

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Giselle de Paula Assis

Redução de Danos na Política Nacional sobre Drogas: avanços e desafios

Juiz de Fora

2021

Giselle de Paula Assis

Redução de Danos na Política Nacional sobre Drogas: avanços e desafios

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, área de concentração: Processo Saúde – Adoecimento e seus determinantes, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Estela Márcia Saraiva Campos

Co-orientador: Jairo Roberto Almeida Gama

Juiz de Fora

2021

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Assis, Giselle de Paula.

Redução de Danos na Política Nacional sobre Drogas : avanços e desafios / Giselle de Paula Assis. -- 2021.
80 f.

Orientadora: Estela Márcia Saraiva Campos

Coorientador: Jairo Roberto Almeida Gama

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2021.

1. Redução de danos. 2. Autocuidado. 3. Integralidade em Saúde.
I. Campos, Estela Márcia Saraiva, orient. II. Gama, Jairo Roberto Almeida, coorient. III. Título.

Giselle de Paula Assis

Redução de Danos na Política Nacional sobre Drogas: avanços e desafios

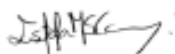
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.
Área de Concentração: Saúde Coletiva.

Aprovada em 16/06/2021

BANCA EXAMINADORA



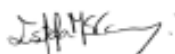
Prof. Dra. Estela Márcia Saraiva Campos- Orientadora
Universidade Federal de Juiz de Fora



p/Prof. Dr. Jairo Roberto Almeida Gama - Coorientador
Universidade Federal de Juiz de Fora



p/Prof. Dra. Daniela Cristina Belchior Mota
Centro de Ensino Superior - CES



p/Prof. Dra Angela Maria Correa Gonçalves
Universidade Federal de Juiz de Fora

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por me dar o privilégio da vida e por me inspirar todos os dias a me tornar uma pessoa e uma profissional melhor, me encorajando a seguir em frente e a vencer cada etapa da minha vida.

Agradeço aos meus pais e irmãos pelo incentivo constante na minha rotina diária de estudos e na vida, sendo peças fundamentais desde sempre, e hoje ainda mais, me auxiliando na educação de minha filha.

Agradeço ao Jorge, meu companheiro de vida e pai da nossa pequena Liz, sempre me apoiando e incentivando nos estudos diários, cuidando da nossa pequena quando precisava me dedicar aos estudos, trazendo petiscos enquanto estava em orientação e a família toda reunida confraternizando. Agradeço pela compreensão durante minha ausência com a família que estamos construindo.

Mesmo sem entender, agradeço a minha Liz, que desde meu ventre, vivenciou comigo os medos e ansiedades para concluir essa etapa. Tão pequena, aceitou minha ausência e permitiu ser cuidada pelas mãos dos avôs maternos e paternos.

Agradeço em nome das minhas amigas Fernanda e Eliane, a todos os colegas deste curso que dividiram comigo as dificuldades do cotidiano, deixando essa trajetória mais leve. Levo comigo grandes amizades que pretendo cultivar durante toda a vida. E a Natália, minha cunhada, por me ajudar com seu domínio com o português, realizando todos os ajustes necessários neste trabalho.

Agradeço a todos os docentes deste programa, que me conduziram no caminho da descoberta da Saúde Pública e da pesquisa. Obrigada pelos ensinamentos e discussões neste campo tão vasto.

Meus agradecimentos ainda se estendem a todos os profissionais do NATES, em especial a Elisângela, que com competência e simpatia nos acolhia diariamente com nossas dúvidas e reclamações.

Agradeço à minha orientadora Estela Campos, pelo grande incentivo na construção deste trabalho e em todos esses meses, que se uniram a este trabalho, as dificuldades da vida pessoal. Obrigada pela parceria, incentivo e compreensão de sempre.

Meus agradecimentos também ao Jairo Gama, por aceitar o desafio da co-orientação deste trabalho.

Meus agradecimentos ainda se estendem a Daniela Belchior, Ângela Gonçalves, Sabrina Paiva e Claudio Gruber Mann que aceitaram prontamente compor a banca de avaliação deste trabalho.

Agradeço também a todos os profissionais do CAPS AD, que abriram as portas para que essa minha trajetória pudesse ser construída, participando das minhas entrevistas.

E por último sou grata a mim, por ter conseguido, com a ajuda de todos, concluir essa etapa que foi atravessada por uma gravidez de alto risco, me forçando a reduzir e parar durante um período. E mesmo após o parto ter tido forças de ser mãe, mulher, trabalhar e concluir este material. Finalizo, mesmo após o prazo, com a sensação de gratidão e vitória.

Para se fazer a Redução de danos... “(...)a relação empática desdobra-se a partir do interesse espontâneo e ativo pela diferença que o outro é, ou seja, que acontece na prática através de uma relação humana, demasiadamente humana, visando auxiliar o usuário no cuidado das consequências de seus comportamentos, sem jamais rotulá-lo.” (FONSECA, 2012, p. 16).

RESUMO

Introdução: Redução de Danos (RD) se refere a políticas, programas e práticas que visam reduzir as consequências adversas para a saúde, sociais e econômicas do uso de drogas lícitas e ilícitas, sem necessariamente reduzir o seu consumo. **Objetivo:** Analisar a realidade das práticas assistenciais baseadas na Política de RD realizadas pelos profissionais que atuam com usuários de álcool e outras drogas em um Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPSad) de um município da Zona da Mata Mineira. **Método:** Estudo qualitativo, realizado com 11 profissionais de nível superior; para a coleta de dados, utilizou-se entrevista semiestruturada, cujos resultados foram analisados pelo software Iramuteq e pela Análise de Conteúdo de Bardin. **Resultados:** O corpus teve um aproveitamento de 78,72%, na análise de conteúdo emergiram seis classes para análise. **Conclusão:** Apesar da Política de RD ser reconhecida pelos profissionais como uma proposta promissora, dificuldades para incorporá-la no planejamento das atividades cotidianas se dão, principalmente, pela falta de investimento do Poder Público, o que ocasiona em uma assistência fragmentada, trazendo como consequência falta de credibilidade da população quanto a sua eficácia, abrindo margens para a ascensão de discursos que caminham em direção a retrocessos nesse campo.

Palavras-chave: Redução de danos; Autocuidado; Integralidade em Saúde

ABSTRACT

Introduction: Harm Reduction (HR) refers to policies, programs and practices that aim to reduce the adverse health, social and economic consequences of the use of legal and illegal drugs, without necessarily reducing their consumption. **Objective:** To analyze the reality of care practices based on the HR Policy carried out by professionals who work with users of alcohol and other drugs in the *Centro de Atenção Psicossocial (CAPSad)* in a city at the Zona da Mata Mineira. **Method:** Qualitative research, carried out with 11 graduate professionals; for data collection, a semi-structured interview was used, whose results were analyzed by the Iramuteq software and by Bardin's Content Analysis. **Results:** The corpus got a performance of 78.72%, in the content analysis six classes emerged for analysis. **Conclusion:** Although the HR Policy is recognized by professionals as a promising proposal, difficulties in incorporating it into the planning of daily activities are mainly due to the lack of investment by the Government, which leads to fragmented care, resulting in a lack of credibility of the population regarding its effectiveness, opening margins for the rise of discourses that move towards setbacks in this field.

Keywords: Harm reduction; Self-care; Health Integrity

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	- Rede de Atenção Psicossocial/RAPS.....	19
Quadro 2	- Caracterização dos profissionais de saúde integrantes do CAPS-Ad	38
Figura 1	- Lexicografia Básica.....	45
Figura 2	- Dendrograma I da Classificação Hierárquica Descendente.....	46

LISTAS DE ABREVIAMENTOS E SIGLAS

ABORDA	Associação Brasileira de Redutores de Danos
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS/ AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CONAD	Conselho Nacional Antidrogas
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
PNAD	Política Nacional Antidrogas
PND	Política Nacional sobre Drogas
PRD	Programa de Redução de Danos
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de Danos
REDUC	Rede Brasileira de Redução de Danos e Direitos Humanos
SENAD	Secretaria Nacional Antidrogas
SUS	Sistema Único de Saúde
UAPS	Unidade de Atenção Primária À Saúde
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
2.1	CARACTERIZAÇÃO DA POLÍTICA DE DROGAS NO BRASIL.....	15
2.1.1	Evolução histórica da Política Nacional de Drogas no Brasil.....	16
2.2	A POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS.....	22
2.2.1	Considerações sobre a evolução da política de redução de danos no cenário internacional.....	22
2.2.2	Inglaterra.....	22
2.2.3	Holanda.....	25
2.2.4	Suíça.....	28
2.2.5	Canadá.....	29
2.3	A ESTRATÉGIA DE REDUÇÃO DE DANOS NO BRASIL: EXPERIÊNCIAS E APROXIMAÇÕES.....	30
3	OBJETIVOS.....	37
3.1	OBJETIVO GERAL.....	37
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	37
4	MÉTODO.....	38
4.1	DESENHO E LOCAL DO ESTUDO.....	38
4.2	PARTICIPANTES.....	40
4.3	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	40
4.4	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	40
4.5	PROCEDIMENTOS.....	40
4.6	INSTRUMENTOS.....	41
4.7	ANÁLISE DOS DADOS.....	42
4.8	ASPECTOS ÉTICOS.....	43
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	44
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	67
	REFERÊNCIAS.....	68
	APÊNDICE 1 – Instrumento de Pesquisa.....	73
	APÊNDICE 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	74
	ANEXO 1 – Aprovação do Projeto de Pesquisa CEP/UFJF.....	76

1 INTRODUÇÃO

As drogas têm um lugar marcado na sociedade desde a antiguidade, sendo seu uso observado em momentos recreativos, religiosos ou individuais. Com o passar dos anos, as drogas ocuparam um espaço cada vez maior no cotidiano da vida das pessoas, podendo variar em função do contexto e de seu padrão de uso. Porém, existem determinados padrões de consumo que se agravam pela quantidade e frequência, que podem ser altamente nocivos, acarretando prejuízos em todas as esferas da vida social (RONZANI, 2014).

O abuso e a dependência dessas substâncias têm se configurado um problema de saúde pública e social no mundo. No ano de 2014, estimou-se que 207.400 pessoas tiveram mortes relacionadas a narcóticos. Apesar de os números apontarem que 29 milhões de pessoas sofrerem algum tipo de transtorno relacionado ao uso abusivo, apenas uma em cada seis encontra-se em tratamento (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2016).

No Brasil, após um longo período de negligência do Estado sobre essa temática, o país começou a se organizar no âmbito de políticas públicas e isto ocorreu no ano de 1920 com a criação de um aparato jurídico-institucional voltado para a proibição da produção, comércio e uso de drogas, seguindo a tendência mundial do proibicionismo. Na década de 1970, essa postura foi reforçada pela ascensão do saber psiquiátrico, patologizando e segregando as pessoas que faziam uso problemático de substâncias psicoativas e pelo discurso moralizante e religioso, impondo a religiosidade como a única alternativa de tratamento (COSTA, 2017).

Em 1980, a bandeira da democratização trouxe a reivindicação da Saúde como direito para todos, incluindo assim os usuários de drogas e a instituição do SUS, que carrega como um de seus princípios básicos a universalidade e a equidade. No âmbito da Saúde Mental, as contribuições das Reformas Sanitária e Psiquiátrica favoreceram a inserção de ações de redução de danos, pois esta forma de abordagem permite o cuidado à saúde mesmo durante o uso de substâncias. Após o início desse movimento de Reforma são criadas leis e portarias para a regulamentação do cuidado baseado em ações de RD (COSTA, 2017).

Esta forma de abordar a temática foi sendo implementada de forma crescente desde um apontamento a forma de tratamento na Lei 10.409/2002 que dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão do uso de substâncias ilícitas. Legitimada através da Portaria 1028 de 1 de julho de 2005 do Ministério da Saúde, a determinação é que as ações visam à redução de danos sociais e à saúde decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência. A RD surge, então, como uma possibilidade de modificar

o modelo assistencial baseado na exigência de abstinência às drogas, com vistas a potencializar a discussão a respeito de práticas de cuidado em saúde, mesmo em meio à proibição dessas substâncias. Sendo então a norteadora da condução clínica dos Centros de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas (CAPS Ad), um dos pontos de atenção ambulatorial da RAPS em todo o país.

Com a mudança da política brasileira e, mais precisamente, com a mudança do modelo assistencial proposto pela Reforma Psiquiátrica, na qual extingue o modelo hospitalocêntrico e institui a RAPS, a discussão sobre a eficácia do cuidado foi reaberta. Diante, então, desta nova discussão o MS lança, em 2017, a Portaria 3588 que estabelece algumas alterações na Política de Saúde Mental favorecendo, no âmbito de álcool e outras drogas, o fortalecimento das Comunidades Terapêuticas, que possuem como base a abstinência e a reclusão social em detrimento dos CAPS Ad. A Associação Brasileira de Saúde Coletiva-ABRASCO se posiciona sobre essa nova política:

O que dizer de um projeto de saúde mental que investe a maior parte do seu recurso em Comunidades Terapêuticas (240 milhões/ano contra R\$ 31.752.720,92/ano para a expansão da rede e criação de novos serviços), instituições que têm a reclusão social longa como base de seu tratamento? Sugere-se que estas só serão utilizadas se os demais tratamentos falharem. Ora, não é possível experimentar a capacidade terapêutica de serviços substitutivos como Centros de Atenção Psicossocial, Residências Terapêuticas ou Consultórios na Rua, entre outros dispositivos estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que são desfinanciados, precarizados e reduzidos (ABRASCO, 2017, p. 74).

Perante tal contexto de incertezas, serviços baseados nas ações de RD, como os CAPS Ad's, encontram dificuldades que vão desde o subfinanciamento até a falta de recursos materiais e humanos, dificultando as ações assistenciais.

Recentemente, em 11 de abril de 2019, para pontuar as mudanças em Saúde mental no âmbito de álcool e drogas foi lançado o Decreto 9761 da Presidência da República que revoga as Portarias anteriores que indicam ações de RD e direciona o tratamento para promoção e manutenção da abstinência de substâncias psicoativas.

É importante destacar nesta altura que a conduta de proibicionismo, que tem a abstinência como única alternativa de tratamento, esteve presente nas políticas anteriores, intitulado-se de “guerra as drogas”. Contudo, esse modelo que esteve vigente até os anos dois mil mostrou-se insuficiente, pois nem todos usuários de substâncias psicoativas querem ou conseguem parar de utilizar a substância por completo.

Frente a essa esfera conflituosa que levou a extinção da abordagem da RD como proposta terapêutica, faz-se necessário uma avaliação pelos atores que operam os serviços, isto é, os profissionais de saúde, acerca da assistência ao paciente usuário quando da utilização de tal abordagem. Tal estudo poderá ainda contribuir para o debate atual, que buscará analisar, do ponto de vista dos profissionais de saúde que prestam assistência direta com os usuários, a qualidade de cuidado ofertado baseado em ações de RD.

Realizar esse estudo avaliativo com os profissionais que trabalham nos CAPS Ad vai ao encontro do meu interesse na temática de álcool e outras drogas e pelo desafio de tal assistência a essa população. Desde meu primeiro contato com a assistência a usuários de álcool e outras drogas, durante a Residência Multiprofissional em Saúde Mental em 2016, algo de especial me chamou a atenção. Vi nas abordagens dos profissionais uma possibilidade de trabalhar sob outro enfoque: não o da abstinência, mas sim da busca da autonomia pelos usuários, da promoção de saúde e prevenção de agravos, quando atendidos na perspectiva de redução de danos (RD).

Foi na minha atuação no CAPS Ad que observei que um dos maiores desafios é colocar em prática os princípios do SUS de integralidade, equidade e universalidade. Várias questões iniciaram minhas indagações em relação à população usuária de drogas: Como favorecer o acesso e estabelecer ações a estes indivíduos que muitas vezes, pelo senso comum, há o entendimento que estão nessa situação caótica por que querem?; Como cuidar de indivíduos que muitas vezes vêm arraigados de preconceitos e estereótipos de bandidos, malandros, com vestimentas e higiene que não estão adequadas, entre outros?; Como é possível assistir essa população, mesmo se ela não desejar ou não conseguir parar de usar a droga?; Será que os profissionais conseguem afastar essas questões sociais para assistir essa população?; Como atuar respeitando suas singularidades e realizar ações de RD a fim de garantir a equidade e integralidade do cuidado?. Vários desses questionamentos ainda me incomodam e me motivam a pesquisar.

Hoje, trabalho em um serviço de Saúde Mental da rede privada, que trata também de pacientes usuários de drogas. Nesse emprego, com características diferenciadas das do SUS, o preconceito e a exclusão social também estão presentes, favorecendo a vulnerabilidade e a segregação. Com tantas indagações existentes eu poderia realizar vários estudos com essa população que possui diferentes perfis sociodemográficos, tendo em vista que essa diversificação é um desafio para todos os profissionais que atuam no cuidado a usuários de álcool e drogas. Por essa razão, nesta pesquisa optei por entender a percepção dos profissionais

sobre esta temática, especialmente como eles concretizam as ações de RD no seu cotidiano de serviço.

