de álcool e outras drogas na perspectiva da equipe multiprofissional dos CAPS AD III do Estado do Tocantins. **Revista Cereus**, v. 16, n. 2, p. 1-17, 2024.

GONZÁLEZ-REY, F. **La investigación cualitativa en psicología**: rumbos y desafíos. Cidade do México: International Thomson, 2000.

HECK, J. **Funções e desdobramentos do poder**: análise das práticas sociais em uma comunidade terapêutica na interface com as Políticas Públicas. 2018. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento) – Instituto Latino-Americano de Economia, Sociedade e Política, Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2018.  
<https://dspace.unila.edu.br/handle/123456789/4329>

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Jaraguá do Sul**. 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/jaragua-do-sul/panorama>. Acesso em: 23 set. 2025.

JOVCHELOVITCH, S.; BAUER, M. W. Entrevista narrativa. *In*: BAUER, M. W., GASKELL, G. (orgs.). **Pesquisa Qualitativa com texto imagem e som: um manual prático**. Tradução: Pedrinho Guareschi. Petrópolis: Editora Vozes, 2008. p. 90-11.

JUNAAB – JUNTA NACIONAL DE ALCOÓLICOS ANÔNIMOS NO BRASIL. **Os Doze Passos e as Doze Tradições**. São Paulo: Junta Nacional de Alcoólicos Anônimos, 2004.

KLEINMAN, A. **Patients and healers in the context of culture**. Berkeley: University of California Press, 1980.

LIMA, D. W. C.; FERREIRA, L. A.; VIEIRA, A. N.; AZEVEDO, L. D. S.; SILVA, A. P.; CUNHA, B. M. C.; SOUSA, L. C. A. Ditos sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas: significados e histórias de vida. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 14, n. 3, p. 151-158, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2018.000396>

LIMA, D. K. R. R.; GUIMARÃES, J. Articulação da Rede de Atenção Psicossocial e continuidade do cuidado em território: problematizando possíveis relações. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, n. 3, e290310, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290310>

MACHADO, A. L. S. **Porta de entrada para o diálogo: drogas e juventudes**. 2025. Dissertação (Mestrado Profissional em Sociologia em Rede Nacional) – Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista, Marília, 2025. <https://hdl.handle.net/11449/313291>

MARQUES, A. L. M. **Itinerários terapêuticos de sujeitos com problemáticas decorrentes do uso de álcool em um centro de atenção psicossocial**. 2010. Dissertação (Mestrado em Ciências da Reabilitação) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. <https://repositorio.usp.br/item/001825678>

MARQUES, A. L. M.; MÂNGIA, E. F. Itinerários terapêuticos de sujeitos com problemáticas decorrentes do uso prejudicial de álcool. **Interface (Botucatu)**, v. 17, n. 45, p. 433-444, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832013000200015>

MASSÉ, R. **Culture et santé publique: Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé**. Montreal: Gaëtan Morin Éditeur, 1985.

MEDEIROS, C. R. G. **Redes de atenção em saúde: o dilema dos pequenos municípios**. 2013. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013. <http://hdl.handle.net/10183/73013>

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 5, n. 7, p. 1-12, 2017.

MORAES, P. H.; ZAMBENEDETTI, G. As Tecnologias Relacionais e a Produção de Itinerários Terapêuticos em Saúde Mental. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 21, n. 3, p. 908–928, 2021. DOI: <https://doi.org/10.12957/epp.2021.62690>

MUYLAERT, C. J. et al. Narrative interviews: an important resource in qualitative research. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. esp. 2, p. 184-189, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000800027>

NIAAA – NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM. NIAAA Council Approves Definition of Binge Drinking. **NIAAA Newsletter**, n. 3, 2004. Disponível em: [https://www.niaaa.nih.gov/sites/default/files/newsletters/Newsletter\\_Number3.pdf](https://www.niaaa.nih.gov/sites/default/files/newsletters/Newsletter_Number3.pdf) . Acesso em: 20 set. 2025.

