



University of  
Texas Libraries



e-revist@s



Centro Unversitário Santo Agostinho

revistafsa

www4.fsnet.com.br/revista

Rev. FSA, Teresina, v. 19, n. 9, art. 16, p. 318-336, set. 2022

ISSN Impresso: 1806-6356 ISSN Eletrônico: 2317-2983

http://dx.doi.org/10.12819/2022.19.9.16

DOAJ DIRECTORY OF  
OPEN ACCESS  
JOURNALS

WZB  
Wissenschaftszentrum Berlin  
für Sozialforschung



MIAR



## Experiências com o Fenômeno da Abstinência no Caps Ad do Município de Maranguape, Ceará

### Experiences with the Phenomenon of Abstinence in the “Caps Ad” of Maranguape, Ceará

#### Gisele Albuquerque de Abreu

Especialista em Álcool e Outras Drogas/Escola de Saúde Pública do Ceará

Graduação em Serviço Social pela Faculdade Cearense

Assistente Social do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas de Maranguape, Ceará

E-mail: giseleab85@hotmail.com

#### Francisco Anderson Carvalho de Lima

Doutorado em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará

Mestre em Avaliação de Políticas Públicas pela Universidade Federal do Ceará

Professor Visitante da Escola de Saúde Pública do Ceará

E-mail: acarvalho.eco@gmail.com

#### Endereço: Gisele Albuquerque de Abreu

CAPS AD Maranguape – Av. Stenio Gomes, s/n, Centro,  
CEP: 61.940-145, Maranguape/CE, Brasil.

#### Endereço: Francisco Anderson Carvalho de Lima

Escola de Saúde Pública do Ceará – Av. Antônio Justa,  
3161, Meireles, CEP: 60.165-090, Fortaleza/CE, Brasil.

#### Editor-Chefe: Dr. Tonny Kerley de Alencar Rodrigues

Artigo recebido em 03/06/2022. Última versão  
recebida em 16/06/2022. Aprovado em 17/06/2022.

Avaliado pelo sistema Triple Review: a) Desk Review  
pelo Editor-Chefe; e b) Double Blind Review  
(avaliação cega por dois avaliadores da área).

Revisão: Gramatical, Normativa e de Formatação



## RESUMO

Apresentamos um relato de experiência sobre o fenômeno da abstinência no processo de recuperação e tratamento no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas, do município de Maranguape, Ceará. Objetivamos expressar como realizamos o cuidado em Saúde Mental, mediante as lutas conquistadas durante a Reforma Psiquiátrica, por meio da Lei de nº 10.216/2001, a qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental e inscreve o equipamento em espaço comunitário, com equipe multiprofissional responsável para a realização de escuta qualificada entre usuários, familiares e território. Abordamos como esse acompanhamento é realizado no serviço, no âmbito da intersetorialidade da Rede de Atenção Psicossocial, pois o usuário apresenta demandas nas várias esferas, seja nos espaços da assistência, saúde, educação ou segurança. No cotidiano de trabalho, percebemos como a abstinência surge e identificamos as potencialidades, fortalezas e a importância do autoconhecimento e autocuidado, como agentes que promovem o empoderamento e a sua qualidade de vida, os quais se constituem como fortes aliados na elaboração do Plano Terapêutico Singular, para além do adoecimento psíquico e do fenômeno da abstinência. Observamos que as dinâmicas de cuidado perpassam a geração de renda, emprego, atividades de fortalecimento de vínculos, além do cuidado integralizado, pois consoante a citada legislação o tratamento e o acompanhamento não se restringem à visão biomédica e tais sinais e quadros clínicos demandam olhar humanizado e acolhedor, direcionando para uma avaliação e acompanhamento intersetorial e transdisciplinar.

**Palavras-chave:** Síndrome de Abstinência. Saúde mental. Rede de Atenção Psicossocial. Autocuidado.

## ABSTRACT

We present an experience report on the phenomenon of abstinence in the process of recovery and treatment in the Center for Psychosocial Care in Alcohol and Other Drugs (CAPS AD) in Maranguape, Ceará. We aim to express how we perform the Mental Health care, through the struggles conquered during the Psychiatric Reform, by means of the Law no. 10.216/2001, which disposes about the protection and the rights of people with mental disorders, redirects the care model in mental health, and inscribes the service in community, with a multiprofessional team responsible for the realization of qualified listening among users, family members, and territory. We address how this monitoring is carried out in the service, in the intersectoral context of the Psychosocial Care Network, because the user presents demands in various spheres, whether in the areas of care, health, education, or security. In our daily work, we realize how abstinence arises and identify the potentialities, strengths, and the importance of self-knowledge and self-care, as agents that promote empowerment and quality of life, which are strong allies in the development of the Singular Therapeutic Plan, beyond the psychic illness and the phenomenon of abstinence. We note that the dynamics of care permeate the generation of income, employment, activities to strengthen ties, in addition to comprehensive care, because according to the aforementioned legislation, the treatment and monitoring is not restricted to the biomedical view and such signs and clinical pictures require a humanized and welcoming look, leading to an intersectoral and transdisciplinary assessment and monitoring.

**Keywords:** Abstinence Syndrome. Mental Health. Psychosocial Care Network. Self-Care.

## 1 INTRODUÇÃO

A abstinência ocorre quando o usuário permanece sem o uso da substância em uma situação de dependência, situação clínica em que pode apresentar mudanças tanto no comportamento, quanto físicas, como alterações bruscas de humor, além de irritabilidade e outros sintomas físicos, como tremores, náusea, palpitação e alucinação e se caracterizam por serem crises decorrentes da falta da substância no organismo (RIBEIRO; LARANJEIRA, 2016).