Um outro ponto que me levou a esse tema, como estudiosa da área de Saúde Mental, foi à percepção da escassez de estudos nessa área tão importante que é a saúde e redução de danos. A cada novo dia, urge e se faz necessário olhar o campo das políticas públicas na promoção da assistência e saúde, seja para os usuários de drogas ou para o campo salutar em si. As múltiplas facetas devem ser exploradas, a relativização necessária deve se fazer presente para se entender os contextos – sejam eles, culturais e sociais - em que estão inseridos os usuários, evitando assim, o predomínio do senso comum e a ética moralizante que sempre se fez presente na elaboração de políticas governamentais.

Nesse sentido, esta pesquisa tem como campo de trabalho o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e drogas (CAPS ad), localizado no município de médio porte Juiz de Fora, situado na zona da mata mineira, na qual a condução do cuidado é direcionada pela Política de Redução de Danos. A pergunta que norteia este trabalho orienta-se no sentido de indagar quais são as estratégias produzidas por essas organizações para que os usuários sejam cuidados na perspectiva de RD e entender a ética de cuidado norteadora dessas ações, que direciona os profissionais deste serviço na perspectiva de RD. A fundamentação teórica que instrumentaliza meu trabalho se encontra no estudo descritivo observacional e na análise de textos e obras que refletem o campo e a temática da Política de drogas no Brasil.

No primeiro capítulo, pretendo fazer uma brevíssima exploração da Política de drogas no Brasil, trabalhando com conceitos como o paradigma proibicionista e política de guerra às drogas. Reforçando dessa forma a importância de se conhecer a trajetória histórica vivenciada no Brasil, entender as leis e a cultura predominante que irão direcionar as ações tanto de assistência quanto de segurança nacional.

No segundo, abordarei o início das ações de RD no mundo, a evolução da política de Redução de Danos historicamente, no cenário internacional e no Brasil, e discorro, também, sobre as primeiras investidas de RD de alguns países europeus, como a Inglaterra e Holanda, que são expoentes diretos na institucionalização dessa política. Ao longo do capítulo, pretendo percorrer o caminho da Redução de Danos historicamente para efetivar o possível entendimento do conceito de redução de danos e sua concretização como política pública de saúde em alguns locais do país.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A seguir, apresentamos o estado da arte sobre o objeto de estudo dessa pesquisa.

2.1 CARACTERIZAÇÃO DA POLÍTICA DE DROGAS NO BRASIL

No Brasil, adotou-se ao longo do tempo um modelo de prevenção em interseção com o paradigma proibitivo, centrado na ilegalidade das drogas, na repressão e abstinência e, com isso, duas abordagens podem ser analisadas nesse processo. A primeira, uma abordagem clássica, concretiza-se no direito e na moral em que o Estado valoriza o caráter e a prudência de cada indivíduo. Já na segunda, que é caracterizada por um modelo intervencionista, em que se fundem o discurso moral do século XIX e o discurso médico do início do século XX, cria um cenário no qual o uso de drogas é visto com preconceito, tanto no âmbito moral, religioso e de saúde.

O que é interessante de pensarmos e constatarmos é que a percepção médica do uso problemático enquanto doença se uniu ao modelo jurídico já existente, reforçando, assim, o movimento proibicionista, dando origem agora a ideia das consequências, no âmbito da saúde, oriundas desse comportamento (COLOM, 2001).

Devemos perceber que o que está em jogo na discussão acerca da política de drogas brasileira é um sistema que, de acordo com Carvalho (1996), é conformado por ideologias distintas, com postulados específicos e área de ação determinada. A partir da década de 70, a Doutrina da Segurança Nacional e seus postulados norteiam a política brasileira de drogas, alinhada também aos modelos internacionais e seu aparato repressivo, caracterizando-se como um dos princípios fundamentais do modelo político-criminal brasileiro de entorpecentes. Vale salientar que essa doutrina aliada à Defesa Social tem ação específica no combate ao inimigo interno e à criminalidade.

Com a legitimidade do emprego da violência associada ao discurso do serviço do bem e de segurança do país, essas frentes foram se fortalecendo e como consequência, uma política criminal beligerante, que é estruturada a partir da ideia de totalidade da guerra, se estabeleceu.

A consequência deste modelo repressivo bélico será estabelecer um sistema penal potencialmente genocida na América Latina. Selecionado o público que ingressará no Sistema Penal, coloca-se em prática a lógica de guerra permanente e um Direito Penal cuja estrutura está alicerçada no medo e no terror. Tal diagnóstico representa a realidade dos Sistemas Penais da América

Latina das décadas de sessenta, setenta e início dos anos oitenta (CARVALHO, 1996, p.148).

Rosa (2012) considera o discurso de “guerra às drogas” como uma tecnologia de poder que trata com distinção o disciplinamento, a segurança e o controle por meio da normalização. Assim, o autor propõe uma análise sobre o atual proibicionismo em que este opera como um dispositivo de segurança e entende que o proibicionismo das drogas não apenas influencia o discurso médico ou o campo do controle, mas também em outras áreas como o social, o nicho cultural, o político, o econômico e o moral.

Muitos pesquisadores da política de drogas apresentam diferentes visões, dentre as quais uma perspectiva moralista e cristã, no sentido de retirar os vícios, destaca-se por suas ações prejudiciais. Do ponto de vista da criminologia, podemos salientar um controle de classes perigosas, um proibicionismo beligerante que vai ser direcionado a essas classes, não respeitando a questão cultural envolvida entre as drogas e as classes taxadas de perigosas.

Podemos perceber, então, certa criminalização de sujeitos e não de suas práticas, favorecendo o encarceramento massivo de jovens pobres. O proibicionismo das drogas acabou justificando o modelo intervencionista do Estado na vida das pessoas que eram consideradas suspeitas, passando a incidir diretamente sobre o usuário que fosse proveniente de classe baixa, estigmatizando-o como traficante (VARGAS, 2008).

Rodrigues (2010) também argumenta que a política de “guerra às drogas” vai desconsiderar toda a relação cultural do homem com entorpecentes e vai se munir de um discurso punitivo que justifica a militarização e aprisionamento das classes e grupos populares da sociedade. O modelo proibicionista não faz uma distinção dos diferentes tipos de usuários de drogas, não leva em consideração o uso recreativo e coloca-os no mesmo patamar de uso. Não leva, também, em consideração a necessidade de abordagem diferente de um usuário que possui uma dependência grave.

2.1.1 Evolução histórica da Política Nacional de Drogas no Brasil

Em 1971, a Lei 5.726 alinha o sistema repressivo brasileiro às demandas internacionais. Essa Lei, segundo Salo de Carvalho (1996):

renova a redação do artigo 281 do Código Penal modificando seu rito processual representando iniciativa na repressão aos entorpecentes, o fato de não mais considerar o dependente como criminoso, porém, escondia faceta

ainda perversa da Lei, que é de não diferenciar o usuário eventual (ou experimentador) do traficante (CARVALHO, 1996, p.21).

Carvalho (1996) mostra que essa legislação detinha o poder do discurso médico-jurídico e sua definição de usuário como dependente e traficante como delinquente. Ainda, salienta que:

Apesar de trabalhar com essa falsa realidade, distorcida e extremamente maniqueísta ao dividir a sociedade entre os “bons” e os “maus”, a Lei 5.726 representa real avanço em relação ao Decreto pretérito e inicia o processo de substituição do modelo repressivo, que atingirá seu ápice na Lei 6.368/76. Contudo, ainda não havia uniformização das leis antidrogas no Brasil e o discurso médico se sobrepunha ao jurídico. A necessidade de incrementar a repressão e criar nova estratégia político-criminal, voltada para a década de oitenta, fomenta o surgimento da Lei 6.368 de 1976 (CARVALHO, 1996, p.28).

A Lei 6.368 de 1976, para Carvalho (1996), emerge como novo modelo de controle que acompanha as demandas internacionais. É notório constatar que o Estado, fazendo uso de suas atribuições como controlador e intervencionista, ao direcionar o discurso médico ao jurídico posiciona-se de forma distinta no trato das políticas de drogas dirigidas aos diferentes extratos da sociedade.

Assim, para Campos (2015), antes da nova Lei de drogas 11.343-06, o dispositivo da Lei 6.368/76 estabeleceu a diferenciação de tratamento penal aos usuários/dependentes e traficantes, sendo aos usuários destinados o tratamento terapêutico, mas com previsão de detenção de 6 meses a 2 anos de multa, e ao traficante, pena privativa de liberdade de 3 a 15 anos e multa.

Tanto no plano político-criminal transnacional quanto em nível de técnica jurídica, a comissão legitima o novo estatuto. No que concerne ao plano político-criminal, mantém-se o discurso médico-jurídico, com a diferenciação básica entre dependente e criminoso e a manutenção dos estereótipos consumidor – doente e traficante delinquente, instaurando-se gradualmente, o discurso jurídico-político (plano da segurança) onde surgirá a figura do inimigo, igualmente encarnada no traficante. Percebe-se, neste ponto, o porquê da excessiva exacerbação da pena ao traficante em relação aos estatutos pretéritos (CARVALHO, 1996, p.32).

A Lei 11.343, não originada e inventada por obscuras relações de poder, contribuiu para a concretização da categoria “drogado” como uma categorização de acusação na sociedade. Dessa forma, se faz necessário a compreensão da construção simbólica e

argumentativa que está em torno das formulações e alterações das leis de drogas no Brasil, em que os discursos que são articulados objetivam poder e controle.

A Lei 11.343/06 tem gerado muitos debates e tem objetivado propostas de alterações nos últimos anos, devido à visível ineficácia das leis em vigor e da sensação de insegurança instaurada na sociedade. Anos após a promulgação da Lei 6.368/76, a nova e atual legislação de drogas introduziu a despenalização da posse para uso próprio, sem pena privativa de liberdade, despenalizando quem planta para consumo pessoal e reduzindo a pena para a hipótese de consumo compartilhado de droga ilícita que antes era equiparada ao tráfico. Porém, é válido salientar que essa lei embora despenalize tais ações, não as descriminaliza (PINTO; OBERLING, 2014).

Carvalho (2007) afirma que a base ideológica da Lei 11.343/06 reflete o sistema repressivo e o proibicionista que foi inaugurado na Lei 6.368/76, mantendo a lógica punitiva e preconceituosa em desfavor das classes sociais menos favorecidas e marginalizadas. De acordo com os dados do Infopen– Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (2014), a população carcerária brasileira chegou a 622,202 pessoas em dezembro de 2014 com perfil socioeconômico correspondente a 55% com idade entre 18 e 29 anos, 75,08% apenas com ensino fundamental completo e 61,6% uma parcela correspondente de negros. O Brasil tem a 4ª maior população carcerária, somente atrás dos EUA, China e Rússia, e os resultados que constam no último relatório desses detentos detalham que 28% foram condenados por tráfico de drogas, 25% por roubo e 10% por homicídio. Estas estimativas corroboram com a ideia de se repensar o sistema carcerário brasileiro e repensar também o tratamento penal dirigido aos usuários de drogas.

Em 2010, o Projeto de Lei PLC 37/2010 é apresentado ao Senado Federal, originário do PL 7663/10 e de autoria do Deputado Federal Osmar Terra (PMDB/RS). Este projeto propunha alterações de modo a melhorar a ineficaz política de drogas e vinha como uma forma de conter a suposta epidemia de crack no Brasil. Para Pinto e Oberling (2014) o projeto inicial no Congresso Nacional fundia um aperto e endurecimento penal para o tráfico de drogas e uma política orientada para a saúde pautada na abstinência e no tratamento compulsório e involuntário de dependentes. A proposta também previa o acolhimento de dependentes em comunidades terapêuticas de orientação religiosa e a criação do Sistema Nacional de Informação sobre Drogas.

O projeto inicial no Congresso Nacional fundamentava-se na combinação de estratégias de recrudescimento penal para os crimes de tráfico com diretrizes para uma política de saúde, orientada pela lógica da abstinência total por meio do tratamento compulsório e involuntário de usuários e dependentes químicos.

Além disso, a proposta legislativa formalizava o acolhimento de usuários nas comunidades acolhedoras e terapêuticas, sobretudo aquelas com orientação religiosa. E ainda, contemplava a criação do polêmico sistema nacional de informação sobre drogas que previa a “notificação, suspeita ou confirmação de uso e dependência de drogas e substâncias psicoativas ilegais para fins de registro, estudo de caso e adoção de medidas legais” (Cap IV, Art.6, § único, substitutivo ao PL 7663/2010) além da definição das condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas (PINTO; OBERLING, 2014, p. 05).

O projeto estabelecia normas para repressão à produção e venda de drogas não autorizada, definia crimes em relação ao tráfico de drogas ilícitas e previa formas de financiamento das políticas sobre drogas.

Com relação às diretrizes para a política de atenção e cuidado aos usuários e dependentes, o projeto de lei formaliza a participação das instituições com orientação religiosa. As chamadas comunidades de acolhedores e terapêuticas, de acordo com o texto, passavam a ser responsáveis pela promoção da atenção e do cuidado com os usuários, responsáveis pelo tratamento de “adictos”, integrando-se ao sistema de atenção à saúde mental. Ainda assim, o projeto previa diversos mecanismos de incentivo fiscais a fim de estimular o repasse de verbas públicas e privadas para a manutenção de suas atividades de acolhimento e tratamento de dependentes. Ponto que despertou polêmica entre os movimentos pró-reforma psiquiátrica no Brasil e de direitos humanos (PINTO; OBERLING, 2014, p.06).

O dispositivo desse Plano de Lei, mesmo tendo despertado muita indignação dos diversos movimentos sociais, não impediu que o projeto fosse aprovado em 2013 no plenário da Câmara dos Deputados. Algumas alterações foram feitas na correção do atual Plano de Lei e algumas delas são a proposta de um critério padrão que distinguirá usuários de traficantes e uma medida quantitativa que defina o porte para uso pessoal ou para fomento do mercado ilícito. Essa proposta pretendia corrigir o encarceramento massivo de usuários e sua constante seletividade penal. No que se refere a saúde, o Senador Valadares retirou as internações compulsórias, mantendo-se apenas as internações involuntárias, sem o consentimento do dependente, mas de acordo com o consentimento da família.

A questão do uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas tem sido abordada por uma perspectiva psiquiátrica. Todavia, é imprescindível entender que os aspectos psicológicos, econômicos e políticos também deveriam ser ressaltados para a resolução dos problemas com drogas. De acordo com Machado e Boarini (2013), no que se refere ao fenômeno das drogas, a transição do conceito de *comportamento de risco* para o conceito de *vulnerabilidade* permitiu o reconhecimento de que, além da perspectiva individual, a droga

perpassa outras esferas no âmbito social, econômico e político, e que o comportamento individual é influenciado por essas instâncias.

As próximas leis estabelecidas no Brasil já começam a ser desenhadas por um outro ponto de vista. A saúde como referência e seguindo o movimento de Reforma Sanitária e Psiquiátrica, que acontece no Brasil com a lei 10.216 e que altera a política de saúde mental, caracteriza-se, então, como um movimento histórico de cunho político, social e econômico que reflete ideologias de grupos dominantes e vão mais fundo ao mostrar que a principal vertente tem como a desinstitucionalização e a desconstrução dos paradigmas que sustentam a internação compulsória em manicômios. Por meio de movimentos sociais que resultaram nessa lei, o modelo hospitalocêntrico foi substituído pelo modelo psiquiátrico comunitário de assistência, baseado em serviços de saúde mental descentralizados, multifuncionais e diversificados (ANDREOLI, 2007).

Temos como norteadora a Portaria 3088/2001 que desenha a RAPS- Rede de Atenção Psicossocial que se propõe a substituição das instituições totalitárias como os hospitais psiquiátricos. O usuário, agora, deve ser atendido por dispositivos de atenção de saúde propostos que trabalham de maneira integrada, promovendo o acesso a serviços de saúde e da rede psicossocial. As internações compulsórias não serão mais primordiais na estratégia de tratamento ao dependente e usuário. A exigência de uma sociedade pautada na abstinência, acaba determinando a marginalização do usuário, pois extirpa do sujeito a responsabilidade por suas escolhas.

Podemos observar que a Política de drogas no modelo repressivo, com sua política coercitiva não prioriza o indivíduo e sua singularidade, além de mostrar uma nítida submissão dos campos da saúde ao poder jurídico, psiquiátrico e religioso (PINTO; OBERLING, 2014).

Tal rede fundamenta-se nos princípios da autonomia e respeito aos direitos humanos, busca promover a equidade e reconhecer os determinantes sociais, desfazer estigmas e preconceitos, garantir o acesso a cuidados integrais com qualidade, desenvolver ações de RD, educação permanente, além de monitorar e avaliar a efetividade dos serviços.

Quadro 1 – Rede de Atenção Psicossocial/RAPS

Nível de Atenção	Unidade Responsável
Atenção Básica em Saúde	Unidades Básicas de Saúde

	<p>Consultório de Rua</p> <p>Centro de Convivência</p> <p>Núcleo de Apoio a Saúde da Família</p>
Atenção Psicossocial Especializada	<p>Centro de Atenção Psicossocial- CAPS</p> <p>I, II, III, AD III e IJ</p>
Atenção de Urgência Especializada	<p>Rede de Atenção às Urgências - SAMU</p> <p>Sala de Estabilização</p> <p>UPA 24 horas</p> <p>Urgência/ Pronto Socorro de Hospitais</p> <p>Unidades Básicas de Saúde</p> <p>CAPS</p>
Atenção Residencial de Caráter Transitório	<p>Unidades de Acolhimento UA</p> <p>Serviços de Regime Residencial</p> <p>Comunidades Terapêuticas</p>
Atenção Hospitalar	<p>Enfermarias Especializadas</p> <p>Hospitais Psiquiátricos</p>
Estratégias de Desinstitucionalização	<p>Serviços Residenciais Terapêuticos</p> <p>Programa Volta para Casa</p>
Reabilitação Psicossocial	<p>Iniciativas de Geração de Renda</p> <p>Capacitação ao trabalho</p> <p>Cooperativas sociais</p>

Fonte: MS, Portaria N.3088, 23 de dezembro de 2011.