OLIVEIRA, L. V.; COELHO, A. A.; SALVADOR, P. T. C. O.; FREITAS, C. H. S. M. Muros (in)visíveis: reflexões sobre o itinerário dos usuários de drogas no Brasil. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, n. 4, e290411, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290411>

PACHÁ, P.; MOREIRA, L. V. de C. Entrevista narrativa como técnica de pesquisa. **Synesis**, v. 14, n. 1, p. 157–168, 2022.

PASSOS, E. H.; SOUZA, T. M. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. **Psicologia & Sociedade**, v. 20, n. 1, p. 46-57, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822011000100017>

PASTORAL DA SOBRIEDADE. **Os Doze Passos**. s.d. Disponível em: [http://www.sobriedade.org.br/12-passos\]\(http://www.sobriedade.org.br/12-passos](http://www.sobriedade.org.br/12-passos](http://www.sobriedade.org.br/12-passos) . Acesso em: 27 set. 2025.

PAULA, M. L.; JORGE, M. S. B.; ALBUQUERQUE, R. A.; QUEIROZ, L. M. Usuário de crack em situações de tratamento: experiências, significados e sentidos. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 1, p. 118–130, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000100009>

PEREIRA, L. C.; WETZEL, C.; PAVANI, F. M.; OLSCHOWSKY, A.; MORAES, B. M.; KLEIN, E. Entrevista narrativa com pessoas em situação de rua com transtornos mentais: relato de experiência. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. 3, e20200017, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0017>

PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (orgs.). **Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc, 2011.

PINHEIRO, R., SILVA JUNIOR., A. G .S. A centralidade do usuário na avaliação em saúde: outras abordagens. *In*: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (orgs.). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2011. p. 37-52.

PIRES, F. B.; SCHNEIDER, D. R. Projetos de vida e recaídas em pacientes alcoolistas. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 65, n. 1, p. 21-37, 2013.

PIRES, R. R. C.; SANTOS, M. P. G.; ROSA, L. L. Tendências e desafios das políticas de cuidado a usuários de drogas na América Latina. *In*: PIRES, R.; SANTOS, M. P. **Alternativas de cuidado a usuários de drogas na América Latina**: desafios e possibilidades de ação pública. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea); Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), 2021. p. 287-323. DOI: <http://dx.doi.org/10.38116/978-65-5635-018-9/cap8>

PLENS, J. A.; VALENTE, J. Y.; MARI, J. J.; SANCHEZ, Z. M.; REZENDE, L. F. M. Patterns of alcohol consumption in Brazilian adults. **Nature Scientific Reports**, v. 12, n. 8603, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-022-12127-2>

QUEIROZ, V. G. **Fatores que interferem na adesão ao tratamento de álcool e outras drogas na perspectiva da equipe multiprofissional dos Caps AD III do estado do Tocantins**. 2023. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Tocantins, Palmas, 2023. <http://hdl.handle.net/11612/6766>

RAHMAN, J. M. **Itinerários terapêuticos dos familiares para o cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes em Criciúma, estado de Santa Catarina, Brasil**. 2023. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2023. <http://repositorio.unesc.net/handle/1/10765>

RAUPP, L.; MILNITSKY-SAPIRO, C. A “reeducação” de adolescentes em uma comunidade terapêutica: o tratamento da drogadição em uma instituição religiosa. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 21, n. 3, p. 379-386, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-37722008000300013>

REICHERT, R. A. *et al.* Barreiras de acesso e o papel da psicologia na adesão de usuários de drogas na atenção básica à saúde. *In*: LOPES, F. M. *et al.* (orgs.). **Psicoterapias e abuso de drogas**: uma análise a partir de diferentes perspectivas teórico-metodológicas. Curitiba: Editora CRV, 2021. p. 443-474.

REIS, T. R. Empoderamento e Grupos de Mútua Ajuda. *In*: ALARCON, S.; JORGE, M. A. S. (orgs.). **Álcool e outras drogas**: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 191-209. DOI: <https://doi.org/10.7476/9788575415399>

ROBERTI JUNIOR, J. P.; BENETTI, I. C.; ZANELLA, M. Itinerário terapêutico, escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 8, n. 18, 2017. DOI: <https://doi.org/10.5007/cbsm.v8i18.69415>

RONZANI, T. M.; NOTO, A. R.; SILVEIRA, P. S. **Reduzindo o estigma entre usuários de drogas**: guia para profissionais e gestores. Juiz de Fora: Editora da UFJF. 2014.