Em nosso atual contexto psicossocial, o individualismo, o consumismo e o culto ao prazer buscam criar uma falsa realidade para suportar a existência-sofrimento diante do desencanto na pós-modernidade.

Dessa forma, o uso abusivo de substâncias psicoativas e o terror ocasionado no enfrentamento do cotidiano sem a presença desse consumo, podem ampliar a experiência do sofrimento humano e dificultar os cuidados psicossociais durante os processos de abstinência.

Importante lembrar que em nossa sociedade com matriz colonial eurocêntrica e católica, a dominação era expressa sobre a abstinência dos prazeres considerados mundanos como as festividades, o modo alimentar, sexo e o uso de álcool. No entanto, essa interdição não era igual para todos. Aos nobres e aos escolhidos para conviver próximo ao poder, eram feitas concessões sobre a abstinência. Ao povo, era relegado o controle dos impulsos para a melhoria da moral e dos bons costumes.

No caso da pessoa com dependência química, a vivência da abstinência principalmente nas instituições conhecidas como Comunidades Terapêuticas, onde muitas seguem normas religiosas, é uma prática integrante do seu modo de funcionar.

Já no modelo de atenção psicossocial, a questão da abstinência não pode ser uma senha de acesso ao serviço. O usuário pode acessar qualquer ponto da Rede de Atenção Psicossocial, mesmo em uso de substâncias psicoativas. A abstinência passa então a ser uma realidade que vai sendo construída dentro de um programa de cuidados específicos, no qual o julgamento e a condenação moral sobre o uso de substâncias não deveriam encontrar espaço. Existe, porém, uma necessidade constante dos programas de educação permanente em saúde mental para que essa concepção da abstinência seja desconstruída por parte dos profissionais da saúde e, dessa forma, a assistência mais humanizada possa ser efetivada.

Há, ainda, a questão de os efeitos psiquiátricos e psicossociais da abstinência das substâncias psicoativas quando o usuário não consegue mais fazer uso por questões econômicas ou fisiológicas. Nesse caso, as condutas de cuidado passam a ser diferenciadas.

Nos serviços de saúde mental, a famosa frase “crise de abstinência” delimita um estado de intenso sofrimento psicossocial que testa e cuida dos intensivos como a utilização de medicamentos psiquiátricos e a construção ou fortalecimento de vínculos entre a equipe e o usuário para estratégias de cuidados que possibilitem superar esse momento de desestruturação para a construção de um singular programa de cuidados continuados.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) surge como oferta de cuidado integral às pessoas com adoecimentos psíquicos, dentre as quais também aquelas em decorrência do uso abusivo de substâncias psicoativas. Nesse sentido, a integração de várias abordagens possibilita um manejo eficaz da demanda apresentada, o que perpassa por uma gestão descentralizada e participativa, onde podemos ampliar no reconhecimento do território, o qual é essencial para a caracterização da população e seus problemas de saúde.

No município de Maranguape, Ceará, a RAPS se insere na composição de um cenário de dispositivos da saúde e assistência, além do trabalho humanizado da Segurança Pública (Polícia Militar), assim como palestras, rodas de conversa com alunos e professores da rede pública de ensino. Essas ações buscam tentar promover um diálogo humanizado, para isso fazemos debates e reflexões sobre o contexto histórico, social, econômico, político e cultural do nosso país, perpassando assim para um conhecimento e autoconhecimento diante da nossa vivência, enquanto sujeito, amparados por direitos e deveres, conforme a Constituição Federativa do Brasil de 1988, chamada de “Constituição Cidadã”.

Assim, por meio desse cenário, esta pesquisa se orientou pelo seguinte questionamento: qual a experiência com o fenômeno da abstinência no cotidiano profissional do CAPS AD do município de Maranguape, Ceará?

Dessa maneira, o presente artigo tem como objetivo geral descrever a experiência da assistente social da equipe de referência do Centro de Atenção Álcool e Outras Drogas (CAPS AD) do município de Maranguape, Ceará.

E, como objetivos específicos, refletir sobre as concepções de abstinência nos processos de cuidado realizados no serviço e apresentar algumas políticas públicas brasileiras de saúde mental em álcool e outras drogas.

## 2 ASPECTOS METODOLÓGICOS

A pesquisa será de abordagem qualitativa e de natureza bibliográfica e vivencial, anunciando revisão narrativa de concepções de autores sobre a abstinência e a experiência vivenciada como assistente social em um serviço de atenção psicossocial especializada em

álcool e outras drogas, o CAPS AD do município de Maranguape, Ceará. O aspecto bibliográfico embasa a pesquisa científica, assim como promove visões reflexivas para além da realidade e seu contexto. Para Minayo (2001, p. 12);

A cientificidade, portanto, tem que ser pensada como uma ideia reguladora de alta abstração e não como sinônimo de modelos e normas a serem seguidos. A história da ciência revela não um "a priori", mas o que foi produzido em determinado momento histórico com toda a relatividade do processo de conhecimento.

Dessa forma, nos debruçaremos com o tipo de pesquisa bibliográfica, a qual nos permitirá por meio do empirismo, essa reflexão e demais questionamentos provedores de conhecimentos, com embasamentos teórico, científico e, sobretudo, histórico e crítico, através da revisão literária. Dessa forma, citamos os autores Brito, Oliveira e Silva (2021, p. 4);

Em outras palavras, a pesquisa qualitativa permite a compreensão de múltiplos aspectos da realidade, viabilizando a avaliação e assimilação da dinâmica interna de processos e atividades. Por isso, a opção pela abordagem qualitativa é perfeitamente cabível quando a pesquisa a ser desenvolvida requerer visão ampla do objeto que será estudado, e suas inter-relações no que diz respeito aos aspectos sociais, políticos e culturais.