2.2 A POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS

2.2.1 Considerações sobre a evolução da política de redução de danos no cenário internacional

A Redução de Danos (RD) surge como um movimento de cunho político e internacional que visa à minimização das consequências danosas à saúde, decorrentes do uso inadequado de drogas. Essa política não leva em consideração a abstinência ou internação compulsória como requisitos ou formas de obter êxito no programa de RD.

A gênese da Redução de Danos encontra solo fecundo nos países baixos europeus, os quais tiveram as primeiras investidas governamentais e vislumbraram nas ações pragmáticas da Redução de Danos uma saída para conter o grande surto de contaminação pela HIV e hepatite virais na década de 80, principalmente difundidas por UDI (Usuários de drogas injetáveis), profissionais do sexo, entre outros (ROSA, 2014).

Gordon Allan Marlatt (1999), pesquisador comprometido com a temática da RD, teve seus estudos pautados em experiências concretas de redução de danos em países como a Inglaterra, Holanda, outros países baixos, Estados Unidos, Canadá e Austrália. Embora seu trabalho não adentre muito a questão da política de drogas, esse nos dá uma grande compreensão da efetividade dessa política no campo da saúde. Como é uma experiência pragmática, é alçada pela efetividade.

Comecei a perceber que a redução de danos é muito mais do que apenas uma alternativa à abstinência no tratamento de dependência química e na prevenção do HIV/AIDS. A redução de danos trata do manejo seguro de uma ampla gama de comportamentos de alto risco e dos danos associados a eles. O importante não é se determinado comportamento é bom ou ruim, certo ou errado; na redução de danos, a ênfase é se o comportamento é seguro ou inseguro, favorável ou desfavorável. A redução de danos centra-se no que funciona (pragmatismo) e no que ajuda (empatia e solidariedade) (MARLATT, 1999, p.22).

2.2.2 Inglaterra

O Reino Unido soube aproveitar bem a experiência no pós-guerra para o desenvolvimento de políticas públicas e estratégias inovadoras de cuidado em saúde. Com os impactos sofridos pela Grande Guerra, no campo da saúde houve a problematização do grande aumento do uso de morfina e heroína, bastante difundida na medicalização de soldados e, com

isto, houve o surgimento de medidas protetivas na minimização dos impactos causados pelo uso indevido de substâncias (PETUCO, 2016).

Uma das experiências relatadas por Marlatt (1999) no campo da RD nos leva à Inglaterra – com este cenário descrito acima - iniciada com o Relatório Rolleston de 1926, o modelo de RD era conhecido no Reino Unido como “Minimização de danos”. Petuco (2016) assinala esse marco como o primeiro nascimento da Redução de Danos.

Segundo Rosa (2014), o relatório baseava-se em uma comissão interministerial capitaneada pelo Sir. Humphrey Rolleston, até então ministro da saúde do país, que dava aval ao médico para livre prescrição legal de substância derivada do ópio e para usuários de algumas drogas. De acordo com Marlatt (1999), o Reino Unido foi o primeiro no enfoque de “Medicalização”, no qual dependentes de drogas podiam receber prescrições de drogas como heroína e cocaína para fins de manutenção.

Por mais que a prescrição de certas substâncias psicoativas àqueles indivíduos diagnosticados como dependentes químicos tenha sido desaprovada durante os anos subsequentes na Inglaterra, tal política voltou a ser praticada pelo departamento de saúde de Merseyside em 1990, atendendo às demandas na cidade de Liverpool (MARKS, 1991 *apud* MARLATT, 1999, p.35).

O modelo de RD de Merseyside disponibiliza uma gama de serviços a todos os dependentes que fossem cadastrados no Serviço de Dependência de Drogas, podendo incluir nesses serviços a troca de seringas, prescrição de drogas como heroína e cocaína. É permissível, portanto, a prescrição de receitas para usuários de drogas fumáveis, que são preparadas em forma de “baseados”, ampolas ou aerossol e até a disponibilização de serviços de moradias para os dependentes cadastrados (ROSA, 2014).

Marlatt (1999) assinala que cinco funções potenciais da abordagem da prescrição médica para dependentes são observadas por Strang, Gossop e Stimson (1990), sendo a primeira a prescrição médica para alívio da abstinência, a exemplo disso, podemos observar a prescrição de Metadona® para dependentes de opiáceos. A segunda função conta com a prescrição como meio de atrair os dependentes, como se fosse uma estratégia de marketing, e já favorecendo a terceira função promovendo a retenção desses usuários no programa, prevenindo o abandono ao tratamento. A quarta função mostra-se bastante interessante para análise: a prescrição médica como promotora de mudança na vida dos usuários dependentes, por meio de metas intermediárias no favorecimento de potencial mudança de hábito e, nas

palavras de Marlatt (1999, p. 36), “uma meta a curto prazo, que pode facilitar maiores avanços se o dependente iniciar um programa gradual de redução de danos do uso de drogas”.

Assim como Strang, Gossop e Stimson (1990), Marlatt (1999) chama a atenção para a importância da introdução de metas intermediárias na abordagem da RD no modelo Inglês, essas metas intermediárias também são enfatizadas por Allan Parry (1989).

Se o funcionamento do tratamento for entendido como uma cascata de processos de mudança (sequencial ou simultaneamente), com o estado final de cada processo atuando como uma hierarquia de metas, então o impacto benéfico da prescrição poderia ser avaliado de acordo com sua efetividade na realização de metas intermediárias. Algumas dessas metas intermediárias dentro da cascata ou de hierarquia poderiam ser vistas como particularmente importantes, tais como parar de compartilhar equipamentos de injeção, passar do uso de drogas injetáveis para uso exclusivo de drogas orais (STRANG; GOSSOP; STIMSON; 1990, p. 47).

A quinta função almeja pela prescrição de drogas, como heroína e Metadona®, aos usuários que se mostrem incapazes ou por livre vontade de manterem-se sem drogas. Podemos perceber certa horizontalização na organização dos serviços dos profissionais no programa de RD de Merseyside, as decisões são tomadas por membros de uma equipe interdisciplinar que segundo Marlatt (1999) inclui médicos, assistentes sociais, enfermeiros e terapeutas. Portanto, o programa de medicalização não é processado apenas pelo médico que prescreve a receita.

A despeito do fato de que a prescrição é formalmente assinada pelo(a) médico(a), ele(a) não é reconhecido como líder do grupo; cada membro do grupo tem a mesma importância e qualquer mudança no tratamento (ou a decisão de manter o tratamento) é feita pelo grupo inteiro ou, em casos de discórdia, pela maioria (MARKS, 1991 *apud* MARLATT, 1999, p.35).

Marlatt (1999) chama a atenção para a força policial que desempenha um papel decisivo na abordagem de RD de Merseyside.

Uma característica chave do programa policial é sua “Política de advertência”, na qual os infratores são alertados de na primeira vez que se futuramente forem surpreendidos por posse ilegal de drogas serão processados. Os infratores primários não são fichados na polícia; em vez disso, recebem informações sobre os serviços de tratamento e programas de troca de agulhas (MARLATT, 1999, p. 36-37).

A força policial participa de comitês que aconselham infratores como uma forma de melhorar os programas de tratamento e prevenção de drogas. Sua política de advertência aconselha aos usuários a não cometerem delitos futuramente, sujeito a penas mais severas.

2.2.3 Holanda

O caso holandês como modelo de RD também mostra-se bastante interessante para análise, na medida em que nos fornece abundantes informações a respeito das medidas protetivas de redução de danos instituídas naquele país. De acordo com Petuco (2016), o segundo nascimento da Redução de Danos encontra-se na Holanda, para a melhor compreensão do leitor, se faz necessário explicar o caso peculiar da política de RD nos moldes holandeses.

De acordo com Marlatt (1999), pode-se observar mudanças na política de drogas na Holanda na década de 70, uma vez que houve crescente problema das drogas emergentes na década de 60 e nos países baixos observa-se a mudança na política já em 1972. Antes disso, na Holanda, usuários poderiam ter penas pesadas se fossem pegos portando drogas ilícitas. Em decorrência disso, a Lei Holandesa de Ópio de 1976 foi instituída e fazia a distinção entre drogas de maior risco, como heroína, anfetamina, cocaína e LSD, e as drogas de menor risco, como maconha e haxixe.

Outra medida utilizada pela política de drogas foi a separação dos mercados de drogas pesadas das drogas consideradas leves, evitando que o usuário, ao procurar uma droga leve, se deparasse com outras drogas pesadas que estivesse à sua disposição.

Nos anos 80 surgiu uma nova filosofia de tratamento. Cada vez mais, o governo incentivava formas de auxílio cujo principal objetivo não era eliminar o comportamento adictivo como tal, e sim melhorar o bem-estar físico e social dos viciados e ajudá-los a atuar socialmente. Nessa fase, a incapacidade (temporária) do viciado de abandonar o uso de drogas estava sendo aceita como fato. Esse tipo de assistência pode ser definido como redução de danos, ou em termos mais tradicionais, prevenção secundária e terciária. Sua efetividade só pode ser assegurada por serviços de baixa exigência e auxílio acessível, os quais são conceitos-chave na política holandesa em relação às drogas. Isso torna a forma de trabalho de campo nas ruas; em hospitais e em prisões; centros de livre circulação para prostitutas; fornecimento de metadona prescrita como droga substituta; apoio material; e oportunidades de reabilitação social (ENGELSMAN 1989, p.216).

Marlatt (1999) em uma de suas visitas ao Jellinekcentre de Amsterdã pôde conhecer a perspectiva da redução de danos, aprendendo seus modelos básicos e pressupostos. O autor é enfático ao dizer que o movimento de RD holandês, em busca de uma abordagem mais pragmática e humana, foi estimulado devido à participação direta de usuários e dependentes químicos holandeses. Essa participação direta foi promovida pelo grupo Junkiebonds, que surgiu como vanguarda das primeiras investidas em programas de trocas de seringas (PTS),

em Amsterdã por volta de 1984. Os Junkies eram grupos locais surgidos em 1980 com representação nacional na Federação holandesa de ligas de dependentes, funcionava como um sindicato de dependentes químicos, essa organização recebia toda semana seringas e agulhas limpas em trocas de seringas ou agulhas dos usuários, ministrada pelo serviço de saúde municipal.

Petuco (2016) vai nos mostrar que não foi o advento da AIDS que favoreceu o surgimento dos primeiros programas de troca de seringas (PTS). O autor assinala que o que fez com que surgisse esse programa, foi a articulação de medos: medos da população de atender usuários de drogas injetáveis.

Diferentemente do que muitas pessoas acreditam, portanto, o primeiro programa de troca de seringas (PTS) não nasceu como uma estratégia para o enfrentamento da epidemia da AIDS, que na época ainda não era percebida como um problema entre pessoas que usavam drogas por via injetável. O que motivou o segundo nascimento da RD foi uma articulação de medos: o medo que tinham os funcionários de uma farmácia em atender pessoas que usam drogas injetáveis, e o medo das autoridades sanitárias holandesas diante de uma possível epidemia de hepatites virais (PETUCO, 2016, p.115).

O modelo de RD nos moldes holandeses segundo Marlatt (1999) expandiu-se do modelo orientado de abstinência para abordagens múltiplas, abordagens essas que vão desde os programas de baixa exigência, como por exemplo a caminhoneta da Metadona®, até programas de maior exigência, como comunidades terapêuticas. A caminhoneta da Metadona® não tem ponto fixo, não exige certo compromisso com a abstinência do dependente muito menos que ele se comprometa com o tratamento. Apenas conseguem se tratar com esse medicamento, os pacientes que estiverem inscritos no cadastro central da Metadona® e sob consulta médica.

Durante minha visita ao Jellinekcentre em Amsterdã, observei a variedade de programas de tratamento disponíveis, desde projetos comunitários de baixa exigência (por exemplo, a “caminhoneta da metadona” sem ponto fixo) até programas de alta exigência, baseados em abstinência, para pacientes internados (por exemplo, comunidades terapêuticas e assistência domiciliar a longo prazo). Os programas de redução de danos incluem trabalho de campo com dependentes nas ruas, em hospitais e nas prisões; centros de livre circulação para profissionais do sexo; e amplos programas de trocas de seringas. Em contraste com programas de alta exigência, os programas de baixa exigência não exigem um comprometimento com a abstinência ou exame de drogas como pré-requisito para admissão. Tudo o que pedem do dependente é a disposição de aparecer e (espera-se) iniciar um movimento na

direção de reduzir os danos associados ao uso de drogas (MARLATT, 1999, p. 32).

Rosa (2014) nos mostra que o programa de RD holandês, fundamentado no PTS que buscava a minimização da infecção por HIV, mostrou-se extremamente eficaz, proporcionando a minimização da infecção por insumos. Em 1985, houve o estabelecimento de uma nova estrutura na revisão da política de drogas, a “normalização” que está voltada para as necessidades do usuário de drogas e almeja reduzir ao mínimo os danos causados pelo consumo indevido de drogas. Este excerto pode explicar bem a normalização.

Segundo a política de normalização, o usuário pode ser observado como um holandês desempregado e não como uma ameaça ou risco para o país.

A posição holandesa delineada por Engelsman e seus compatriotas é resumida pelo termo “normalização”. Ela se apresenta como uma posição política pragmática, que se coloca entre a guerra às drogas, por um lado, e a legalização, por outro. A normalização está, primordialmente, voltada às necessidades dos usuários de drogas e ao objetivo de reduzir ao mínimo todas as formas de danos que podem decorrer das respostas ao controle, distintas daquelas decorrentes do uso de drogas em si. Contudo, a normalização não significa desistir do cumprimento da lei. Trata-se de melhor ajustar o cumprimento da lei de modo a evitar a rotulação estigmatização dos usuários de drogas menos perigosas... Evidentemente, essa versão do pragmatismo (e trata-se de apenas uma versão entre muitas) seria como uma bandeira vermelha para um touro no que se refere a políticas de “tolerância zero” em qualquer país (DORN; NIGEL, 1989, p.995).

Marlatt (1999) salienta que qualquer tentativa de reprodução da política de drogas no molde holandês em outros países mostra-se dificultosa devido a fatores culturais existentes. O autor aponta que a Holanda sofre críticas a respeito de sua política permissiva frente a países com políticas mais repressivas e de combate às drogas, como os Estados Unidos e alguns países da Europa que não fazem parte do bloco de políticas de RD. Dentre as críticas que repousam sobre os holandeses podemos destacar o narcoturismo, observando que o país recebe muitos turistas que frequentam coffeshops e isso gera nas autoridades uma preocupação, já que essa prática poderia fomentar o contrabando de drogas para outros países. Em resposta a isso, o governo holandês instituiu em sua agenda uma política revisada de drogas, um relatório nomeado como “continuidade e mudança”, que limitava a quantidade de maconha que o usuário poderia adquirir, a fim de evitar sua revenda em outros países - a quantidade de maconha que os estabelecimentos poderiam vender reduziu de 30 gramas para 5 gramas.

De acordo com Marlatt (1999), a experiência da RD também foi promovida por outros países da Europa, embora alguns países como a França e Suécia não aceitaram compor o bloco das políticas de RD, devido a discordâncias entre a política de drogas instituída em cada país.

2.2.4 Suíça

A experiência suíça iniciada em 1993 assinalada por Marlatt (1999) foi um programa voltado para atenção aos usuários de drogas pesadas, combinada com um estudo de três anos sobre política de drogas e distribuição de drogas pesadas para dependentes, capitaneada pela assistência médica e social (Karel, 1993, *apud* Marlatt, 1999). A *Fixerstuebli*, conhecida como sala do pico, oferecia um lugar tranquilo e seguro para que usuários pudessem injetar-se drogas. Já a *Plastzpitz*, conhecida como parque da agulha, não obteve tanto sucesso, devido ao fato de ser um ambiente no qual os dependentes poderiam comprar e manusear drogas em ambiente público. Segundo Marlatt (1999), as autoridades suíças fecharam o projeto da *Plastzpitz* em 1992, onde uma política de não intervenção era adotada desde que o parque teve permissão para ser operado, em 1987.

Os governantes consideraram uma abordagem alternativa: descentralizar os serviços e disponibilizar heroína e outras drogas injetáveis para dependentes pesados por meio de prescrições. Nesse novo programa, disponível em oito cidades suíças, os dependentes que se qualificarem para o programa tinham acesso à heroína, morfina e metadona injetável com acompanhamento médico, além de serviços que incluíam alojamento e auxílio na busca de emprego, tratamento para problemas somáticos e psiquiátricos (incluindo HIV) e aconselhamento para problemas de família e de estilo de vida. Embora a Suíça seja um país pequeno, cuja população é de apenas 6 milhões, estima-se que 30 a 40 mil pessoas sejam dependentes de drogas pesadas (MARLATT, 1999, p.38).