RONZANI, T. M.; PEREIRA, T. S.; CASTRO, J. B.; DIMENSTEIN, M. Determinantes Sociais e Dependência de Drogas: Revisão Sistemática da Literatura. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 39, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102.3772e39407.pt>

SANTANA, G. V.; SANTOS, J. L. S.; SANTOS, J. M. J.; ALVES, L. J.; MENEZES, A. F.; FREITAS, C. K. A. C. Perfil sociodemográfico e de dependência química dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial especializado. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 17, n. 1, e155433, 2021. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2021.155433>

SCHNEIDER, D. R. Horizonte de racionalidade acerca da dependência de drogas nos serviços de saúde: implicações para o tratamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 3, p. 621-632, 2010.

SCHULMAN, G. **A internação forçada de adultos que fazem uso abusivo de drogas**. 2018. Tese (Doutorado em Direito) – Centro de Ciências Sociais, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018. <http://www.bdttd.uerj.br/handle/1/9372>

SCHÜTZE, F. **Pesquisa biográfica e entrevista narrativa**. In Metodologias da pesquisa qualitativa em educação: teoria e prática. Petrópolis, RJ: Vozes, p. 211-222, 2010.

SILVA, L. B.; BICUDO, V. Determinantes sociais e determinação social do processo saúde-doença: discutindo conceitos e perspectivas. In: SANTOS, F.; SILVA, J.; MACHADO, R. (org.). **Trabalho e saúde: debates contemporâneos**. São Paulo: Morula, 2022. p. 115-134.

SILVA, M. C.; TREICHEL, C. A. S.; ONOCKO-CAMPOS, R. T. Itinerários terapêuticos compartilhados por usuários de serviços especializados de saúde mental: uma análise por clusters. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 40, n. 11, e00052624, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT052624>

SILVEIRA, P. S.; RONZANI, T. M. Estigma social e saúde mental: quais as implicações e importância do profissional de saúde. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, n. 28, p. 51-58, 2011.

SILVEIRA, R. W. M.; REZENDE, D.; MOURA, W. A. Pesquisa-intervenção em um CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 3, n. 2, p. 184-197, 2010.

SOARES, Hugo Leonardo Rodrigues. **Barreiras de Acesso aos usuários de álcool e outras drogas aos CAPS: revisão da literatura**. 2022. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2022. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/52858>

SOUSA, M. D. G. D. M.; CASTRO, L. D. C.; MALTA, D. C.; GONÇALVES, A. M. D. S.; SILVA JÚNIOR, F. J. G. D.; LIMA, L. H. D. O. Fatores associados ao policonsumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas: Pesquisa Nacional de Saúde do

Escolar 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 5, p. 1-12, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024295.06882023>

TAVARES, J. S. C. **Redes sociais e saúde: explorando o universo de famílias de classe popular e seu entorno comunitário**. 2009. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009. <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/27083>

TEIXEIRA, R.; FERRO, R. C. Consumo de álcool enquanto prática social: implicações para a comensalidade e a hospitalidade. **Mediações – Revista de Ciências Sociais**, v. 30, e50970, 2025. DOI: <https://doi.org/10.5433/2176-6665.2025v30e50970>

UNODC – United Nations Office on Drugs and Crime. **World Drug Report 2025**. Vienna: United Nations publication, 2025.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International guide for monitoring alcohol consumption and related harm**. Genève: WHO, 2000. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/international-guide-for-monitoring-alcohol-consumption-and-related-harm>. Acesso em: 27 set. 2025.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on alcohol and health 2018**. Geneva: WHO, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>. Acesso em: 20 set. 2025.

WHO –WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Alcohol**. Geneva: WHO, 2024a. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>. Acesso em: 20 set. 2025.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders**. Geneva: WHO, 2024b. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/377960/9789240096745-eng.pdf>. Acesso em: 20 set. 2025.