Podemos, assim, alinhar como forma de entendimento da realidade em que se vive as relações e sentidos atribuídos à temática delimitada, como se dá o processo de abstinência por parte dos usuários do serviço a partir de nossa experiência de atuação.

### **3 REFERENCIAL TEÓRICO**

#### **3.1 Concepções sobre abstinência**

Para os autores Beck e David (2007), o consumo de drogas sempre esteve presente na história da humanidade, porém era vinculado a rituais religiosos, o que favorecia o seu controle. Atualmente, devido à oferta e variedade de drogas acessíveis em todas as camadas sociais, no contexto consumista da sociedade contemporânea, o uso desvinculou-se de outras atividades sociais, passando a justificar-se por si próprio.

A chamada dependência química é o resultado do encontro de uma droga, uma personalidade e um meio sociocultural, sendo a droga uma porção química, um objeto, um produto inerte que sempre esteve presente na história da humanidade e na própria natureza. A personalidade é própria e exclusiva do ser humano, o que o diferencia e o destaca de todos. O

meio sociocultural é o espaço onde este ser transita, interage, se relaciona, influencia e é influenciado, expondo suas potencialidades e vulnerabilidades que são dinâmicas e variáveis.

Portanto, não existe um fator preponderante que determine a dependência química, mas uma confluência de fatores e condições internas e externas que produzirá o usuário de drogas dependente químico.

Já segundo Rigotto e Gomes (2002, p. 95):

o sentido é uma escolha, consciente ou não, que surge da decodificação da experiência, isto é, na relação entre percepção e expressão. O consumo de drogas é uma forma de expressão e percepção de si mesmo, numa relação que inclui os outros e o ambiente em que se vive.

Assim, a busca por tratamento terapêutico decorre, na maioria dos casos, quando os usuários se encontram em um nível elevado da dependência química, em sensações de intolerância ao uso das drogas e apresentando assim sentimentos de “culpas”, porém, em outros casos, como uso recreativo de determinadas substâncias lícitas como o álcool. Nestas situações, muitas vezes, o usuário se encontra em estado de abstinência, o qual se caracteriza pelo desenvolvimento de um quadro de síndrome devido à interrupção ou redução do uso pesado e prolongado de determinada substância, causando sofrimento ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (MALBERGIER; AMARAL, 2013).

Podemos assim citar sinais de abstinência, quanto ao adoecimento psíquico: forte desejo ou compulsão pela substância (fissura ou *craving*); dificuldade em controlar o uso em termos de início, término e quantidade; presença da síndrome de abstinência; maior tolerância a determinada substância; continuidade do uso a despeito da consciência dos prejuízos que ele traz; e abandono progressivo de comportamentos e hábitos pregressos (RIBEIRO; LARANJEIRA, 2016).

Com relação ao forte desejo ou compulsão pela substância, também chamado de fissura ou *craving*, consiste no forte impulso, quase que incontrolável, do dependente químico em consumir uma substância (ARAÚJO *et al.*, 2008). Esse sintoma é visível em quase todas as pessoas com o transtorno. O usuário, por já ter usado a substância anteriormente, antecipa em sua mente as sensações de prazer e alívio obtidos com os últimos usos; por isso surge o desejo compulsivo pela próxima ocasião de uso.

A dificuldade em controlar o uso é uma consequência da fissura, pois em função do impulso pelo uso de uma droga, o sujeito em situação de dependência química tem o juízo de valor prejudicado sem conseguir dosar as quantidades a serem usadas.

Por fim, esses aspectos podem desencadear um quadro de síndrome de abstinência desenvolvendo crises sintomáticas decorrentes da falta do uso de uma substância, como náuseas, enxaquecas, tremores, delírios e/ou alucinações, apresentando um forte incômodo por conta da falta da substância com a qual o seu organismo estava acostumado (MALBERGIER; AMARAL, 2013). As características das crises variam com a droga consumida e podem afetar o organismo do ser humano como um todo.

Vale ressaltar que, para além de toda esta questão, há também um estigma com o qual o dito “viciado” é identificado, sendo que esse possível processo de estigmatização rompe com a autoidentificação enquanto sujeito e sobretudo cidadão de direitos e deveres, além das suas escolhas. O cenário desse panorama social pode ser visualizado no cotidiano dos usuários no qual as substâncias psicoativas têm sua existência em um contexto neoliberal, capitalista, por conseguinte envolvendo razões sociais como desemprego, exclusão, precarização de mão de obra, barateamento do trabalho incidindo em pouco tempo e negligência para o autocuidado.

Nesse sentido, o indivíduo estigmatizado é “o” diferente em uma sociedade que exige a semelhança, não reconhecendo as diferenças dentro da semelhança. O diferente tende à conotação de nocivo e incapaz por fugir aos parâmetros estabelecidos na formação do padrão. O social tenta manter a imagem deteriorada, objetivando conservar a eficácia do simbólico e ocultar a manutenção do sistema de controle social (GOFFMAN, 1982 *apud* MORANDO *et al.*, 2018). Assim, o indivíduo estigmatizado como “viciado” não tem espaço nem voz, papéis a exercer, funções a executar, não pode ser sujeito da ação, tornando-se uma pessoa sem valor nas relações sociais.

A partir destas concepções, se faz necessário pensar como as políticas públicas se constituem para o cuidado a esses indivíduos.