De acordo com Marlatt (1999), esse novo programa suíço em seu plano inicial visava atingir cerca de 700 usuários, mas que só poderiam ser aceitos no programa usuários que fossem altamente dependentes. No verão de 1995, 340 dependentes de heroína suíços recebiam um suprimento legal de heroína por dia de um dos programas de prescrições (Marlatt, 1999). Esses países citados acima que compunham o bloco de RD nos moldes europeu, segundo Marlatt (1999), juntos faziam parte da aliança para promoção de práticas de RD para usuários de drogas urbanas de alto risco. As evidências positivas explicitadas por Marlatt (1999) também corroboram para a importância da prática de Redução de Danos nesses países.

A Política de RD aplicada na América tem como expoentes importantes o Canadá e o Brasil. A experiência brasileira de RD será articulada detalhadamente na próxima seção e não será explanada aqui.

2.2.5 Canadá

Marlatt (1999) discorre que a primeira vez que a RD foi adotada como referencial de estratégia nacional de drogas no Canadá foi em 1987, sediando em março de 1994 a V Conferência Internacional sobre Redução de Danos relacionados com drogas na cidade de Toronto, e a primeira realizada na América do Norte. O modelo canadense reflete programas de UDI, programa de troca de seringas e manutenção com Metadona®, incluindo também auxílio na prevenção de abusos com álcool, visando sempre à promoção e educação para a saúde. De acordo com Riley *et al.* (1999):

A abordagem da redução de danos na educação focaliza informações neutras sobre as diferentes drogas, suas propriedades e efeitos, sobre leis e direitos legais, sobre como reduzir riscos e onde obter ajuda, se necessário. Ela ajuda os jovens a desenvolver uma grande variedade de habilidades na avaliação, no julgamento, na comunicação, na afirmação, na resolução de conflitos, na tomada de decisões e no uso seguro. A educação sobre a redução de danos baseia-se no humanitarismo, no pragmatismo e em uma abordagem científica de saúde pública. Os princípios da educação sobre drogas com redução de danos são os de que o uso de drogas é normal, que ele está associada a benefícios, bem como a riscos, que ele não pode ser completamente eliminado, mas que seus danos podem ser reduzidos; muitos jovens superam o uso de drogas; a educação deve ser isenta de julgamento; ela requer um diálogo aberto com jovens e respeito pelo direito das pessoas de tomarem as suas próprias decisões; e enfatiza o apoio positivo dos parceiros e companheiros, e não separação (RILEY *et al.*, 1999, p.19).

Essa abordagem canadense, explicitada por Marlatt (1999), reflete um importante diálogo acerca de uma reformulação de educação sobre drogas no campo das políticas públicas de redução de danos. Essa abordagem mais educativa, segundo o autor, é defendida na Austrália, que também introduziu a prática da redução de danos na sua agenda de política nacional de drogas, sediando em 1992 a III Conferência Internacional sobre redução de danos Relacionados a Drogas, com objetivo de minimizar os danos e riscos causados pelo abuso de drogas. Segundo Marlatt (1999), o tabaco e o álcool são incluídos no eixo das drogas ilícitas levando em consideração que são substâncias que causam a maioria dos riscos na Austrália.

2.3 A ESTRATÉGIA DE REDUÇÃO DE DANOS NO BRASIL: EXPERIÊNCIAS E APROXIMAÇÕES

A primeira vez em que se ouviu falar de Políticas de Redução de Danos no Brasil remete a experiência de Santos/São Paulo em 1989, uma cidade portuária onde havia uma grande circulação de pessoas e que está intimamente ligado ao crescimento da AIDS no país. De acordo com Petuco (2016), o marco do terceiro movimento da RD se encontra em solo nacional e segundo o autor Santos era a cidade brasileira com maior número de casos de AIDS, decorrentes do compartilhamento de seringas entre usuários de drogas injetáveis e difusão também por profissionais do sexo.

Importante pensar nesse ponto nas primeiras investidas da redução de danos como política pública no âmbito da aprovação da Lei 8.080/90, que formalizou o SUS tendo a grande contribuição do até então atual secretário de saúde e sanitarista, David Capistrano Filho, e sob a coordenação de Fábio Mesquita, a política de enfrentamento da epidemia de AIDS. Esse grupo técnico geriu as políticas do sistema público de Santos.

Segundo Campos e Henriques (1996):

Uma série de experiências inéditas foram colocadas em prática: pela primeira vez uma gestão pública fechava um hospital psiquiátrico e investia em iniciativas municipais de base territorial para o acompanhamento de pessoas em sofrimento mental; promoção de saúde e cidadania e prevenção das DST's e Aids na região portuária (voltada sobretudo às pessoas envolvidas com prostituição); criação do CRAids (Centro de Referência em AIDS), primeiro serviço do tipo no país; também em âmbito municipal, a abertura do Núcleo de Atenção a toxicodependentes... Estas e outras experimentações, que davam materialidade aos sonhos expressos pelos movimentos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica, estão registradas no livro "Contra a maré à beira mar: a experiência do SUS em Santos" (CAMPOS; HENRIQUES, 1996, p.117).

Petuco (2016) argumenta que o medo e preconceito sempre mataram mais que qualquer vírus (p.118). O autor quis mostrar como a iniciativa de Santos com os primeiros programas de RD foi desarticulada pelos setores mais conservadores da sociedade. Para Rodrigues (2006), essa primeira iniciativa não era sustentada por uma legislação e foi alvo de muitas ações civis e criminais que lograram a descontinuidade das ações e o fim do programa, sendo o material que foi utilizado pelos agentes de saúde retido e seus idealizadores submetidos a inquérito.

A intransigência articulada de setores conservadores bloqueou as trocas de seringas não apenas na cidade litorânea do estado de São Paulo, mas atrasou a implementação de estratégias voltadas à prevenção da Aids junto a pessoas que usavam drogas injetáveis em todo país. Seria preciso esperar mais seis anos até que os soteropolitanos conseguissem realizar abertamente aquilo que os santistas foram obrigados a concretizar por meio de uma clandestinidade análoga à do próprio uso de substâncias qualificadas como ilícitas. (PETUCO, 2016, p.118).

Apenas em 1994, segundo Rodrigues (2006), o programa de RD foi oficialmente assumido como estratégia de saúde pública sendo estimulado por experiências concretas de outros países. Machado e Boarini (2013) vão mostrar que em cooperação com o UNDC – Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas, o MS reconheceu a RD como estratégia de saúde pública no Brasil, em 1994. (BRASIL, 2003).

O primeiro projeto de RD oficialmente assumido no Brasil sem clandestinidade foi criado em Salvador – BA. Petuco (2016) discorre que o êxito que a experiência de Salvador logrou foi devido a esse projeto ter sido nascido sob o aval do ambiente acadêmico e não como em Santos que não tinha o aporte jurídico necessário e por ter sido capitaneada por setores de organizações não-governamentais e autoridades locais. A criação do CETAD (Centro de Estudos e Terapia de Abuso de Drogas), uma iniciativa do Departamento de Anatomia Patológica e Medicina Legal da Universidade Federal da Bahia, por meio de recursos financiados pela Coordenação Nacional de DST/Aids e Banco Mundial, consegue o fomento do primeiro PTS do Brasil oficialmente legal em 1995 (PETUCO, 2016). Estas iniciativas mais adiante dão lugar a vários projetos espalhados pelo Brasil com financiamento direto da Coordenação Nacional de DST/Aids.

Uma experiência realizada pelo Programa de Orientação e Atendimento a dependentes da Universidade Federal de São Paulo (PROAD/UNIFESP) entre 1996 e 1998, sob a orientação de Dartiu Xavier e Eliseu Labigalini, reflete o trabalho de terapia de substituição com dependentes de crack. Essa terapia é a substituição de uma droga por outra de mesmo efeito, um exemplo disso é a administração de Metadona® e maconha para substituir os efeitos da heroína e do crack. A pesquisa foi realizada com um grupo focal de 25 dependentes de crack, acompanhados por nove meses e sob o tratamento com maconha, percebe-se os resultados demonstraram um salto positivo com o abandono pelo crack de 68% dos pacientes (PETUCO, 2016).

De acordo com Rosa (2012), embora alguns profissionais da saúde resistam à eficácia da RD no tratamento de dependentes de crack por meio da aplicação de Cannabis, outros

estudos corroboram com a eficácia da RD com tratamento de dependentes em heroína e cocaína, por meio da ayuaska e ibogaína.

McRae e Gorgulho (2003) discutindo sobre o tratamento de substituição do ponto de vista da REDUC – Rede Brasileira de Redução de Danos e Direitos Humanos, vão mostrar que essa discussão ainda mostra-se incipiente no Brasil e que apesar dos estudos afirmarem resultados positivos, tem faltado ousadia técnica e política a outras instituições para dar continuidade a esse trabalho.

No II Congresso Brasileiro de Prevenção das DST/Aids, realizado em 1º de dezembro de 1997, houve a criação da ABORDA – Associação Brasileira de Redutores de Danos, e essa vem desempenhando um papel técnico e político da RD no Brasil. Um ano depois da criação da ABORDA, em 1998, foi criada a REDUC – Rede Brasileira de Redução de Danos e Direitos Humanos em um Encontro Nacional de Redução de Danos em São Paulo. Petuco (2016) diferencia estas organizações de modo que a ABORDA reuni redutores e redutoras com experiência direta no campo da estratégia de Redução de Danos e a REDUC reuni um corpo mais acadêmico e técnico. (RIGONI, 2006; PETUCO, 2016).

O órgão CONFEN, criado na década de 80, é substituído pelo CONAD – Conselho Nacional Antidrogas, vinculado ao gabinete da segurança institucional da presidência da República, e é um órgão normativo e deliberativo da Secretaria Nacional Antidrogas – SENAD que institui o tema das drogas como pauta na Segurança Nacional. O CONAD tem como primeiro grande processo a formulação da Política Nacional Antidrogas – PNAD, instituída pelo decreto 4.345/2002. Mesmo difundindo ideais proibicionistas que objetivava a sociedade livre das drogas, a PNAD apoiava a criação e a implementação de estratégias de RD para o indivíduo, grupo social ou comunidade, com enfoque na prevenção das doenças infecciosas – ou seja, de medidas ainda restritas à prevenção de doenças – e na formação de redutores de danos. (BRASIL, 2001; MACHADO; BOARINI, 2013).

Essas importantes mudanças no cenário político da época somada às experiências adquiridas na implementação de programas de Redução de Danos na atenção à saúde de usuários de drogas injetáveis e a formulação da Política do ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, contribuíram para o realinhamento discursivo na política do CONAD, a começar pelo nome, que mudou de ‘Antidrogas’ para “Políticas sobre Drogas” (SANTOS E OLIVEIRA, 2013, p.85).

Em 2002 é instituída a lei 10.409 e por meio dela o tratamento do dependente é realizado de forma multiprofissional e com assistência familiar quando possível. Para Santos e Oliveira (2013) foi à primeira menção na legislação brasileira sobre RD em que incumbido

dessa regulação ficou o MS. O CONAD em 2005 aprova a Política Nacional sobre Drogas e, segundo Santos e Oliveira (2013), essa política admite a importância da inclusão da questão do uso abusivo de drogas como problema de saúde pública, admitindo a necessidade do tratamento, recuperação e reinserção social do usuário de álcool e outras drogas.

A Política Nacional sobre Drogas tem como principais diretrizes: atingir o ideal de construção de uma sociedade protegida do uso de drogas; reconhecer o direito de toda pessoa receber tratamento para drogadição; reconhecer as diferenças entre o usuário, a pessoa em uso indevido, o dependente e o traficante; priorizar ações de prevenção; incentivar ações integradas aos setores de educação, saúde e segurança pública; promover ações de redução de danos; garantir ações para reduzir a oferta de drogas no país, entre outras orientações (SANTOS E OLIVEIRA, 2013, p.85).

Em 2003, o MS publica o documento da Política do MS para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, repousando nos princípios do SUS e na Reforma Psiquiátrica, orientam-se através do fortalecimento de um trabalho de rede, de atenção integral, fácil acesso aos serviços, participação do usuário no tratamento e a oferta de serviços de atenção diária como alternativa ao hospital psiquiátrico, o CAPS – Centro de Apoio Psicossocial e o CAPS Ad – Centros de Apoio Psicossocial álcool e drogas. (SANTOS; OLIVEIRA, 2013).

Esses CAPS e sua modalidade para atendimento exclusivo para usuário de álcool e drogas – CAPS Ad – é a expressão prática da Reforma Psiquiátrica, pois trata-se de uma modalidade de atenção à saúde centrada na comunidade, caracterizada por atendimento ambulatorial realizado por uma equipe multiprofissional especializada, articulando ações de redução de danos, prevenção, recuperação, tratamento e reinserção social dos usuários de drogas de abuso [SIC] (SANTOS E OLIVEIRA, 2013, p.86).

As redes assistenciais do CAPS são serviços comunitários que objetivam o cuidado no trato com pessoas de transtornos mentais e sua atenção repousa em ações conjuntas com os familiares e com o intuito da reinserção social dos usuários. O CAPS Ad, repousa ações centrais na atenção aos usuários de álcool e outras drogas, possuindo, também, um trabalho conjunto com familiares e usuário de álcool e drogas.

O uso destas medidas permite que sejam elaborados projetos terapêuticos mais flexíveis e de menor exigência, conseqüentemente adequados às necessidades de cada usuário dos serviços. Os CAPS Ad atuam de forma articulada a outros dispositivos assistenciais em saúde mental (ambulatórios, leitos em hospital-geral, hospitais – dia) e da rede básica de saúde, bem como ao Programa de Saúde da Família e ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (DELBON, DA ROS E FERREIRA, 2006, p.41).

No município de São Paulo, os levantamentos epidemiológicos apontam que 20% da população apresenta transtornos mentais comuns como quadros depressivos e ansiosos e por abuso ou dependência de álcool (DELBON, DA ROS; FERREIRA, 2006). Em decorrência desse quadro, foi necessária a parceria entre as áreas da Saúde Mental Álcool e Drogas e DST/AIDS pelo programa de Redução de Danos, o PRD – Sampa.

Nesses serviços de tratamento busca-se oferecer um acolhimento diferenciado, recursos para uso mais seguro, disponibilização de kits de redução de danos contendo: seringas, agulhas, preservativos, água destilada, copo plástico e material informativo. Constitui-se uma política de atendimento que trabalha com a realidade do fenômeno droga e de seus consumidores, suas necessidades e principalmente suas possibilidades, visando incluir e amparar socialmente o usuário de drogas (DELBON, DA ROS E FERREIRA, 2006, p.42).

Objetivando a necessidade de intensificar e ampliar as ações de promoção, prevenção, tratamento e Redução de riscos, o MS em 2009 instituiu o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas - PEAD no SUS, o Plano Crack.

Essa nova diretriz política objetivou aumentar o leque de ações das diretrizes anteriores. As finalidades são: ampliar o acesso ao tratamento e à prevenção em álcool e outras drogas no SUS; diversificar as ações orientadas para a prevenção, promoção da saúde, tratamento e redução de riscos e danos associados ao consumo prejudicial de substâncias psicoativas; e construir respostas intersetoriais efetivas, sensíveis ao ambiente cultural, aos direitos humanos e às peculiaridades da clínica do álcool e outras drogas, e capazes de enfrentar, de modo sustentável, a situação de vulnerabilidade e exclusão social dos usuários (SANTOS E OLIVEIRA, 2013, p.87).

O PEAD visou a ampliação do acesso dos dependentes ao tratamento preventivo no SUS, consistindo em um plano com metas em um intervalo de 2009 a 2010 com a participação de 100 municípios que se enquadraram na categoria de fragilidade assistencial ao dependente químico e devido ao grande problema das drogas enfrentado por esses municípios (MACHADO; BOARINI, 2013).

Para Santos e Oliveira (2013), o foco de ação das políticas dos Estados Modernos se concentra além de drogas tipicamente conhecidas como tabaco, álcool, ópio e cocaína, mas também no surgimento de novos tipos de drogas, como é o caso de drogas sintetizadas, produzidas em âmbitos laboratoriais, como, ecstasy (metanfetaminas), solventes, inalantes e LSD, o “oxi”, uma derivação do crack que tem em sua composição, constituintes mais tóxicos.

O crack tem seu surgimento nos anos 80 e para Santos e Oliveira (2013) esse que constitui um composto potente, de efeito curto e com alto grau de dependência, originalmente produzido artesanalmente, acabou transformando-se em uma mercadoria mais barata e acessível. Ainda, de acordo com Machado e Boarini (2013):

A configuração atual do cenário das drogas no País demanda a avaliação e a construção de estratégias de redução de danos que contemplem a especificidade de cada droga, pois o contexto em que surgiu a estratégia de RD no Brasil por meio dos programas de troca de seringas não é mais hegemônico, uma vez que as drogas injetáveis deram espaço a uma gama de outras drogas usadas de diferentes formas, que exigem, por isso mesmo, novas estratégias e adequação da redução de danos a essas outras realidades sociais (MACHADO; BOARINI, 2013, p.590).

O Plano Integrado de Enfrentamento ao crack foi instituído em 2010 por meio do MS e órgãos governamentais, ambicionando à prevenção do uso, tratamento e reinserção social dos dependentes. Santos e Oliveira (2013) discorrem que os objetivos do plano são de articulação e ampliação das ações de prevenção e reinserção social, dando vista à participação familiar e comunitária nas políticas, fortalecimento de redes de atenção à saúde e assistência social para os dependentes.