## **ANEXO A – Os 12 PASSOS DE ALCOÓLICOS ANÔNIMOS**

**1º Passo:** “Admitimos que éramos impotentes perante o álcool - que tínhamos perdido o domínio sobre nossas vidas”;

**2º Passo:** “Viemos a acreditar que um Poder Superior a nós mesmos poderia devolver-nos à sanidade”;

**3º Passo:** “Decidimos entregar nossa vontade e nossa vida aos cuidados de Deus, na forma em que O concebíamos”;

**4º Passo:** “Fizemos minucioso e destemido inventário moral de nós mesmos”;

**5º Passo:** “Admitimos perante Deus, perante nós mesmos e perante outro ser humano a natureza exata de nossas falhas”;

**6º Passo:** “Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter”;

**7º Passo:** “Humildemente rogamos a Ele que nos livrasse de nossas imperfeições”;

**8º Passo:** “Fizemos uma relação de todas as pessoas que tínhamos prejudicado e nos dispusemos a reparar os danos a elas causados”;

**9º Passo:** “Fizemos reparações diretas dos danos causados a tais pessoas, sempre que possível, salvo quando fazê-las significasse prejudicá-las ou a outrem”;

**10º Passo:** “Continuamos fazendo o inventário pessoal e, quando estávamos errados, nós o admitíamos prontamente”;

**11º Passo:** “Procuramos através da prece e da meditação, melhorar nosso contato consciente com Deus, na forma em que O concebíamos, rogando apenas o conhecimento de Sua vontade em relação a nós e forças para realizar essa vontade”;

**12º Passo:** “Tendo experimentado um despertar espiritual, graças a estes passos, procuramos transmitir esta mensagem aos alcoólicos e praticar estes princípios em todas as nossas atividades”.

**Fonte:** JUNAAB (2004)

## ANEXO B – 12 PASSOS DA PASTORAL DA SOBRIEDADE

1. **Admitir:** Senhor, ADMITO minha dependência dos vícios e pecados, e que sozinho, não posso vencê-los. Liberta-me!
2. **Confiar:** Senhor, CONFIO em Ti, ouve o meu clamor. Cura-me!
3. **Entregar:** Senhor, ENTREGO minha vida, minhas dependências, em tuas mãos. Espero em Ti. Aceita-me!
4. **Arrepende-se:** Senhor, ARREPENDIDO de tudo que fiz, quero voltar para a tua graça, para a casa do Pai. Acolhe-me!
5. **Confessar:** Senhor, CONFESSO meus pecados, e publicamente, peço teu perdão e o perdão dos meus irmãos. Absolve-me!
6. **Renascer:** Senhor, RENASÇO no teu Espírito para a Sobriedade. O homem velho passou, eis que sou uma criatura nova. Batiza-me!
7. **Reparar:** Senhor, REPARO financeira e moralmente a todos que, na minha dependência, eu prejudiquei. Ajuda-me a resgatar minha dignidade e a confiança dos meus. Restaura-me!
8. **Professar a Fé:** Senhor, PROFESSO que creio na Santíssima Trindade e peço a ajuda da Igreja, com a intercessão de todos os santos. Instrui-me na Tua Palavra!
9. **Orar e Vigiar:** Senhor, ORANDO e VIGIANDO para não cair em tentação, seremos perseverantes nos Teus ensinamentos. Dá-me a Tua Paz!
10. **Servir:** Senhor, SERVINDO, a exemplo de Maria, nossa mãe e de todos, queremos, gratuitamente, fazer dos excluídos os nossos preferidos, através da Pastoral da Sobriedade.
11. **Celebrar:** Senhor, CELEBRANDO a Eucaristia, em comunidade com os irmãos, teremos força e graça, para perseverarmos nesta caminhada. Alimenta-nos no Corpo e Sangue de Jesus!
12. **Festejar:** Senhor, FESTEJANDO os 12 passos para a Sobriedade Cristã, irmanados com todos, na mesma esperança, por uma vida sem drogas, queremos partilhar e anunciar Jesus Cristo Redentor, pelo nosso testemunho.