## **4 RESULTADOS E DISCUSSÕES**

### **4.1 Políticas públicas de cuidado e atenção psicossocial ao uso de drogas**

Diante dos elementos apresentados, percebemos a necessidade de agir de forma conjunta sobre esse fenômeno, considerando a diversidade de acontecimentos inerente a este processo. Assim, mediante tal discussão envolvendo sobretudo a subjetividade humana e, portanto, suas percepções em seu processo de autocuidado, percebemos a importância do trabalho intersetorial, como forma de intervir nas diversas dimensões, as quais fazem o ser

humano ter uma vida digna para sua sobrevivência e exercício pleno de suas faculdades mentais.

Sendo assim, para Aguiar e Vicentin (2018, p. 3): “Assim, exatamente onde alguns saberes se impõem, outros não são reconhecidos ou silenciados por diversos mecanismos: as políticas de verdade”. Nesse sentido, percebemos para além de um conhecimento da realidade, a dinâmica dos acontecimentos, tendo como base geradora o processo educacional, é importante como o sujeito se percebe nesse conhecimento e autoconhecimento.

Dessa forma, a necessidade do trabalho transdisciplinar tem como importância para promover um diálogo entre diferentes áreas do conhecimento e, portanto, uma visão da clínica ampliada, sendo essa uma das diretrizes que a Política Nacional de Humanização propõe para qualificar o modo de se fazer saúde, ao preconizar:

Incluir os trabalhadores na gestão é fundamental para que eles, no dia a dia, reinventem seus processos de trabalho e sejam agentes ativos das mudanças no serviço de saúde. Incluir usuários e suas redes sociofamiliares nos processos de cuidado é um poderoso recurso para a ampliação da corresponsabilização no cuidado de si (BRASIL, 2013, p. 5).

Nesse contexto, conforme a Lei de nº 11.304, de 7 de agosto de 2006, Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas, expressa como atenção e reinserção a usuários:

- I - Respeito ao usuário e ao dependente de drogas, independente de quaisquer condições, observados os direitos fundamentais da pessoa humana, os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e da Política Nacional de Assistência Social;
- II - A adoção de estratégias diferenciadas de atenção e reinserção social do usuário e do dependente de drogas e respectivos familiares que considerem as suas peculiaridades socioculturais;
- III - Definição de projeto terapêutico individualizado, orientado para a inclusão social e para a redução de riscos e de danos e à saúde;
- IV - Atenção ao usuário ou dependente de drogas e aos respectivos familiares, sempre que possível, de forma multidisciplinar e por equipes multiprofissionais (BRASIL, 2012, p. 14).

Conforme preconiza a supracitada legislação e por meio de escutas, entendendo o contexto e a realidade na qual vive cada usuário, a abstinência por parte dos usuários é muito presente como demanda no cotidiano dos serviços e, portanto, na prática profissional.

Identificamos assim a necessidade do fazer na promoção de saúde mental nos diversos equipamentos públicos, privados e redes informais para além do serviço de saúde. Percebemos a importância de capacitações e ampliação quanto ao cuidado e as demais orientações referentes à abstinência química, ao tratamento terapêutico e, sobretudo, o essencial entendimento sobre redução de danos.



Conforme a Portaria de nº 1.028, de 1 de julho de 2005, acerca das ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas, se preconizam as seguintes ações:

Art. 3º. Definir que as ações de redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, compreendam uma ou mais das medidas de atenção integral à saúde, listadas a seguir, praticadas respeitando as necessidades do público alvo e da comunidade:

I - informação, educação e aconselhamento;

II - assistência social e à saúde; e

III - disponibilização de insumos de proteção à saúde e de prevenção ao HIV/Aids e Hepatites (BRASIL, 2005, s.p.).

Nesse sentido, se faz importante a compreensão dos Determinantes Sociais em Saúde (DSS). Em atendimentos e, portanto, acompanhamento, o contexto econômico, social, político e cultural é identificado, dentre variados determinantes, os quais implicam e atribuem uma qualidade de vida. Percebemos, a partir da inserção em equipe multidisciplinar no cotidiano de trabalho, as mínimas condições de subsistência como moradia, alimentação, condições de trabalho, acesso à saúde e assistência, além de sua historicidade, e cada uma delas traz uma gama de determinantes, as quais devem ser vistas e dadas como possíveis fatores determinantes, para além dos sintomas e sinais manifestados. Assim como dialogado no serviço de matricialmente, no qual perpassamos para um acompanhamento intersetorial e, portanto, uma compreensão dialética.

Acerca da relação entre esses aspectos dialéticos entre os determinantes sociais em saúde e a promoção de saúde, Buss e Pellegrini Filho (2007, p. 82) consideram que

Há várias abordagens para o estudo dos mecanismos através dos quais os DSS provocam as iniquidades de saúde. A primeira delas privilegia os “aspectos físico-materiais” na produção da saúde e da doença, entendendo que as diferenças de renda influenciam a saúde pela escassez de recursos dos indivíduos e pela ausência de investimentos em infraestrutura comunitária (educação, transporte, saneamento, habitação, serviços de saúde etc.), decorrentes de processos econômicos e de decisões políticas. Outro enfoque privilegia os “fatores psicossociais”, explorando as relações entre percepções de desigualdades sociais, mecanismos psicobiológicos e situação de saúde, com base no conceito de que as percepções e as experiências de pessoas em sociedades desiguais provocam estresse e prejuízos à saúde.

Neste ínterim, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) se estrutura a fim de fornecer cuidado integral às pessoas com sofrimento psíquico e transtornos mentais no âmbito do SUS.