De acordo com Rosa (2012), as estratégias de RD para usuários de crack envolvem a distribuição de preservativos, cuidados com a prática de sexo mais seguro, informações sobre riscos de contaminação pelo compartilhamento de seringas, o oferecimento de cachimbos de melhor qualidade evitando a contaminação por bactérias.

Forteski e Faria (2013), mostram que a exigência do abandono sistemático do uso de drogas colabora com censuras direcionadas aos usuários, fazendo com que estas instituições de saúde sejam territórios produtores de estigmas.

As propostas de Redução de Danos mostram-se pragmáticas e de baixa exigência, compreendem uma abordagem mais humanitária que não pauta a abstinência como ponto de partida, tampouco incentiva o uso desordenado de drogas, sejam elas lícitas ou ilícitas. Essas propostas apresentam-se eficientes na medida em que podemos observar os saltos positivos desde a afirmação dessa estratégia como política pública, mesmo que seus recursos ainda sejam incipientes.

É necessária uma interdisciplinaridade dos campos de saberes, uma união comum, tendo em vista as intermitências e dificuldades da Sistematização dessa política. A política de Redução de Danos deve ser aplicada a um território produtor de cidadania e não de estigma. Destarte, de acordo com Passos e Souza (2011), a análise de como a inclusão dos usuários de

drogas em arranjos coletivos de gestão é uma importante direção clínica e política do movimento de Redução de Danos, pois define uma nova proposta de atenção salutar. Os autores mostram que a partir desses espaços coletivos de cuidado, os usuários puderam tecer uma rede nacional de cooperação e de produção de uma luta que é de todos.

Estas estratégias de controle sobre drogas foram se constituindo ao longo da história brasileira de acordo com a complexidade dos desafios enfrentados pelo Estado. No entanto, a lógica territorial baseada na articulação de redes, propostas pela redução de danos, passou a ser desenvolvida por meio do reconhecimento da importância do trabalho de campo vinculado ao meio cultural e à comunidade em que os usuários de drogas estão inseridos (ROSA, 2012, p.226).

Podemos compreender que a Redução de Danos pode ser uma estratégia de ação educativa em Drogas, priorizando um diálogo aberto com os jovens. A RD porta-se como ação educativa pautada na realidade e na emancipação dos sujeitos, uma ferramenta facilitadora de posturas preventivas, exigindo a articulação prática de conduta individual e coletiva, não submetendo seus usuários a modelos rígidos de comportamento, respeitando as diferenças e promoção de saúde para todos (FEFFERMANN; FIGUEIREDO, 2006).

3 OBJETIVOS

A seguir, o objetivo geral e os objetivos específicos dessa pesquisa.

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as práticas assistenciais de cuidado baseadas em ações de Redução de Danos, em um CAPS Ad.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as práticas assistenciais de redução de danos ofertadas pelos profissionais do CAPS-Ad.
- Conhecer na visão dos profissionais suas perspectivas e desafios para a implementação das ações de Redução de Danos.

4 MÉTODO

4.1 DESENHO E LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi delineada com abordagem qualitativa, pois para alcançar os objetivos deste estudo se fez necessário a compreensão das percepções dos sujeitos participantes. Minayo (2014) define a pesquisa qualitativa como:

[...] método que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmo, sentem e pensam (MINAYO, 2014, p.57).

A pesquisa foi realizada no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas categoria III (CAPS-Ad III) de um município de porte médio da Zona da Mata no estado de Minas Gerais.

O CAPS-Ad III é o único dessa categoria no município, sendo referência para uma população de 563.769 habitantes (IBGE, 2017). Fato esse que dificulta a assistência a essa população devido a superlotação do serviço.

Este serviço está em funcionamento há treze anos. É uma instituição especializada no atendimento a pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas. Desde 2012, passou a disponibilizar sete leitos, sendo quatro masculinos e três femininos, para receber internações de usuários por um período de até quinze dias. Dessa forma, passou a ter o funcionamento 24 horas, sete dias por semana.

Por ser um serviço da rede de atenção psicossocial, sua organização fundamenta-se nos princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira e na Redução de danos. Logo, sempre foi um serviço aberto e comunitário que deve acolher qualquer pessoa, de ambos os sexos. Porém, devido a dificuldades da assistência - por ser o único dispositivo temático de álcool e outras drogas no município - a equipe, neste momento, opta por restringir a entrada ao serviço às pessoas com encaminhamento de outros serviços de saúde, para então passarem pelo acolhimento da instituição que avaliará a demanda dos usuários.

Conta com uma equipe multiprofissional e com uma equipe de apoio (porteiro, recepcionista e auxiliares de serviços gerais) para a assistência. A equipe multiprofissional técnica tem a seguinte composição:

Quadro 2 – Relação de profissionais de nível superior no CAPS AD III

Equipe técnica	Nº de profissionais
Enfermeiro	4
Psiquiatra	3
Psicólogo	3
Assistente Social	3
Total:	13

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Apesar do funcionamento ser 24 horas/ dia, os grupos, as consultas e demais atividades realizadas pelo serviço ocorrem somente de 8 às 17h, de segunda a sexta-feira. Fora desse horário, permanecem somente os usuários internados nos leitos de acolhimento, os quais são acompanhados pela equipe de enfermagem.

A organização da porta de entrada do serviço é realizada através da triagem e acolhimento da pessoa que chega ao serviço com encaminhamento requisitando cuidados. Ela é acolhida por algum profissional de nível superior escalado para aquela função no dia. É realizada uma triagem para conhecer a história daquela pessoa que chega ao serviço e já direcioná-la através de agendamento para a equipe que irá acompanhá-la. Todavia, essa entrevista pode ser dificultada caso o usuário chegue ao serviço sob efeito de SPA's, na qual será acolhido nos leitos de repouso e solicitado apoio familiar, caso este esteja sozinho, ou solicitado apoio do SAMU dependendo da avaliação de cada caso.

O ponto inicial do tratamento no CAPS Ad III é a triagem, sendo a coleta de dados norteada por um formulário na qual se verificam: dados de identificação, escolaridade, história do sujeito, SPA's que utiliza, frequência, quantidade e progressão do consumo e outras doenças. Importante salientar que não se trata de uma entrevista rígida, pois a intenção é estabelecer uma conversa com o usuário, instituindo a possibilidade de vínculo, algo tão importante nessa clínica. Após esse momento o usuário é encaminhado à equipe de referência que atende sua região territorial para a construção do Projeto Terapêutico Singular- PTS.

4.2 PARTICIPANTES

Os profissionais que atuam diretamente na assistência a esses usuários estabelecendo ações de cuidado na perspectiva de ações de RD, totalizam onze profissionais de nível superior (três médicos psiquiatras, quatro enfermeiros, três assistentes sociais e um psicólogo).

4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Profissionais de nível superior que estavam diretamente ligados à assistência aos usuários atendidos no CAPS-Ad.

4.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Profissionais de nível superior que estavam afastados por motivo de saúde, férias ou quaisquer outros motivos e aqueles que não concordaram em participar da pesquisa. Do total de profissionais, duas psicólogas não participaram da pesquisa. A primeira estava em licença maternidade, enquanto que a segunda recusou-se a participar.

4.5 PROCEDIMENTOS PARA INÍCIO DO TRABALHO DE CAMPO

Após a aprovação do projeto de pesquisa pelo CEP/UFJF (Anexo I), foram realizadas três reuniões em momentos distintos no CAPS AD a fim de explicar detalhadamente o projeto de pesquisa e seus objetivos. A primeira e segunda reuniões foram realizadas com as coordenadoras do CAPS AD que não manifestaram quaisquer objeções em relação à realização. A terceira reunião envolveu os participantes das equipes multiprofissionais elegíveis para a pesquisa.

O processo de coleta de dados deu-se através de dois métodos, a observação direta e a entrevista semiestruturada, a fim de que ambos se complementassem possibilitando uma melhor compreensão da prática de RD utilizada no CAPS Ad.

Inicialmente, foi realizada a observação de campo, o que permite ao pesquisador uma aproximação com a realidade pesquisada, com a intenção de conhecer o cenário de investigação, assim como aproximar-se dos atores investigados. Tal observação contribuiu,

também, com as entrevistas, formalizando uma relação de confiança entre o pesquisador e os participantes refletindo na fidedignidade dos dados informados e na compreensão da realidade pontuada nas entrevistas. Essa observação foi feita por um período de um mês.

No segundo momento da pesquisa, as entrevistas foram iniciadas com os profissionais de nível superior e que prestam assistência direta a esses usuários.

As entrevistas são fundamentais quando o objetivo de estudo se define ao interesse de mapear opiniões, crenças e valores sobre um determinado assunto. A opção por tal instrumento de coleta de dados apresentou-se o mais apropriado, uma vez que garante o anonimato e a individualidade do participante, de modo que ele consiga expressar sua opinião e ainda permite que o entrevistador acrescente novas indagações à entrevista, não sendo um método rígido (DUARTE, 2004).

As entrevistas foram gravadas em áudio, após aprovação de cada participante, por meio de um gravador de voz digital. Os relatos foram transcritos na íntegra utilizando o programa Word for Windows visando a fidedignidade das informações.

Após a transcrição do material gravado nas entrevistas da primeira etapa e da organização do material para análise pelo programa Iramuteq foi possível compilar material que serviu de base e é apresentado no capítulo “Resultados e Discussão”.

Foi garantido o anonimato dos participantes através da criação de pseudônimos para identificá-los.

O material utilizado na coleta de dados ficará arquivado com o pesquisador em mídia digital num período de cinco anos e posteriormente serão inutilizados. Foram obedecidos todos os quesitos éticos e legais de pesquisa envolvendo seres humanos em conformidade com a Resolução Nº 466/ 2012 do MS (BRASIL, 2012).

4.6 INSTRUMENTOS

O roteiro de entrevista foi composto por um conjunto de perguntas sobre a caracterização dos participantes como dados pessoais, nível de escolaridade e área de formação, tempo de atuação no CAPS-Ad, capacitações na área e experiência em outro serviço de AD. As questões relativas ao objeto de estudo propriamente dito relacionaram-se à opinião sobre a assistência aos usuários de álcool e drogas; relação profissional-usuário de drogas; compreensão sobre a estratégia de RD; ações de RD desenvolvidas junta à equipe multiprofissional e adesão dos usuários de drogas à estratégia de RD (Apêndice 1).

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo do tipo estrutural e temática. Essa é uma técnica tradicionalmente utilizada em pesquisa qualitativa e caracteriza-se por ser uma forma sistematizada e com rigor metodológico de investigações de textos e entrevistas (BARDIN, 2016).

A análise de conteúdo do tipo estrutural e temática aconteceu em três fases: (a) **pré-análise**, fase de organização inicial com o objetivo de apreender, de uma forma global, as ideias principais e os seus significados, através da realização de leituras flutuantes do material; (b) **exploração do material empírico** que será a análise propriamente dita, sendo realizado o recorte das unidades de registro, isolamento das falas em recortes a nível semântico (eixos temáticos), visando à categorização; e, (c) **tratamento dos resultados, inferência e a interpretação** que consistirá na transformação dos resultados brutos. Após isto, foram feitas inferências e interpretações dos dados debruçando no aporte teórico da pesquisa (BARDIN, 2016). Os dados foram tratados e analisados através do *software IRaMuTeQ*.

O *IRaMuTeQ* é um software gratuito que foi desenvolvido de acordo com a lógica open source e está licenciado pela General Public Licence (GPLv2). Este software possibilita diferentes tipos de análises de dados textuais, dos mais simples como no caso da lexicografia básica (frequência de palavras), até a realização de análises multivariadas (Classificação Hierárquica Descendente - CHD e Análise de Similitude), além de organizar sistematicamente a distribuição do vocabulário com representação gráfica em forma de árvore e nuvem de palavras. O processamento da análise lexical no *IRaMuTeQ* tem início na identificação e reformatação das unidades de textos, que transformam as unidades de Contextos Iniciais (UCI) em Unidades de Contexto Elementares (UCE). Este *Software* começou a ser utilizado no Brasil em 2013. A análise estatística do *IRaMuTeQ* utiliza do software R (www.r-project.org) e na linguagem python (www.python.org). (CAMARGO; JUSTO, 2013).

O *IRaMuTeQ* realiza os seguintes tipos de análises: estatísticas textuais clássicas; pesquisa de especificidades de grupos; classificação hierárquica descendente; análises de similitude e nuvem de palavras. A classificação hierárquica descendente (CHD) se propõe a apresentar as classes de segmentos de texto, o qual possui a delimitação de três linhas. Os segmentos de textos são os ambientes das palavras. A partir dessas análises em matrizes, o software organiza a análise dos dados em um dendograma da CHD que ilustrará as relações entre as classes.

Análise de similitude se baseia na teoria dos grafos. Esta ferramenta possibilita identificar as co-ocorrências entre as palavras e seu resultado traz indicações da conexão e relação entre as palavras, auxiliando na identificação da estrutura da representação. Já a nuvem de palavras agrupa as palavras e as organiza graficamente em função de sua frequência, evidenciando em tamanho e grifo as palavras com maior porcentagem de repetições (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Nesta pesquisa utilizou-se as análises lexicográficas clássicas, que identificam a quantidade de palavras, frequência média e *hápax*, ou seja, palavras que aparecem uma única vez - frequência 1. Para a análise textual o *corpus*, que é o conjunto de textos que se pretende analisar. Foram agrupadas as transcrições das 11 entrevistas em um único texto, contendo apenas as falas dos entrevistados. Posteriormente, o *corpus* foi separado por segmentos textuais, que são fragmentos do texto constituídos por três linhas dimensionadas pelo próprio *software*.

Para que o *corpus* textual seja consistente e tenha confiabilidade para a análise existe a necessidade de um aproveitamento mínimo de 75% dos segmentos textuais, fragmentos textuais com aproveitamento para análise (CAMARGO; JUSTO, 2013). Neste estudo obtivemos o aproveitamento de 78,72%.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

Atendendo a Resolução 466/2012 e seus complementares que trata de pesquisa envolvendo seres humanos, a pesquisa intitulada “Redução de Danos na Política Nacional sobre Drogas: avanços e desafios” foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz Fora em 02 de janeiro de 2020, número do parecer 3.793.220 (Anexo 1).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como supracitado, a pesquisa contou com a participação de onze profissionais de saúde (84,61%) de um total de treze profissionais de nível superior que trabalham no CAPS-AD. A maioria dos participantes são do sexo feminino (72,7%), com idades entre 30 e 34 anos (36,3%), tempo de formação entre 1 a 5 anos (36,3%). Do total de participantes, 90,9% possuem ao menos uma pós-graduação, no entanto, são em diferentes áreas. Os três médicos são especialistas em psiquiatria e uma das enfermeiras é especialista em Saúde Mental. Entre as assistentes sociais e o psicólogo, nenhum possui especialidade em Saúde Mental. Sendo assim, dos participantes, 36,36 % possuem qualificação em Saúde Mental. A maioria (45,4%) relatou ter entre um ano a menos de dois anos de experiência na área de álcool e drogas. Sobre a qualificação técnica na área de álcool e drogas, 45,4% dos participantes referiram algum curso na área por iniciativa própria. (Tabela 1).

Almeida e Furegato (2015), em estudo conduzido com profissionais que atuam na Saúde Mental do município de Uberlândia encontraram um percentual semelhante a esse estudo no que se refere à qualificação em Saúde Mental. Do total de participantes, 37,3% frequentaram cursos de pós-graduação em Saúde Mental.

Uma questão notória dessa pesquisa é o pouco tempo de experiência profissional e poucos profissionais com curso de especialização na área, visto que apenas 36,36% dos profissionais do serviço pesquisado possuem qualificação na área de saúde mental e 45,4 % possuíam experiência menor que dois anos de assistência a esta população.

O MS e MEC por meio de relatórios de Gestão e Portaria Interministerial n. 1001, de 22 de outubro de 2009 evidenciaram um número reduzido de profissionais graduados na área de saúde mental. Os dois ministérios reconhecem a necessidade de aumentar o número de profissionais com especialização na área, tendo em vista a especificidade desse serviço e as habilidades requeridas, uma vez que o objeto de trabalho, nesse caso, é o profissional de saúde, que deve estar preparado para atuar em um cenário que converge com outros setores, visando a integralidade e a longitudinalidade do cuidado da pessoa em sofrimento mental (BRASIL, 2009; 2011).