**Fonte:** Pastoral da Sobriedade (s.d.)

## **APÊNDICE A – ROTEIRO PARA A ENTREVISTA NARRATIVA**

**Questão emanante:** “Qual a sua trajetória na busca por cuidados para os problemas ocasionados na tua vida pelo uso do álcool ou drogas e qual a tua percepção sobre estes locais, bem como as dificuldades e barreiras que você encontrou? Pode começar falando sobre você e sua história com o uso?”

### **1. Identificação do entrevistado**

(Exemplos: nome completo e pseudônimo, data nascimento e idade atual, naturalidade, profissão, estado civil, a quanto tempo vive nesta cidade);

### **2. Contexto de uso do álcool e outras drogas e o processo de busca por cuidado.**

(Exemplos: quando e em que contexto iniciou o seu uso de álcool e outras drogas? quando e em que contexto o uso das SPA se tornou um problema? como foi o seu processo de agravamento do padrão de uso? Quando e em que contexto você foi procurar o primeiro local para cuidado? como foi o processo de buscar por locais para seu cuidado? quais os locais/instituições/serviços você já procurou para seu cuidado/tratamento/acompanhamento para os problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas?)

### **3. Processo de busca por cuidado**

(Exemplos: Percepções sobre os locais e do cuidado recebido

(Exemplos: qual a percepção sobre como foi o cuidado recebido - pontos positivos e negativos de cada um desses locais; qual tua visão geral sobre todo esse caminho percorrido na busca de cuidado para esse problema relacionado ao uso de SPA?

### **4. Barreiras de acesso aos locais de cuidado**

(Exemplo)

### **5. Perspectivas de futuro**

(Exemplo: quais as perspectivas de futuro em seu caminho de cuidado?)

## APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar da pesquisa de mestrado intitulada: **“Itinerário Terapêutico de pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas”**. Esta pesquisa tem como objetivo compreender os itinerários terapêuticos de pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas em um município do norte de Santa Catarina (Jaraguá do Sul). O estudo será realizado por Denise Thum, sob orientação da professora Dr<sup>a</sup> Daniela Ribeiro Schneider.

A participação nesta pesquisa será por meio de uma entrevista no estilo narrativa, composta por 04 temas sobre a sua experiência pessoal em busca por cuidados de saúde, devido ao uso de álcool e outras drogas. Assim, peço sua autorização, para durante a entrevista seja utilizado gravador de voz, para colher seu depoimento. A entrevista terá duração de 1 hora, aproximadamente.

Sua participação é voluntária, não obrigatória, portanto, você decide se quer participar ou não, e pode retirar sua participação a qualquer momento, sem nenhum prejuízo ou penalização. Ao participar deste estudo, não haverá risco para sua integridade física, um possível risco de desconforto é de se sentir ansioso(a) ou angustiado(a) por estar respondendo a questões pessoais. Mas, garantimos o sigilo dos dados e que seu nome não será revelado a ninguém. Aliás, sugerimos que você escolha um pseudônimo (nome fictício) para sua entrevista.

Seu depoimento será de enorme ajuda para a construção do conhecimento sobre os caminhos percorridos por usuários de álcool e outras drogas em busca de cuidados de saúde em Jaraguá do Sul/SC. Os benefícios diretos coletivos e indiretos aos participantes da pesquisa abrangem o uso de dados coletados para que sejam pensadas estratégias de aprimoramento dos cuidados em saúde direcionados a pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas.

As informações coletadas serão utilizadas somente para a pesquisa, e os resultados poderão ser divulgados em artigos científicos, revistas especializadas e encontros científicos, sempre impedindo a revelação da sua identidade. Você poderá tirar dúvidas sobre esta pesquisa e sua participação a qualquer momento. Sinta-se à vontade para pensar e, se quiser, consultar seus familiares ou outras pessoas de sua confiança que possam ajudá-lo(a) na decisão sobre a participação.