A portaria 3.088/2011 instituiu a Rede de Atenção Psicossocial- RAPS, cuja finalidade foi a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas em

sofrimento ou com transtorno mental, como também necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS (BRASIL, 2011).

Em uma de suas diretrizes, enfatiza serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e seus familiares. Conforme preconiza a supracitada portaria em suas diretrizes, em seu Art. 2º, constituem-se diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS);

- I - respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
- II - promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
- III - combate a estigmas e preconceitos;
- IV - garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- VI - diversificação das estratégias de cuidado;
- VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
- VIII - desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;
- IX - ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
- X - organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;
- XI - promoção de estratégias de educação permanente; e
- XII - desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

Nesse sentido, a RAPS assegura o cuidado, visando assegurar às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de drogas, o acesso a um atendimento integral e humanizado, com foco no acolhimento, acompanhamento contínuo, vinculação a toda rede setorial e intersetorial.

É importante salientar que, para além dos dispositivos de saúde que compõem a RAPS, se faz necessária a interlocução entre outras políticas e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) surge como estratégico neste sentido, sobretudo a fim de operar os elementos de proteção social em interface com a saúde. Isto se faz relevante sobretudo considerando os aspectos de determinação social da saúde envoltos no fenômeno do uso de substâncias e o imperativo de abstinência como modelo de cuidado.

Dessa forma, se define a proteção social no âmbito da tipificação dos serviços socioassistenciais, Resolução de nº 109, 11 de novembro de 2009, a Política Nacional de Assistência Social assegura níveis de complexidade do SUAS: Proteção Social Básica e Proteção Social Especial de Média e Alta Complexidade (BRASIL, 2009).

A proteção social básica tem como objetivos prevenir situações de riscos por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Ainda oferecer serviços, programas, projetos visando acolhimento, convivência e socialização de famílias e de indivíduos, conforme identificação da situação de vulnerabilidade apresentada.

São considerados serviços de média complexidade aqueles que oferecem atendimentos às famílias e indivíduos com seus direitos violados, mas cujos vínculos familiar e comunitário não foram rompidos. Nesse sentido, os serviços requerem maior estruturação técnica e operacional e atenção especializada e mais individualizada e/ou de acompanhamento sistemático e monitorado.

Compreende atenções e orientações direcionadas para a promoção de direitos, a preservação e o fortalecimento de vínculos familiares, comunitários e sociais e para o fortalecimento da função protetiva das famílias diante do conjunto de condições que as vulnerabilizam e/ou as submetem a situações de risco pessoal e social.

Conforme a referida tipificação dos serviços socioassistenciais, o serviço Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) oferta os seguintes serviços:

- a. Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Prestação de Serviço à Comunidade (PSC) e Liberdade Assistida (LA);
- b. Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosos (as) e suas Famílias;
- c. Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua;
- d. Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI).

Os serviços de proteção social especial de alta complexidade são aqueles que garantem proteção integral – moradia, alimentação, higienização e trabalho protegido para famílias e indivíduos que se encontram sem referência e, ou, em situação de ameaça, necessitando ser retirados de seu núcleo familiar e, ou, comunitário.

Considerando essa gama de diretrizes anunciadas nas referidas políticas públicas, apresentamos nossa experiência com o fenômeno de abstinência no âmbito da atenção psicossocial especializada no cuidado a pessoas em uso de drogas.

## **4.2 A experiência na atenção psicossocial especializada em álcool e outras drogas no município de maranguape, ceará**

O município de Maranguape é localizado na região metropolitana de Fortaleza, capital do Ceará, e possui uma população estimada de 130.346 habitantes, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, população estimada, segundo último censo realizado em 2020 (IBGE, 2020).

Os serviços que compõem a RAPS do município envolvem os serviços de Atenção Básica, com as Unidades Básicas de Saúde (UBS), o Hospital Municipal de Urgência e Emergência, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e Comunidades Terapêuticas.

No CAPS AD de Maranguape existem 3.434 usuários, tendo sido implantado em 02 de Fevereiro de 2004, com a missão de reabilitação social, visando à redução de danos aos usuários, os quais apresentam adoecimentos psíquicos, em decorrência da dependência moderada a graves de substâncias psicoativas.

O Centro de Atenção Psicossocial a Álcool e Outras Drogas (CAPS AD) oferta acompanhamento multidisciplinar especializado com profissionais como Assistente Social, Enfermeira, Terapeuta Ocupacional, Psicólogo e Psiquiatra – sendo esses os profissionais que compõem a equipe de referência do CAPS AD do município de Maranguape – como suporte à necessidade de articulação intersetorial com os demais dispositivos e serviços da RAPS, tais como os hospitais e emergências municipais e estaduais e outros segmentos de base territorial e comunitária, tais como dispositivos das redes informais da própria comunidade, os serviços assistenciais e comunitários do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), tais como CRAS e CREAS.

Acerca dessa intersetorialidade com a política de assistência social, em nossa experiência no município de Maranguape, em muitas das demandas há pessoas em situação de rua, as quais acionamos como intervenção o acompanhamento dos serviços de Assistência Social como Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centro Especializado de Assistência Social (CREAS), e ensejam um trabalho conjunto. No CRAS quando há uma fragilização de vínculos, seja comunitário, familiar, além da orientação, cadastro e viabilização de benefícios eventuais e de transferência de renda. Já no CREAS, se aciona quando o usuário está em situação de rompimento de quaisquer dos vínculos e, para tanto, em situação de violação, negligência e abandono.