Tabela 1 – Caracterização dos profissionais de saúde integrantes do CAPS-Ad

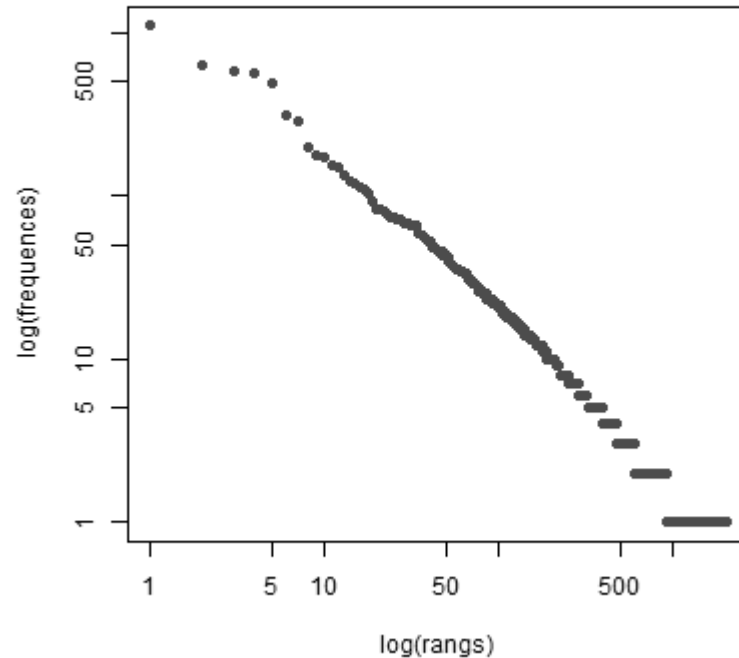
	n	%
Participantes	11	100
Médico	03	27.2
Enfermeiro	04	36.3
Assistente Social	03	27.2
Psicólogo	01	9.3
Sexo		
Feminino	08	72.7
Masculino	03	27.3
Idade		
25-29 anos	02	18.2
30-34 anos	04	36.3
35-39 anos	01	9.1
40-44 anos	01	9.1
54-58 anos	03	27.3
Tempo de formação		
1 a 5 anos	04	36.3
6 a 10 anos	03	27.3
11 a 15 anos	01	9.1
20 a 25 anos	01	9.1
30 a 35 anos	02	18.2
Pós-graduação		
Psiquiatria	03	27.3

Saúde Mental	01	9.1
Outras	07	63.6
Tempo de experiência em saúde mental		
< 1 mês	01	9.1
1 a < 6 meses	01	9.1
6 meses a < 1 ano	02	18.2
1 ano a < 2 anos	05	45.4
2- 3 anos	01	9.1
4 anos ou mais	01	9.1
Qualificação técnica na área AD		
Sim	05	45.4
Não	06	54.5

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

O corpus geral foi constituído por onze textos, separados por 390 segmentos de textos (ST) com aproveitamento de 307 ST (78,72%). Emergiram 13.983 palavras ou vocábulos, sendo 2033 palavras distintas e 1092 palavras que não se repetiram (hápx). A figura 1 apresenta a análise da lexicografia básica (frequência de palavras). No gráfico, o eixo Y representa a frequência de palavras encontradas e o eixo X o número de palavras, dados processados apresentados pelo *IRaMuTeQ*. Assim, temos em nosso material poucas palavras que se repetiram muitas vezes e muitas palavras que tiveram poucos registros.

Figura 1 – Lexicografia Básica realizado pelo *Software IRaMuTeQ* (2020)



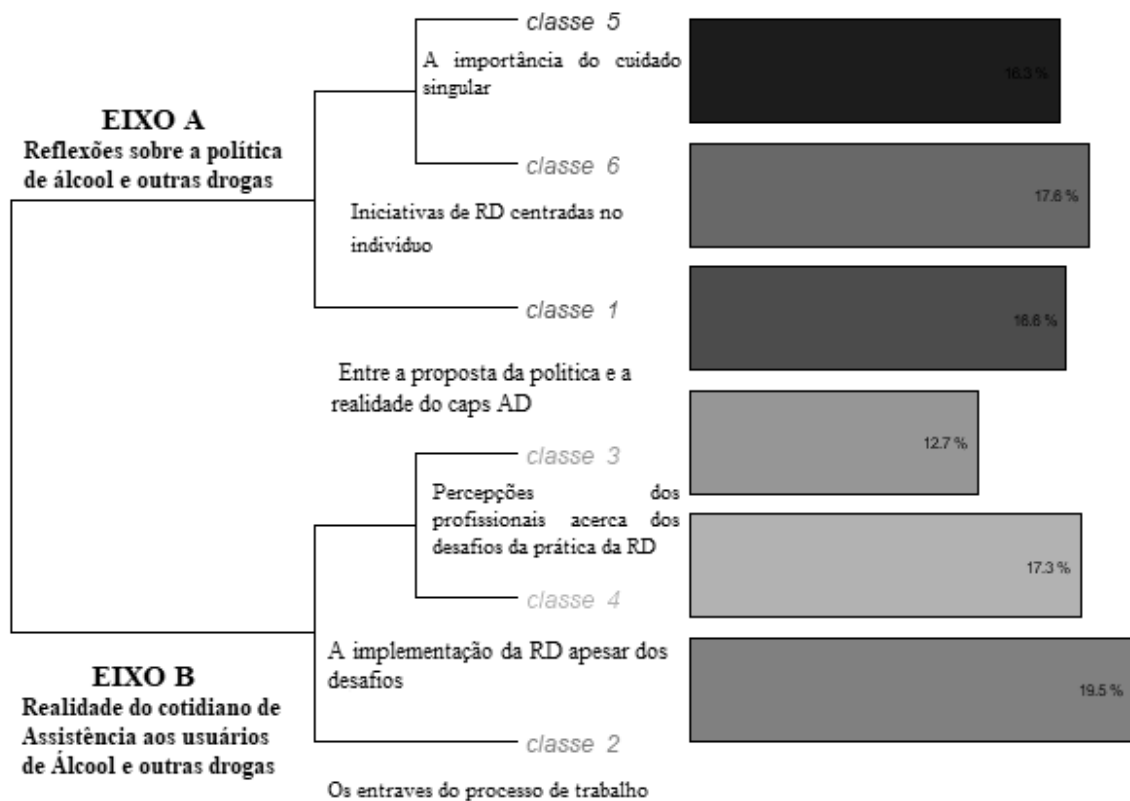
Fonte: *Software IRaMuTeQ 7.2* (2020)

Para análise da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), que tem como objetivo agrupar os ST de acordo com a semelhança das temáticas apresentadas pelos entrevistados, o programa inicialmente classifica os ST analisados (78,72% das entrevistas transcritas) em classes, cada classe é composta por ST onde há repetição de palavras por afinidade de significado. O texto foi categorizado em seis classes: Classe 1 com 51 ST (16,61%), Classe 2 com 60 ST (19,54%), classe 3 com 53 ST (17,26%), classe 4 com 39 ST (12,7%), classe 5 com 50 ST (16,29%) e a classe 6 com 54 ST (17,59%).

O programa categorizou seis classes, cada classe composta por ST que se constituíam no ambiente das palavras agrupadas por frequência e que caracterizou a temática da classe.

Para compreender a temática de cada classe e as falas contidas, foi necessária uma leitura atenciosa a fim de identificar a semelhança entre as falas, possibilitando, assim, a nomeação das classes em concordância com os objetivos propostos pelo estudo. Nomear e identificar a temática de cada classe foi fundamental para o entendimento das ramificações do dendograma da CHD a seguir:

Figura 2 – Dendrograma I da Classificação Hierárquica Descendente realizado pelo *Software IRaMuTeQ (2020)*



Fonte: *Software IRaMuTeQ 7.2 (2020)*

Como pode ser observado no dendrograma, o software nos forneceu essa análise e representou pelo gráfico, separando em classes todo o conteúdo analisado. A leitura é realizada da esquerda para a direita, na qual percebemos a divisão em duas ramificações A e B, que se subdividem em mais duas classes maiores. Na ramificação denominada A temos as classes 1 e as classes 5 e 6, que se assemelham no conteúdo discutido. Já na ramificação B, temos a grande classe 2 e as classes 3 e 4 que também se assemelham no conteúdo.

Com essas classificações fornecidas pelo software, foi realizada a análise do conteúdo. A partir das classes identificadas, a análise das entrevistas foi realizada.

EIXO TEMÁTICO A - Reflexões sobre a Política de álcool e outras drogas

CLASSE 1 - Entre a proposta Política e a realidade do CAPS AD

A assistência aos usuários de álcool e outras drogas, a partir da Portaria 3.088/2000 do MS propõe a constituição da RAPS que se dá pela articulação de diversos serviços de saúde para a atenção integral dos usuários, em substituição aos hospitais psiquiátricos. Na RAPS, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) assumem uma função central, tanto na articulação dos diversos serviços que a compõem, quanto como local de referência no cuidado para usuários e familiares.

Esta, entretanto, vem apresentando dificuldades desde o início de sua implementação, permeando o financiamento insuficiente para suprir as necessidades dos serviços, causando o sucateamento das instituições, o que interfere diretamente na qualidade da assistência ofertada e/ou a abertura de poucos pontos desta Rede, deixando-a com furos e desarticulada, dificultada por questões geográficas de localização dos pontos de atenção e pelo processo de encaminhamento como pode ser verificado nas falas abaixo:

“acho que o grande problema aqui é que temos essas dificuldades igual foi colocado na política mesmo, que não temos uma rede com tantas opções, a cidade não oferece tantas oportunidades [...]” **AS01**

“A política é muito boa, mas o SUS precisa dar um suporte maior, até mesmo financeiro para conseguir realizar as ações de acordo com política hoje em dia [...]” **E02**

“Dentro da vivência que estou adquirindo aqui no caps, pois é minha primeira experiência na rede pública, percebo uma deficiência muito grande relacionada a possibilidade de encaminhamento desses usuários, para onde encaminhar o mesmo” [...] **E01**

“É um número muito pequeno de pessoas que conseguem realmente efetivar essas ações e garantir uma qualidade de vida melhor avalio por conta de questões geográficas mesmo e distanciamento e de uma rede pouco investida [...]” **AS01**

Com as dificuldades relatadas anteriormente, os usuários ficam restritos ao CAPS AD, serviço que, conforme a portaria, deveria atender uma população de 200 mil habitantes, mas é o único do município que possui uma população estimada pelo IBGE em 2020 de 573.285. Essa sobrecarga evidenciada pelos entrevistados reflete em saturação do serviço, tornando-o incapaz de exercer suas funções a que se destina. (IBGE, 2017)

Podemos inferir que o acúmulo dos atendimentos em um único ponto de atenção interfere na qualidade do cuidado singular balizado nas necessidades e particularidades individuais de cada pessoa que procura o serviço. Com o serviço saturado, os profissionais têm dificuldades em articular um Projeto Terapêutico Singular- PTS para além do CAPS.

A perspectiva de rede na saúde mental, prevê a integração aos serviços que compõe o sistema municipal de saúde nos diferentes níveis de atenção, além da participação de serviços intersetoriais que são fundamentais para o cuidado integral, como pontuado pelos entrevistados abaixo:

“É apenas um CAPS para atender o município com 600 mil habitantes, teríamos que ter no mínimo três CAPS, é uma demanda muito grande, incessante, estamos tentando trabalhar no sentido de ver os casos mais graves, atender realmente a crise, conseguir articular com as outras redes de saúde o cuidado com esse usuário” **AS 02**

“A dificuldade é de fortalecer mesmo outras políticas, de ter uma rede de apoio, oferecer lazer e cultura, mas, dentro do CAPS, ainda não conseguimos realizar, conseguimos ofertar o tratamento e o avanço e essas pessoas não ficarem mais dentro dos hospitais psiquiátricos, [...]”. **AS01**

“Percebemos as dificuldades e eles mesmo nos relatam que o caps é um serviço muito acolhedor onde são ouvidos tem atenção e às vezes no momento que cessa a crise que eles precisam de um acompanhamento porque nem sempre a pessoa irá abandonar o álcool ou droga [...]” **AS02**

“A rede também que muitas vezes quando colocamos uma contra referência de um usuário e justamente para não cronificar” [...] **AS03**

Com um número maior de usuários que a equipe consegue atender, a necessidade de compartilhar esse usuário com a RAPS torna-se ainda mais necessária e real, porém esta rede também se mostra frágil.

“Uma das grandes questões que esbarramos é de conseguir articular um cuidado em rede estamos trabalhando para isso temos muitos exemplos de sucesso, mas ainda temos muitas dificuldades” **AS02**

“Os entraves são questões de recursos da gestão de rede que às vezes o caps fica sobrecarregado [...]” **M03**

“Pelo espaço territorial do município e pelo limite de profissionais não damos conta desse atendimento [...]” **AS01**

A falta de recursos pode ser ainda verificada na instituição por diversos pontos, desde ambientes com luzes queimadas a falta de materiais para produção de oficinas terapêuticas, carro chefe desse serviço. É possível observar atendimentos individuais sendo realizados nos jardins por falta de consultórios disponíveis, demonstrando que a estrutura física não atende à demanda dos atendimentos. A participante abaixo confirma a observação de campo realizada pelo pesquisador no cenário:

“Principalmente o suporte financeiro acredito que deixa a desejar, falta de incentivos também para os funcionários e questão estrutural e de recursos para trabalhar” **E02**

“Temos muitas dificuldades estruturais, recursos financeiros, faltam coisas básicas e isso é muito complicado, a equipe é muito grande, mas acredito ser mais a questão estrutural e de recursos financeiros. Sinto falta da limpeza, não limpeza do chão e sim das paredes, nossas cadeiras aqui são muito sujas, são pequenos recursos, mais recursos para as oficinas, deixar o ambiente mais humanizado” **E03**

O relatório “A carga dos transtornos mentais na Região das Américas 2018” (OPAS, 2018), recomenda aos países que integram o continente americano o aumento no financiamento de ações e serviços direcionados às pessoas com transtornos mentais. O relatório diz ainda que o investimento em saúde mental na América Latina e no Caribe representa apenas 2% do orçamento da saúde e, 60% deste é destinado aos hospitais psiquiátricos. Os dados demonstram o quanto é necessário avançar em termos de implementação das políticas públicas de saúde mental, bem como critérios de financiamento para a efetivação das mesmas.

Na via contrária ao que propõe o relatório supracitado, parece haver uma iniciativa do MS em retroceder ao antigo modelo manicomial. No mês de dezembro de 2020, em reunião com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) o MS revogou aproximadamente 100 portarias publicadas entre 1991 e 2014 que ocasionaram o desmonte da RAPS e o incentivo à criação de ambulatórios gerais de psiquiatria e unidades especializadas em emergências psiquiátricas (BRASIL, 2020). Tal proposta representa um retrocesso face aos avanços no campo da saúde mental após a Reforma Psiquiátrica Brasileira, colocando em risco diversas estratégias e equipamentos de cuidado à pessoa com transtornos mentais.

Perante tais considerações levantadas nessa classe, podemos concluir que as dificuldades encontradas pelos profissionais de prestar assistência no CAPS AD se dão em sua base pela falta de investimento pelo Poder Público Federal, o que ocasiona uma assistência fragmentada e uma rede insuficiente e por conseqüente ineficiente, fazendo a população

acreditar que a RAPS não é tão eficiente quanto os hospitais psiquiátricos gerando margem para retrocessos.

Classes 5 e 6: Assistência centrada no indivíduo

Conforme a figura 2, essas duas classes estão relacionadas ao eixo A do dendrograma, por discorrerem acerca da proposta de assistência aos usuários de álcool e outras drogas e se assemelham por trazerem falas da assistência centrada no sujeito. Ver o paciente de forma integral remete à assistência baseada no cuidado ampliado, o qual vai além da visão da doença ao correlacionar ao cuidado dimensões do contexto social e familiar.

Cuidar do paciente nessa perspectiva nos traz a leitura do cuidado orientado para a Redução de Danos, ao ver o sujeito para além do estigma de usuário de drogas. Remete à reflexão acerca do autocuidado e sobre a relação entre o indivíduo e a substância, pois nem sempre o paciente deseja e/ou consegue a abstinência e sim a redução dos danos causados pelo uso nocivo. Dessa forma, o PTS ganha relevância ao estruturar um cuidado individualizado, conforme poderemos ver a seguir:

Classe 5: A importância do cuidado singular

Como perspectiva para a assistência no CAPS, temos como norteador a integralidade do cuidado, a qual favorece a articulação entre a reabilitação psicossocial e as demais ações que sustentem a manutenção da saúde e a prevenção de agravos. O conjunto de tais intervenções deve ocorrer a partir da admissão da pessoa no serviço e ao longo do acompanhamento, e quando necessário, serem ofertadas de acordo com a necessidade individual (BRASIL, 2015).

Como pode ser identificado nos relatos abaixo:

“E teve um momento que chamei a técnica do território para que a gente pontuasse com essa pessoa as questões clínicas que estavam passando pela vida dele e que contribuiu para o agravo não era apenas o alcoolismo existia outro agravante” **E01**

[...] nessas ações ofertamos cuidados e saúde, a lógica da RD é a pessoa mesmo mantendo o uso de drogas ou de álcool receba cuidados em relação a saúde [...] **E01**

[...] então a RD e isso, uma proposta para que a pessoa não fique em sofrimento, para que seja uma redução gradativa e que garanta saúde e qualidade de vida para essas pessoas. **AS01**

[...] procuramos fazer uma intervenção assistida, garantindo cidadania, saúde, que aquela pessoa consiga uma inserção e que o uso não interfira tanto em suas atividades rotineiras da pessoa, como trabalho e relação familiar, a RD está em todos os níveis. **AS03**

Nesse sentido, a clínica ampliada apresenta-se como uma forma de se fazer saúde, norteada pela Política Nacional de Humanização, lançada em 2003 com o objetivo de “*pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde produzindo mudanças no modo de gerir e cuidar*” (BRASIL, 2013).