Para participar neste estudo, você e a pesquisadora deverão rubricar todas as páginas deste Termo, assinar na última página e colocar a data em que ocorrerá

a entrevista. Este documento foi redigido em duas vias, uma via é sua e a outra via é da pesquisadora responsável.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH/UFSC). O CEPSH é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

E-mail: [cep.propesq@contato.ufsc.br](mailto:cep.propesq@contato.ufsc.br)

Telefone/WhatsApp: (48) 3721-6094

Endereço: Prédio Reitoria II, 7º andar, sala 701 – Campus da UFSC – Florianópolis

Contato com a pesquisadora responsável pelo estudo: Daniela Ribeiro Schneider –

e-mail: [danielaschneiderpsi@gmail.com](mailto:danielaschneiderpsi@gmail.com)

Contato com a pesquisadora principal do estudo: Denise Thum – e-mail:

[dethum@gmail.com](mailto:dethum@gmail.com)

Jaraguá do Sul, Santa Catarina, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.

Denise Thum – CPF 59036796091

“Declaro que entendi o objetivo, os riscos, os benefícios e as condições da minha participação na pesquisa intitulada **“Itinerário Terapêutico de pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas”** e concordo em participar”.

( ) Autorizo a gravação da entrevista ( ) Não autorizo a gravação da entrevista

Nome e pseudônimo escolhido do participante

---

Assinatura do participante

**APÊNDICE C – DECLARAÇÃO DE INSTITUIÇÃO PARTICIPANTE DA PESQUISA**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E A ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL**

**DECLARAÇÃO INSTITUIÇÃO PARTICIPANTE DA PESQUISA**

Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Secretaria Municipal de Saúde/Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas, tomei conhecimento do projeto de pesquisa de mestrado em Saúde Mental e Atenção Psicossocial: Itinerário Terapêutico de pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas das pesquisadoras Daniela Ribeiro Schneider e Denise Thum e cumprirei os termos da Resolução CNS 510/16 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Santa Catarina, ...../...../.....

**ASSINATURA:** .....

**NOME:** .....

**CARGO:** .....

**CARIMBO DO/A RESPONSÁVEL**

**APÊNDICE D – DECLARAÇÃO DE INSTITUIÇÃO PARTICIPANTE DA PESQUISA**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E A ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL**

**DECLARAÇÃO INSTITUIÇÃO PARTICIPANTE DA PESQUISA**

Comunidade Terapêutica Pe. Aloísio Boeing

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Comunidade Terapêutica Pe. Aloísio Boeing, tomei conhecimento do projeto de pesquisa de mestrado em Saúde Mental e Atenção Psicossocial: **Itinerário Terapêutico de pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas** das pesquisadoras Daniela Ribeiro Schneider e Denise Thum e cumprirei os termos da Resolução CNS 510/16 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Santa Catarina, ...../...../.....

**ASSINATURA:** .....

**NOME:** .....

**CARGO:** .....

**CARIMBO DO/A RESPONSÁVEL**

**APÊNDICE E – DECLARAÇÃO DE INSTITUIÇÃO PARTICIPANTE DA PESQUISA**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E A ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL**

**DECLARAÇÃO INSTITUIÇÃO PARTICIPANTE DA PESQUISA**

Casa de Passagem

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Casa de Passagem, tomei conhecimento do projeto de pesquisa de mestrado em Saúde Mental e Atenção Psicossocial: **Itinerário Terapêutico de pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas** das pesquisadoras Daniela Ribeiro Schneider e Denise Thum e cumprirei os termos da Resolução CNS 510/16 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Santa Catarina, ...../...../.....

**ASSINATURA:** .....

**NOME:** .....

**CARGO:** .....

**CARIMBO DO/A RESPONSÁVEL**

**APÊNDICE F – DECLARAÇÃO DE INSTITUIÇÃO PARTICIPANTE DA PESQUISA**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E A ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL**

**DECLARAÇÃO INSTITUIÇÃO PARTICIPANTE DA PESQUISA**

Grupo de Ajuda Mútua (Alcoólicos Anônimos)

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal do grupo de ajuda mútua (Alcoólicos Anônimos), tomei conhecimento do projeto de pesquisa de mestrado em Saúde Mental e Atenção Psicossocial: **Itinerário Terapêutico de pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas** das pesquisadoras Daniela Ribeiro Schneider e Denise Thum e cumprirei os termos da Resolução CNS 510/16 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Santa Catarina, ...../...../.....

**ASSINATURA:** .....

**NOME:** .....

**CARGO:** .....

**CARIMBO DO/A RESPONSÁVEL**