Para além desses usuários, conforme a vivência como Assistente Social no CAPS AD do município, nas várias experiências, no exercício de escuta, podemos perceber a existência de vários relatos, no sentido de compreender que o uso da droga pode provocar ou não alterações comportamentais e, portanto, sensações físicas no organismo.

Quando o usuário busca o serviço CAPS AD, no município de Maranguape/CE, percebe-se pouca compreensão quanto a reconhecer tratamento em um modelo psicossocial, sendo colocado em diversas falas a necessidade de ser internado como uma opção única de tratamento, além de se perceber um refúgio do meio em que se vive.

Em nossos atendimentos em que realizamos escutas qualificadas, esse processo de abstinência muitas vezes se encontra em um contexto de estigmatização do sujeito que faz uso de substâncias psicoativas, como abandono da família e o meio em que vive. Podemos citar, a partir dos atendimentos, que tais usuários afirmam a ociosidade e o desemprego, além do tráfico de drogas existente, como indicadores e possíveis fatores que podem provocar o uso de substâncias psicoativas, assim como a dependência de medicações benzodiazepínicas.

Com relação a esses fatores relacionados ao uso, para Beck e David (2007, p. 707):

Destacam-se quatro fatores principais que reforçam a exclusão social do usuário de drogas, de acordo com o Ministério da Saúde:

1. Associação do uso de álcool e outras drogas à delinquência...;
2. Os estigmas atribuídos aos usuários, promovendo a sua segregação social;
3. Inclusão do tráfico como alternativa de trabalho e geração de renda para as populações mais empobrecidas...;
4. A ilicitude do uso impede a participação social de forma organizada.

É identificado nos atendimentos que muitos usuários buscam o serviço quando se encontram já apresentando sintomas clínicos derivados de um quadro de abstinência, associados aos sinais de transtornos de ansiedade generalizada, depressão, alucinações, delírios, insônia e, sobretudo, o abandono da família, como uma dificuldade de compreensão da mesma, mediante o histórico do usuário e familiar e quanto à situação de dependência química.

Nesse sentido, percebemos nos serviços de acolhimentos, reavaliação, visitas domiciliares, além de atendimentos, as diversas angústias que os usuários de substâncias psicoativas trazem, tais como compreender os momentos de manifestação das sensações de abstinência química e como essas representam no cotidiano deles, ressaltando como a dita abstinência pode trazer um ressignificado para suas vidas, como entendimento e suas formas de cuidado, quanto elaboração ou reelaboração de Projeto Terapêutico Singular e o sentido

atribuído pelos usuários ao fenômeno da abstinência enquanto estratégia de autocuidado em detrimento de outros recursos terapêuticos.

Assim, como serviço psicossocial e, portanto, comunitário, realizamos o acolhimento inicial pelas profissionais Assistente Social, Psicóloga, Terapeuta Ocupacional e Enfermagem e na ocasião identificamos a relação do usuário com a substância psicoativa, história de vida, suportes familiares e comunitários, manejando ferramentas clínicas diversas.

Dialogamos com o usuário como decorreu a pensar sobre a sua escolha pelo tratamento e como o mesmo buscou acompanhamento terapêutico, sendo ofertado e acordado em acolhimento, o Plano Terapêutico Singular, como sendo ofertados grupos terapêuticos e comunitários, como grupo com Psicóloga, grupo de Cidadania e Direitos Sociais, grupo de autocuidado e grupo de família, como um serviço que irá promover, a princípio, uma forma de prover qualidade de vida e acompanhamento semi-intensivo, como foco na reabilitação, autonomia e resgate de sua autoestima e empoderamento do usuário, sendo também referenciado aos demais serviços que compõem a RAPS.

Outra ferramenta clínica que utilizamos é o estudo de caso, que referentemente ao serviço em estudo é realizado uma vez por semana, sendo a partir desse feito o diálogo com o serviço de atenção básica, como um cuidado integral, além de perceber casos estabilizados e que são acompanhados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) com acompanhamento de técnico de referência de equipamentos da saúde.

Em casos de abstinência, tendo como decorrência “recaídas” ao uso compulsivo de substâncias psicoativas, realizamos por meio de atendimento técnico, a reavaliação e, por conseguinte, reelaboração do Plano Terapêutico Singular, repensando sobre novas estratégias de estabilização, conforme expressado e acordado com usuário, evitando a internação, tendo em vista que esta “(...) em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes” (BRASIL, 2001, s.p.).

Compreendemos a importância da temática como relevante para um entendimento para além de uma visão biológica e psíquica, considerando como ser evidenciado na pesquisa, a subjetividade e, portanto, a historicidade e o contexto nacional, no qual estamos inseridos, buscando os serviços que compõem a RAPS, ter um acompanhamento terapêutico para além do equipamento e, portanto, acompanhamento em CAPS AD.

Dessa forma, consideramos o objetivo de compreender a abstinência e o processo de recuperação, em visão ampla, de escuta qualificada e, sobretudo, diante das falas colocadas por usuários acompanhados e, assim, interligados às realidades comunitárias e, sobretudo,

territoriais. Por meio desses, promover e executar ações que desenvolvam e favoreçam a promoção de saúde mental.

Assim, buscamos promover uma relação entre o autoconhecimento e o cuidado em saúde nos diversos sinais de crise abstêmia. Sendo assim, identificamos o sofrimento em querer fazer cada vez mais o uso de drogas, porém esse mesmo sujeito se mostra em diversas dimensões da sua vida e como o autocuidado pode ser realizado, de modo construtivo e humano.