O acompanhamento terapêutico em saúde mental requer o envolvimento da equipe multiprofissional e o conhecimento das diversas dimensões que integram o ser humano; aspectos biológicos, psicológicos, sociais, espirituais, de forma a ofertar um cuidado singular de acordo com as necessidades e demandas percebidas pela equipe e pelo indivíduo (BRASIL, 2009).

A RD reconhece o usuário na sua singularidade, buscando construir junto a ele estratégias de cuidado em relação à sua vida, a partir de seus desejos e perspectivas para cada momento de sua vida. O foco do cuidado passa a ser a “estética da própria existência”, a problematização dos cuidados de si, da capacidade de governar a si mesmo alcançando maiores gradientes de liberdade e autonomia (SILVEIRA; SANTOS, 2017).

A singularidade de cada sujeito pode ser confirmada nas seguintes falas:

“ [...] quando construímos o projeto terapêutico junto com o usuário levamos em consideração tudo que perpassa aquele sujeito, necessidades individuais dele” **AS02**

“Como eu disse cada sujeito responde de uma forma, por isso fazemos o PTS, que é o projeto terapêutico singular, pois precisamos escutar um pouco da pessoa e do sofrimento que nós como equipe técnica precisamos avaliar, o que o sujeito daria conta” **AS01**

Para se alcançar a singularidade de cada sujeito que está ali sendo cuidado, se faz necessário um olhar ampliado. Daí a importância de uma equipe interprofissional capaz de atender a todas as esferas do sujeito.

A equipe busca levar em consideração que, além de dimensões individuais, econômicas e culturais, é necessário a articulação desses diferentes olhares sob a ótica do usuário, pensando e articulando estratégias de cuidado que atendam às questões individuais que o sujeito, em sua singularidade, necessita (BATISTA *et al.*, 2020).

Nas falas abaixo podemos confirmar o olhar atento da equipe para as necessidades singulares de cada sujeito:

“Oferecer a alimentação higiene bucal, orientações sobre doenças sexualmente transmissíveis, encaminhamento para centro de referência e UBS para tratar problemas de saúde, pois muitas vezes o usuário possui várias comorbidades envolvidas” **E01**

“Também verificamos na rede o que podemos trabalhar para construir e fazer com que aquele sofrimento do uso do álcool e da droga seja diariamente desmistificado que a pessoa consiga construir um outro objetivo de vida e ter uma outra vida a partir de então” **AS01**

As falas dos participantes evidenciam as estratégias elaboradas pelos profissionais a fim de promover um cuidado além da redução do uso de substâncias lícitas e ilícitas. Demonstra um esforço em proporcionar outros pontos de vista em relação à vida daquele indivíduo, como por exemplo, o autocuidado, como pode ser confirmado a seguir:

“Os grupos que temos aqui são voltados para um cuidado em saúde, manutenção do cuidado, ou para que o usuário possa gerir seu próprio autocuidado, isso gera um fortalecimento.” **P01**

"Os grupos que trabalhamos agora de momentos de tratamento com questões do autocuidado na busca dele mesmo conhecer o próprio tratamento, da própria vida e ele fazer o seu próprio cuidado com a vida, acredito que isso passa muito pela redução de danos". **E01**

Nas falas acima, os profissionais buscam reconhecer as potencialidades individuais e fornecer os subsídios para que os sujeitos possam empoderar-se e tornar-se agentes ativos de mudança. Miranda e Eidelwein (2017) corroboram ao dizer que a RD vai muito além do que o foco no uso da substância, que muitas vezes acaba sendo interpretada como criminalização dos usuários.

O objetivo da RD é resgatar ao usuário o direito de ser respeitado como cidadão, no qual devem ser garantidos o acesso à saúde, educação, lazer, moradia e demais condicionalidades que garantirão a qualidade de vida dos indivíduos assistidos.

Concordo com Gomes e Vecchia (2018) quando afirmam que as estratégias de RD colaboraram para a melhoria das condições de vida, saúde e sobrevivência, em que as estratégias de cuidado visam manter os usuários de drogas inseridos num contexto de cuidado, seja ela com a saúde ou diferentes ações no âmbito social, diminuindo assim os prejuízos acarretados pelo uso nocivo da substância. Inseridos nesse cenário de cuidado, essas pessoas

são convidadas a refletir e repensar sobre sua relação com as drogas, buscando juntos alternativas e caminhos possíveis para alterar essa relação problemática.

Como podemos verificar na fala abaixo, o cuidado com as diversas esferas do sujeito:

“Mas que sempre estamos movimentando para que aconteça um atendimento em outras questões da vida, em relação à documentação, de benefício do INSS, tudo isso a meu ver são reduções de danos, nós atendemos os usuários e identificando o nível de organização dele e as demandas que ele traz em relação ao tratamento e a vida social, procuramos fazer uma intervenção assistida, garantindo cidadania, saúde, que aquela pessoa consiga uma inserção e que o uso não interfira tanto em suas atividades rotineiras da pessoa, como trabalho e relação familiar, a redução de danos está em todos os níveis.”
AS01

Outra questão observada nas falas dos participantes é o vínculo e a empatia. Quando uma relação profissional-usuário-família é pautada nesses pilares, nota-se maior compromisso e envolvimento de ambos na condução do tratamento e, conseqüentemente, aumentam-se as chances de sucesso durante o processo de reabilitação. Vínculo e empatia também possibilitam uma escuta qualificada e sensível às reais necessidades do usuário e família, favorecendo a proposição de intervenções terapêuticas convergentes com o que o usuário necessita (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008).

“E o trabalho que tentamos desenvolver dentro do CAPS essa redução, esse contato com a rede, família, com tudo que envolve esse usuário para que ele consiga ter uma vida com qualidade” **E01**

“Questões que envolvem a complexidade da vida social e que entendemos e por isso acionamos a rede para encaminhamentos dos casos que não conseguimos trabalhar aqui acabamos sendo confidentes do usuário, precisamos criar essa empatia” **AS01**

No campo da saúde mental, a empatia permite uma melhor compreensão da experiência do usuário, pois possibilita a relação entre o profissional e o paciente, favorecendo assim o cuidado. O vínculo ainda é a alternativa mais potente para manejar momentos de crise, em que existe uma relação de confiança entre ambos capaz de tornar possível a criação de estratégias de enfrentamento daquele momento que aquela pessoa está vivenciando. Existem, na saúde mental, diversas barreiras que dificultam a criação do vínculo e da empatia como diferenças culturais e econômicas, além da posição social que aquele sujeito ocupa, que podem afetar negativamente o vínculo entre ambos (PEIXOTO *et al.*, 2016).

“Aqui é uma clínica do vínculo, falamos isso a todo o momento, precisamos conseguir ter empatia com o usuário e fazer com que ele se sinta bem-vindo ao serviço.” **AS01**

“É aquele momento que está podendo se abrir a gente descobre as vezes que o usuário não é nem do meu território especificamente mas por uma questão de empatia ele se sente à vontade para conversar.” **E01**

Mayernyik e Oliveira (2016) destacam que a empatia é um elemento central nas relações entre os profissionais de saúde e os indivíduos, sendo benéfico para ambos. É entendida como uma valiosa chave que possibilita maior compreensão acerca dos condicionantes e determinantes sociais em saúde.

Ademais, acolher, escutar, interessar-se deve fazer parte do cotidiano do trabalho das equipes do CAPS-AD. Considerando que a construção das relações acontece em cada encontro, os profissionais da equipe multiprofissional cumprem um papel mais ativo nesse processo, de acordo com as circunstâncias. Desse modo, o usuário deixa de ser o objeto das ações de saúde e passa a ocupar o espaço de agente ativo na produção de saúde (MERHY; FEUERWERKER, 2016). Como é o esperado pela equipe:

“Acredito que o próprio usuário de drogas pode fazer várias propostas para tentar mudar, mas tudo dependerá dele, precisamos da resposta dele.” **E01**

“É necessário que eles se abram para os cuidados, estamos preocupados com o todo, falamos muito aqui no caps que o sujeito também tem que querer o seu tratamento o que aquela pessoa deseja para si.” **AS01**

Portanto, para o cuidado pautado na RD, é imprescindível pensar em ações voltadas para o cuidado integral, articulando diversos saberes e novas formas de agir em saúde, sempre trazendo os profissionais à reflexão de seus processos de trabalho na saúde mental. Sempre mantendo o diálogo entre o sujeito cuidado e o sujeito cuidador como central para que tal apreensão aconteça (SILVEIRA; SANTOS, 2017).

Classe 6: Iniciativas de RD centradas no indivíduo

Redução de danos é muito mais que abstinência à substância química e ao HIV/AIDS. Realizar ações pautadas na RD é refletir sobre comportamentos de risco e os danos associados a eles (MARLATT, 1999).

Pensando nessa perspectiva, a assistência no CAPS AD deve ir muito além da redução da quantidade de substâncias psicoativas que o indivíduo faz uso por dia. Esse entendimento é compartilhado pelos profissionais deste serviço:

“Entendo de maneira geral não apenas como redução do consumo que inclusive pode ser abstinência ou não, conta também o objetivo do usuário trabalhar a questão ampliada de saúde mesmo” **AS03**

“Mas acredito que ainda tem uma ideia muito da redução apenas do consumo por parte deles apesar de estarmos sempre falando a questão de ampliar a vida o tratamento do CAPS e isso buscar outras ações e ampliar o cuidado” **AS03**

“Acredito que isso passa muito pela RD e para além de estratégias de redução do consumo, se beber mais água ou comer... claro, isso fazemos, é o básico.” **AS03.**

A partir do entendimento acerca da integralidade do cuidado e do cuidado ampliado, os profissionais trazem estratégias que possibilitam o cuidado com este olhar. Porém, como pode ser verificado nas falas abaixo, a RD vai além dessa percepção do cuidado integral, ela enxerga a pessoa para além da droga. Coloca o uso nocivo entre parênteses e cuida daquela pessoa em sofrimento. Para tanto, é preciso uma escuta qualificada para enxergar o sujeito além do sintoma e lançar mão de estratégias para além do CAPS Ad, fortalecendo a rede intersetorial, comunitária e social (GOMES; VECCHIA, 2018).

Para tornar possível a RD pensando além da redução do uso, os trabalhadores, concomitantemente aos usuários, lançam mão do PTS, a fim de traçar estratégias e ações de cuidado, levando em consideração as particularidades de cada pessoa. Nesse sentido, são elaboradas estratégias de acordo com a vontade de cada um, pois como vimos, a RD se propõe a reduzir os danos que a droga acarreta no indivíduo e não a abstinência como imposição.

Sobre a assistência focada no sujeito, temos:

“Em minha opinião sobre a assistência preconizada entendo pelo termo aquilo que se infere como objetivo político vejo de uma forma muito positiva por ser sobretudo uma perspectiva centrada no usuário, no sujeito” **P01**

“O cuidado em saúde daquele usuário independente do objetivo se é parar o uso e se não é, ir pautando sempre naquilo que o usuário tem como objetivo então no sentido de rd.” **AS03**

A clínica do cuidado a essas pessoas valoriza o saber e opiniões dos usuários e famílias para a construção do PTS. Com isso, a terapêutica não se restringirá, somente, a fármacos e técnicas previamente definidas, há outros recursos terapêuticos, como, por exemplo, valorização da escuta e da palavra, o poder da educação em saúde e do apoio psicossocial. Sendo assim, o projeto terapêutico trabalha na perspectiva interdisciplinar que reúne o olhar de várias especialidades e de distintas profissões. Assim, depois de uma avaliação compartilhada sobre as condições do usuário realizada durante o acolhimento inicial e discussão do caso, são acordados procedimentos a cargo de diversos membros da equipe multiprofissional (PINTO, *et al.*, 2011).

“Aqui valorizamos a possibilidade da escuta, acredito que os grupos, as oficinas terapêuticas, os cuidados paliativos, a disponibilidade e as oficinas. Estou a frente da oficina de horta que é muito interessante”. **P01**

“Tem questões aqui que são desenvolvidas de forma coletiva e outras individuais, depende muito da demanda de cada usuário, às vezes um minuto de escuta para eles já uma redução de danos.” **E01**

Nesse sentido, temos a perspectiva do cuidado singular como norteador do cuidado, pois, se torna a essência do projeto terapêutico. Conforme pontuado por Pinto, 2011 “É o locus onde se inscreve a concepção de ser humano que determina a ação de saúde oferecida para alcançar o objetivo de criar produtos de saúde: cuidar, melhorar a qualidade de vida dos usuários, ampliar o entendimento e a apropriação do processo saúde-doença, entre outros.”

Portanto, PTS é muito além da definição da participação em diferentes atividades propostas no CAPS, ele lança mão de recursos oriundos da comunidade e sociedade em que esse sujeito vive. Deschamps e Rodrigues (2015), destacam que os profissionais envolvidos com essa ferramenta de cuidado devem perceber todos os aspectos implicados na vida desse indivíduo, bem como compreender as redes existentes no território. Reforçam ainda, que o maior desafio para a maioria dos serviços é justamente essa articulação intersetorial.

Muitas vezes quando um usuário chega ao CAPS nem sempre seu desejo é cessar o uso da substância psicoativa. A diminuição de fatores que agravam sua saúde e a promoção da saúde passam a ser os pilares do seu tratamento. E parar de usar a substância pode não ser um desejo imediato, porém esse consumo passa a não ser mais nocivo em sua vida

“Poder refletir sobre esse uso e de como isso está atrapalhando a vida e quais estratégias que podemos criar juntos para superar lançar mão de grupos de apoio como o AA” **AS01**

“Então a RD é isso, uma proposta para que a pessoa não fique em sofrimento para que seja uma redução gradativa e que garanta saúde e qualidade de vida para essas pessoas” **AS01**

Nesse sentido, repudia-se toda a forma de tratamento discriminatório contra os indivíduos que fazem uso de álcool e drogas e que não obtiveram sucesso com a abstinência imediata, ou ainda, aqueles que ainda não estão em condições de aderir ao tratamento (COELHO; SOARES, 2014). Busca-se dar visibilidade ao sujeito e estimular suas potencialidades com vistas ao restabelecimento de sua saúde física, mental, suporte social e qualidade de vida.

EIXO TEMÁTICO B – Realidade do cotidiano da assistência aos usuários de álcool e outras drogas

Classe 2: Os entraves do processo de trabalho na Assistência aos Usuários de Álcool e outras drogas

O cotidiano da assistência traz aos profissionais do CAPS AD diversas indagações acerca da qualidade da assistência prestada no cotidiano dos serviços.

A relação profissional de saúde e o usuário do CAPS AD foi uma das principais questões comentadas nas entrevistas, elencadas nesta classe, especialmente pelos médicos, como um dificultador da comunicação entre ambos para a efetivação da assistência. Foi destacado que a população assistida neste serviço, além das especificidades inerentes a ser usuários de álcool e drogas, apresenta vulnerabilidades sociais, bastante complexas. Tais características tornam essa relação por vezes conflituosa e desgastante, o que dificulta a comunicação terapêutica e o olhar empático.

A escuta e o diálogo são fundamentais na assistência, pois possibilitam transformações na forma como o usuário enfrenta o tratamento proposto. Quando a comunicação não é bem estabelecida, a adesão do indivíduo ao tratamento pode ser comprometida, pois pode abalar a relação de confiança e segurança que o paciente e seus familiares têm com os profissionais que o assiste (JALLES; SANTOS; REINALDO, 2017).

Dessa forma, podemos perceber nas falas a seguir, algumas características que dificultam a comunicação terapêutica:

“Muitos são propensos a discussões e violências, vejo até certo desgaste por parte da equipe, desestímulo, ficam com medo, mas não podemos desistir”. **M03**

“Acontece que eu não tenho muita paciência para conversar para tentar manejar (fala referente alcoólatras). Já o usuário de drogas eu consigo entender a dependência e muitos querem sair daquilo. Tento agir da melhor forma possível, utilizando protocolos que o serviço oferece”. **M01**

“Muitas vezes lidamos com muita gente que está aqui por outras questões. Tem de tudo aqui, pessoas que às vezes vem aqui por questões de algum ganho, perícia, não necessariamente para se tratar”. **M03**

“Nem sempre dão a resposta que desejamos, não é aquele paciente adoecido que vem querendo ajuda que passamos o remédio e melhora, muita das vezes tem que esperar o tempo do paciente, aguardar”. **M02**

Como estratégia para superar tais dificuldades e obter mais facilidade na relação interpessoal, foram destacados os protocolos existentes no serviço como ferramenta para melhor assistir o paciente. Apesar de tal destaque, os protocolos e outros instrumentos que normatizam a assistência, podem gerar um engessamento e padronizam as ações, comprometendo o olhar da subjetividade, da singularidade, premissas norteadoras do cuidado na ótica da RD.

De acordo com Ferreira (2018), a RD na Saúde Mental não pode ser resumida em protocolos de práticas ou guias, mas como uma "ética do cuidado" que "busca valorizar os próprios saberes e as experiências dos sujeitos que fazem uso de drogas e possibilitar que eles sejam cogestores (cogestão entendida como compartilhamento de poder) dos processos de produção da saúde" (FERREIRA, 2018, p. 74).

Outro ponto destacado que propicia melhor relação profissional/paciente é em relação ao acesso e uso regular de medicamentos. Foi possível perceber nas falas que o tratamento farmacológico segue privilegiado, como a principal estratégia de cuidado.