O novo conceito universal de “homem” o define como “figura do saber”, como sujeito cognoscente. Ao mesmo tempo, por outro lado, esse humanismo coloca o homem como o objeto empírico do saber. É quando se dá a ascensão e o estabelecimento de Ciências Humanas. Novo “homem”: sujeito e objeto do conhecimento. Contudo, ressalta Foucault, o conhecimento, o saber, a realidade, as verdades, não estão na materialidade das coisas, e sim nas palavras, na ordem do discurso que damos às coisas, no intelecto humano. Dessa forma, é possível interpretar as categorias através das quais supostamente se pode representar a realidade das coisas como processos formados discursivamente. Tratam-se de classificações feitas a partir de uma ordem de prioridades, frutos de uma vontade de saber que persegue a possibilidade de se falar qualquer coisa sobre qualquer objeto, cuja essência é discursivamente elaborada (REED, 2013, p. 164).

Dessa forma, durante os atendimentos, percebemos que os diversos usuários do serviço se expressam pontuando em quais momentos, situações ou acontecimentos de suas vidas sentem a vontade do uso compulsivo das substâncias psicoativas, em contrapartida também explanam, com base em sua rotina e relações, como se mantém um autocontrole, colocando suas potencialidades como forma de autocuidado e controle ao uso de drogas, assim como suas “fragilidades” e vulnerabilidades, como uma forma de sobrevivência ao meio, assim como a sensação de bem-estar e alívio quanto a uma possível “crise”.

Dessa forma, a importância da orientação e escuta qualificada em campo, como um modo de compreender o contexto de vida do usuário, assim como ressignificá-la em seu processo de tratamento, inserindo junto ao sujeito, a importância do autocuidado e autoconhecimento. Desmistificando assim seus pensamentos, o contexto social e o exercício da confiança e empoderamento, mediante as potencialidades e fortalezas apresentadas.

Sendo assim, consoante a linha de tratamento, conjunto ao Plano Terapêutico Singular, abordaremos o conceito de autocuidado e os tipos de autocuidado, como harmonia e equilíbrio para uma melhor qualidade de vida. O autocuidado se refere ao conjunto de ações que cada indivíduo exerce para cuidar de si e promover melhor qualidade de vida para si mesmo e a forma de fazer isso deve estar em consonância com os objetivos, desejos, prazeres

e interesses de cada um e cada pessoa deve buscar maneiras próprias de se cuidar (LIMA *et al.*, 2017).

Percebemos em campo, como essa referência faz com que os usuários identifiquem e reconheçam suas qualidades e pontos a serem trabalhados para que suas emoções sejam melhor administradas nas suas rotinas. Assim, quando sabemos no que devemos melhorar e quais são as nossas potências, fica mais fácil encarar os desafios do dia a dia e entender que, na verdade, somos sim capazes de lidar com as dificuldades diárias de uma forma muito melhor do que imaginamos.

Identificamos abordagens importantes, as quais são inseridas na prática do cuidado em saúde mental: cuidado físico, como práticas de exercício, dormir bem e alimentação saudável; o emocional, como cuidado da mente e dos sentimentos, psicoterapia, autoconhecimento e autoperdão; cuidado social, pois cuidar de si não é um processo egoísta, se rodear de pessoas que oferecem apoio, o cuidado mental, cuidar do cognitivo e dar abertura ao conhecimento, ter momentos de lazer, fazer atividades que estimulem a criatividade, ler um livro, dentre outras (BARBOSA *et al.*, 2020).

Quanto ao autoconhecimento, orientamos como um modo de perceber, conforme contexto histórico e realidade, os sinais, sentidos e sentimentos expressos, detalhando conjunto, como os momentos de uma possível recaída podem se “manifestar” nas suas rotinas, importância da necessidade de compreender e respeitar, no sentido de cuidado com a saúde mental.

Assim, a temática se mostrou como importante para o nosso trabalho em serviço e também como pesquisa, pois o uso de drogas e as várias recaídas, por vezes como crise de abstinência, em alguns casos, se torna decorrente de uma possível desilusão, decepção de si mesmo ou de outro ou da própria sociedade na qual o sujeito vive.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme o relato de experiência no CAPS AD do município de Maranguape, Ceará, identificamos a necessidade do fortalecimento da Política de Saúde Mental. Mediante tantos desafios e retrocessos, a importância do trabalho da RAPS nos diversos âmbitos, municipal, estadual e federal e, portanto, o empoderamento do usuário em uso de substâncias químicas lícitas ou ilícitas, conforme a política no tratamento de Redução de Danos.

Percebemos a potencialidade de como podemos trabalhar, cuidar, respeitar e, acima de tudo, acolher o usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) de modo singular, onde cada caso



tem suas historicidades, especificidades, particularidades e, portanto, suas expressões culturais de manifestar suas dores e alegrias, por meio de ferramentas clínicas como o Plano Terapêutico Singular.

O suporte do atendimento hospitalar tem sua extrema contribuição, seja na estabilização de um quadro clínico chamado “surto”. Contudo, esse pode ser revertido e, posteriormente, encaminhado para os espaços comunitários, pois o usuário/sujeito deve por lei estar em vida social e estar incluído, considerando inclusive suas limitações e condições psíquicas, nas variadas atividades que a Rede de Atenção Psicossocial deve oferecer, rompendo todos os tabus, preconceitos e exclusões que o isolamento costuma oferecer.

Concluimos, em nossa experiência, que a linha de cuidado integral com usuários que apresentam adoecimento psíquico em decorrência da dependência de substâncias psicoativas requer abordagem diferenciada, pois mediante a cronicidade do adoecimento a estabilização e a qualidade de vida podem ser tornadas eficazes por meio de espaços acolhedores de forma intersetorial, vínculo com equipe multidisciplinar humanizada e conhecedora dos direitos do público assistido.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, C. C. T; VICENTIN, M. C. G. Políticas de segurança e guerra aos pobres: o Caso da Praça Sete Jovens. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 38, n. spe. 2, p. 238-251, 2018. Disponível em: <https://old.scielo.br/pdf/pcp/v38nspe2/1982-3703-pcp-38-spe2-0238.pdf>. Acesso em: 06 mai. 2022.

ARAÚJO, R. B *et al.* Craving e dependência química: conceito, avaliação e tratamento. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 1, p. 57-63, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v57n1/v57n1a11.pdf>. Acesso em: 06 mai. 2022.

BARBOSA, C *et al.* **Orientação para o cuidado e autocuidado em saúde mental para os trabalhadores da Fiocruz**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. Disponível em: [http://www.iff.fiocruz.br/ARQUIVOS/GUIA\\_AUTOCUIDADO.pdf](http://www.iff.fiocruz.br/ARQUIVOS/GUIA_AUTOCUIDADO.pdf). Acesso em: 06 mai. 2022.

BECK, L. M; DAVID, H. M. S. L. O abuso de drogas e o mundo do trabalho: possibilidades de atuação para o enfermeiro. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 706-11, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v11n4/v11n4a24.pdf>. Acesso em: 06 mai. 2022.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 09 abr. 2001.

Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm). Acesso em: 06 mai. 2022.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 1.028, de 1º de julho de 2005. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 04 jul. 2005. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028\\_01\\_07\\_2005.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html). Acesso em: 06 mai. 2022.

\_\_\_\_\_. Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009. Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Conselho Nacional de Assistência Social. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 25 nov. 2009. Disponível em: [https://www.mds.gov.br/webarquivos/public/resolucao\\_CNAS\\_N109\\_%202009.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/public/resolucao_CNAS_N109_%202009.pdf). Acesso em: 06 mai. 2022.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 26 dez. 2011. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso em: 06 mai. 2022.

\_\_\_\_\_. **Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad**: Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, e legislação correlata. 2. ed. Brasília: Câmara dos Deputados/Edições Câmara, 2012.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Humanização – Folheto**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRITO, A. P. G; OLIVEIRA, G. S; SILVA, B. A. A importância da pesquisa bibliográfica no desenvolvimento de pesquisas qualitativas na área de educação. **Cadernos da Fucamp**, Campinas, v. 20, n. 44, p. 1-15, 2021. Disponível em: <https://fucamp.edu.br/editora/index.php/cadernos/article/viewFile/2354/1449>. Acesso em: 06 mai. 2022.

BUSS, P. M; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>. Acesso em: 06 mai. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Estimativas da população residente com data de referência 1º de julho de 2020**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/maranguape/panorama>. Acesso em: 06 mai. 2022.

LIMA, G. K. S *et al.* Autocuidado de adolescentes no período puerperal: aplicação da teoria de Orem. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 11, n. 10, p. 4217-4225, 2017. Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231185/25167>. Acesso em: 06 mai. 2022.

MALBERGIER, A; AMARAL, R. A. **Conceitos básicos sobre o uso abusivo e dependência de drogas**. São Luís: UNASUS/UFMA, 2013. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/2046/3/Mod%2003%20UNIDADE%2001.pdf>. Acesso em: 06 mai. 2022.

MINAYO, M. C. S. O Desafio da Pesquisa Social. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; GOMES, Romeu (Orgs.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001. p. 9-29.

MORANDO E. M. G *et al.* O conceito de estigma de Goffman aplicado à velhice. **Revista INFAD de Psicología**, Badajoz, v. 1, n. 2, p. 21–32, 2018. Disponível em: <https://revista.infad.eu/index.php/IJODAEP/article/view/1341>. Acesso em: 06 mai. 2022.

REED, A. M. Foucault e o discurso sobre “drogas. Foucault e os discursos sobre “drogas”: da definição do objeto à incorporação dos desvios. **Revista Intratextos**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 162-179, 2013. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/intratextos/article/view/8459/7032>. Acesso em: 06 mai. 2022.

RIBEIRO, M. A; LARANJEIRA, R. Evolução do conceito de dependência: [atualizada, com comentários sobre o DSM-5]. In: GIGLIOTTI, Analice; GUIMARÃES, Ângela. **Dependência, compulsão e impulsividade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2016. s.p. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/283277043\\_Evolucao\\_do\\_conceito\\_de\\_dependencia\\_atualizada\\_com\\_comentarios\\_sobre\\_o\\_DSM-5](https://www.researchgate.net/publication/283277043_Evolucao_do_conceito_de_dependencia_atualizada_com_comentarios_sobre_o_DSM-5). Acesso em: 02 jun. 2022.

RIGOTTO, S. D; GOMES, W. Contextos de abstinência e de recaída na recuperação da dependência química. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 18, n. 1, p. 95-106, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ptp/v18n1/a11v18n1.pdf>. Acesso em: 06 mai. 2022.

#### Como Referenciar este Artigo, conforme ABNT:

ABREU, G. A; LIMA; F. A. C; Experiências com o Fenômeno da Abstinência no Caps Ad do Município de Maranguape, Ceará. **Rev. FSA**, Teresina, v.19, n. 9, art. 16, p. 318-336, set. 2022.

Contribuição dos Autores	G. A. Abreu	F. A. C. Lima
1) concepção e planejamento.	X	X
2) análise e interpretação dos dados.	X	X
3) elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo.	X	X
4) participação na aprovação da versão final do manuscrito.	X	X