“Acho a assistência boa, porém ainda falta muita coisa, por exemplo na área das medicações disponíveis para os usuários. Falta medicação pelo SUS, as quais têm evidência de serem efetivas no tratamento de algumas drogas”. **M03**

Tal percepção vai de encontro com o relatado no estudo de Santos (2009), ao destacar que além das medicações assumirem papel central no tratamento dessas pessoas, a comunicação entre paciente e profissional é deficiente, como também pudemos perceber no presente estudo.

É válido ainda reforçar que a assistência ao usuário de álcool e outras drogas vai além de prescrição de medicações, têm objetivos mais amplos de promoção de saúde e da cidadania dessas pessoas. A equipe multiprofissional deve se ocupar não apenas com a doença, os medicamentos e terapias, ao agregar as dimensões social, cultural, física, psíquica, espiritual e intelectual dos indivíduos ali cuidados (PETUCO, 2019).

Foi possível perceber que alguns profissionais lançam mão, majoritariamente, de recursos do âmbito biológico, não levando em consideração o social, que na maioria dos casos é o principal motivo do uso prejudicial. Percepção esta que justifica a centralidade da terapia farmacológica discutida anteriormente.

Nos relatos a seguir podemos verificar esse olhar direcionado ao âmbito biológico:

[...]quando eu fiz um curso há dois anos em São Paulo parece que estão desenvolvendo algo na área da estimulação transcraniana magnética para dependência química pode ser um caminho talvez. **M02**

[...] na instituição não temos nenhuma droga que eu me lembre que tenha estudos com evidência de ser efetivo ou reduzir a compulsão talvez só um diazepam para reduzir a abstinência do usuário de álcool. **M02**

Segundo Malvezzi e Nascimento (2018) “Há uma lógica biomédica hegemônica voltada para a cura das doenças que desconsidera as vulnerabilidades e a relação que o sujeito estabelece” com isso, os profissionais tendem a acreditar e a valorizar mais ações e ferramentas que atinjam o âmbito biológico, deixando em segundo plano, ou complementando, ações psicossociais.

Em contrapartida a esse olhar centrado no biológico e nas medicações, temos a indagação acerca da ausência de outras intervenções, como por exemplo, as oficinas voltadas para atividades artísticas, que poderiam ser um instrumento de mediação da comunicação e uma ferramenta terapêutica de cuidado à saúde.

De acordo com Valladares-Torres (2017), a arte na assistência à saúde mental tem ocupado um papel relevante, pois, “tem sido utilizada nas oficinas terapêuticas e tem se tornado capaz de produzir subjetividades, catalisar afetos, engendrar territórios desconhecidos e/ou inexplorados.”

A arteterapia possibilita a comunicação verbal e não-verbal, pois permite a coexistência de todas as singularidades possíveis do ser humano, dando voz para a criação e o afloramento de sentimentos e subjetividades, que em muitos casos não são resumidos em palavras. Segundo

o autor, o conteúdo do inconsciente pode ser registrado por imagens, cores, movimentos, etc, auxiliando no tratamento de medos e ansiedades, facilitando a conscientização e a elaboração interna desses sentimentos, favorecendo aspectos importantes para a reabilitação psicossocial (VALLADARES-TORRES, 2015; 2013).

Na fala abaixo podemos verificar a percepção do profissional acerca da ausência da prática da arteterapia:

Como você vai introduzir linguagem em um paciente que não tem linguagem denotativa. Foi uma discussão não ter artes aqui no serviço, não ter nenhuma oficina voltada para essa parte artística [...]M01

Analisando essa questão sob o olhar da gestão das políticas públicas, podemos destacar o investimento em intervenções para além da assistência biomédica hegemônica. Ampliar o leque de ações para outras dimensões, ações atreladas entre si e dependentes, requer recursos financeiros para sua efetivação. Para uma assistência de qualidade se faz necessário a otimização desses recursos para a contratação de profissionais que desenvolvam o trabalho interprofissional com profissionais capacitados, capazes de olhar o indivíduo para além do olhar biomédico e articulados entre si, tendo o PTS como o fio condutor do cuidado (TRAPÉ E CAMPOS, 2017).

Com isso, os relatos de dificuldade e falta de acesso a medicações no âmbito do SUS, ausências de ações para além das de intervenção biomédica, como por exemplo, as oficinas de artes (por falta de materiais ou de profissionais capacitados), inexistência de uma política de educação permanente, são alguns exemplos de como a dimensão da macropolítica reflete diretamente no cotidiano da assistência.

Corroborando a este entendimento, Trapé e Campos (2017) descreveram que tanto a assistência diária ofertada nos serviços, assim como, os direcionamentos delineados pelos níveis organizativos interferem entre si, gerando relações de causa e efeito provocando mudanças no modelo assistencial em âmbito sistêmico, devendo existir então uma relação harmônica entre ambos (TRAPÉ; CAMPOS, 2017).

Sendo estes os grandes desafios enfrentados pelos profissionais para a efetivação do cuidado a essa população no CAPS AD.

Classe 3 e 4: A RD como proposta de cuidado

As classes 3 e 4 estão relacionadas entre si, dentro do eixo temático B, por se assemelharem ao conteúdo que discorre acerca da proposta de cuidado norteada pela RD. Essas classes trazem a percepção dos profissionais acerca das dificuldades de implementação de ações baseadas na RD, refletindo a viabilidade de tais ações no contexto do CAPS AD. Contudo, nestas classes ainda aparecem a defesa de tais práticas no cotidiano da assistência. Como pode ser averiguado a seguir:

Classe 3: Percepções dos profissionais acerca dos desafios da prática da RD

Souza *et al.* (2019) destacam que embora seja a política adotada para assistência aos usuários de álcool e outras drogas no âmbito do SUS, tal estratégia ainda encontra resistência por alguns profissionais. Acrescentam que tal fato não difere da história do processo que permeou até se tornar uma política nacional, na qual encontrou diversas resistências e não aceitação na implementação das ações (SOUZA *et al.*, 2019).

No presente estudo, os profissionais apresentaram opiniões antagônicas em relação ao seu posicionamento frente às ações de RD. Esta classe foi composta em sua maioria por fragmentos das entrevistas com a classe médica. Apesar da maioria acreditar na proposta, como pôde ser verificado nas classes anteriores, nesta categoria foram levantadas as dificuldades na implementação desta Política.

Os profissionais questionam a pouca clarificação do que se trata a Política. Nas falas a seguir podemos confirmar essa percepção:

“Acredito que teria que ficar bem claro do que seria a RD ou todas as medidas que seriam para reduzir danos e depois ver o que conseguimos em nível do caps ambulatorial para ser efetivo em reduzir”.**M02**

“[...]Ter uma estratégia mais bem definida, realizar discussões dos profissionais de saúde mental especialistas em dependência química de todas as áreas. Cada um levar a sua estratégia do que seria a RD e o quanto cada medida tem impacto [...]”**M02**

“Mas explica muito pouco o que seria a política de RD, fala questões sobre orientação a pacientes, a maioria dos profissionais já faz isso independente de ser estratégia de RD de estar na portaria ou não [...]”**M02**

"Então sobre isso eu não tenho como responder muito bem, eu realizo mesmo as orientações sobre cada dependência no consultório, algumas medidas que tem que esclarecer sobre a ação de determinada droga.”**M02**

Alguns profissionais buscam práticas prontas para reproduzirem, mas a RD não se propõe a estabelecer protocolos e guias que estabeleçam ações concretas, pois se destina a estimular o protagonismo do usuário em seu tratamento e na criação do PTS para cada indivíduo, que tem uma realidade de vida distinta.

Petuco (2014) discorre sobre a RD como a ética do cuidado, que vai além de técnicas e procedimentos, ao propor uma clínica “radicalmente aberta”, onde o profissional se coloca com ouvidos abertos para relatos e posicionamentos. Tal postura favorece o acolhimento para além das “portas abertas” físicas dos serviços, ao imprimir uma postura acolhedora e não julgadora podendo gerar como consequência uma ampliação das práticas. Destaca que quando os profissionais têm essa postura, o serviço se torna capaz de abranger mais pessoas que precisam de cuidados em relação a sua saúde, pois a assistência não se restringe a abstinência total e sim em ações de prevenção e promoção à saúde inclusive daqueles que não conseguem ou não querem cessar o uso.

Tal afirmação relatada pelo autor vai de encontro ao texto do MS acerca da temática, que se posiciona a favor da existência de múltiplos métodos de assistir a essa população além da exigência pela abstinência. Dessa forma, diferentes abordagens alcançam mais indivíduos e garante a assistência à saúde a essa população, que vive marginalizada e carente de cuidados à saúde, ao reforçar que “a abstinência não pode ser o único objetivo a ser alcançado” (BRASIL, 2003, p. 11).

Fica claro que a presença de um protocolo pode prejudicar o alcançar de múltiplos métodos de assistência, diretriz que se propõe para a prática de RD. As falas a seguir remetem a época em que a mudança de postura do usuário poderia ser garantida pela oferta de alguns insumos, como por exemplo, a questão do contágio de HIV gerado por usuários de álcool e outras drogas.

“Mas acho que tem poucas medidas efetivas que conseguimos reduzir mesmo os danos, tem algumas questões que falam sobre oferecer preservativos, maneiras de reduzir o contágio de HIV entre os pacientes, isso sim são coisas efetivas.” **M02**

“[...] Você estaria impedindo do paciente se contaminar com o HIV e hepatite, não vejo assim medidas que irão fazer tanta diferença, talvez em alguns locais no Brasil, não temos muitos usuários de drogas injetáveis.” **M04**

“Como nos Estados Unidos talvez lá seria necessário a distribuição de seringa descartável. Isso realmente não faria muita diferença aqui, eu nunca vi e conversei com alguém sobre uma medida muito efetiva de RD, porém não sei se tem estratégias novas” **M01**

Outro aspecto levantado pelos entrevistados como dificultador é a realidade social vivenciada por alguns indivíduos usuários de drogas, que se apresenta, na maioria das vezes, um fator de risco para recaídas. Concordo com os autores quando afirmam que é função dos CAPS AD possibilitar a ressocialização, fortalecendo sua rede de apoio. Esse fator é fundamental para o bem-estar do indivíduo que teve seus vínculos rompidos com o uso e efeitos das drogas e importantes para a terapêutica da RD em sua realidade (VALE; FILHO; COSTA, 2017).

Nessa percepção, ainda se faz necessário reforçar que a dependência química é multifatorial, ou seja, são diversos fatores associados que desencadeiam a dependência e os danos associados a ela, sendo então necessário um olhar biopsicossocial capaz de enxergar o indivíduo em suas diversas esferas. Sendo assim, ações direcionadas apenas no âmbito biológico serão, na maioria das vezes fracassada, como podemos confirmar nos relatos abaixo:

“Às vezes o usuário consegue ficar trinta dias, cessa o uso de álcool e drogas, porém depois ele volta para toda sua realidade social, então não conseguimos intervir muito apesar de ter excelentes profissionais” **M04**

"Às vezes conseguimos fazer o mesmo reduzir ou parar de fazer a sensação inicial que é muito difícil depois volta todo o seu contexto de família desestruturada pobreza violência é muito difícil". **M04**

"À dificuldade seria alguns usuários graves que tentamos implantar a ação e não conseguimos, e então usamos como estratégia uma desintoxicação para fazer a RD dele no período que ele fica internado desintoxicando e sai e volta ao zero novamente. **M01**

Os participantes desta pesquisa ainda relataram a dificuldade de aplicar ações de RD em pacientes crônicos e alcoólatras. Discorrem sobre a dificuldade, por parte dos usuários, sobre o entendimento das ações de RD. Nas falas a seguir podemos confirmar:

[...] Sobre a questão da organização, quem é organizado e consegue compreender um pouco, conseguimos explicar a política de RD. [...]" **M02**

"Nesses usuários não vejo muito benefício de RD, são muitos crônicos é prejudicados, é muito complicado, a pessoa começa a beber e ativa a necessidade fisiológica do uso [...]" **M02**

"Também sinto muita dificuldade em fazer o tratamento dos usuários de álcool, pois normalmente eles são muito graves e crônicos, muito antigos no serviço. Não conseguimos evoluir em nada com eles". **E01**

O alcoolismo é uma das principais questões de saúde pública. Diferentes culturas pelo mundo classificam o álcool como uma substância lícita, ou seja, aquela com uso permitido em lei, sendo, portanto, aceita na sociedade. Entretanto, faz-se necessário destacar que essa classificação não determina que as drogas lícitas sejam substâncias que produzem poucas consequências na saúde pelo seu uso, que são pouco ameaçadoras, como podemos perceber a gravidade dos dependentes do álcool (VASCONCELOS *et al.*, 2018).

Perante tais dificuldades com essa população, podemos perceber que a cura está atrelada a abstinência total, o que difere da Política de RD que propõe uma assistência integral para que, se o usuário optar em continuar o uso da substância escolhida, que ela não seja danosa para si, que este faça um uso racional.

Os relatos vão em consonância com a pesquisa realizada por Souza, et al., (2019) que encontrou uma tendência dos profissionais que prestam assistência a essa população em buscar prioritariamente a abstinência tradicional, e para tanto fazem uso de algumas intervenções de estratégias de RD a fim de alcançar a abstinência:

"[...]Então, aos poucos implantamos a RD até que ele consiga a abstinência, o avanço seria que em muitos pacientes conseguimos colocar em prática a política de RD para conseguir a abstinência deles. **M03**

Sendo assim, podemos concluir que estes profissionais, por falta de entendimento acerca da política, pela dificuldade de efetivar ações que remetem à subjetividade dos indivíduos e de intervenções nos contextos sociais e econômicos por não acreditar na sua potência, acabam reduzindo a concepção da RD a um processo intermediário para se alcançar a abstinência, distanciando do objetivo da RD que é de promover se necessário um uso equilibrado se forma a vontade do paciente ou até o alcance da abstinência, como uma estética de cuidado e novo estilo de vida.

Classe 4: A implantação da RD apesar dos desafios

Nesta classe podemos perceber que apesar das dificuldades para implantação da estratégia de RD apresentadas, os profissionais acreditam que a RD pode ser eficaz para alguns perfis de usuários e/ou em alguns momentos da vida daqueles indivíduos, abrindo o leque de opções de assistência a essa população. Sendo a RD utilizada como estratégia para alcançar a abstinência ou como mudança de hábitos de vida. Nos fragmentos a seguir podemos confirmar:

“A estratégia de RD pode ser tanto permanente porque é o que vai ser possível, ou pode ser parte de um processo de alcançar o objetivo dele de ficar abstinente, que às vezes ele não vai conseguir no momento”. **AS02**

"Às vezes vai fazer parte da vida dela, porém não necessariamente do problema. Mas as pessoas têm um pouco de dificuldades, às vezes vemos isso em outros serviços". **AS02**

"Encontramos bastante dificuldades, mas estamos caminhando. Às vezes percebo que em alguns casos já tem uma maior compreensão e outros mais dificuldades, porém isso tem que melhorar." **AS02**

"Se você tentar manter a pessoa aqui dentro quatro cinco horas e um tempo que ele não vai estar lá fora usando a droga, então já é RD. Se você consegue pensar nisso, você realmente terá eficácia. **M01**

"Alguns outros às vezes não deseja naquele momento e nem por isso vai ser privado da assistência, porque até mesmo não olhamos o indivíduo como usuário de álcool ou drogas com HIV". **AS02**

Carvalho e Dimerstein (2017) afirmam que a RD é vista como uma estratégia menos custosa e complexa, quando comparada a outros modelos tradicionais. Pois não necessita de tecnologias caras e equipamentos para a aplicação das diretrizes de cuidado e sim de uma equipe profissional capacitada acerca da temática. Sendo então uma alternativa viável para a adesão nos serviços. Os autores ainda discorrem que embora existam tais características que a viabilizam e a consideram como diretriz de saúde, muitos profissionais ainda utilizam a RD apenas como estratégia para alcançar a abstinência como também pode ser verificado neste estudo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A principal indagação desse estudo girou em torno da questão sobre quais as ações realizadas pelos profissionais no CAPSad em questão poderiam ser classificadas como práticas de RD. A partir das entrevistas e do referencial teórico, foi possível concluir que práticas baseadas em RD não se pautam em ações pré-estabelecidas, ou protocolos a serem seguidos, mas sim na disponibilidade, tanto do profissional, como do próprio usuário, em traçarem de forma conjunta um projeto singular de tratamento, baseado não só na questão das drogas, como também no contexto social e de vida daquele sujeito.

No entanto, algumas reflexões importantes sobre o contexto local da RAPS que dificultam essa assistência proposta pela Política de RD foram levantadas, como por exemplo, a falta de financiamento público, a precariedade da infraestrutura do serviço, a falta de mais dispositivos na Rede (conforme portarias), o que vem acarretando em uma superlotação dos serviços, interferindo de forma prejudicial na construção do PTS e, conseqüentemente, nas possibilidades de ações da equipe. Além disso, outras questões também foram encontradas tais como: a dificuldade da relação entre profissional de saúde e o usuário; a falta de clareza desses profissionais acerca da política e o foco na medicalização e protocolização, principalmente pelos profissionais médicos.

Os resultados permitiram inferir que a maior parte dos profissionais que atuam nesse CAPSad utilizam no seu cotidiano práticas de assistência baseadas na política de RD, e embora essa política seja reconhecida pelos mesmos como uma proposta promissora, o maior entrave apontado para sua efetivação se refere à falta de investimento pela esfera pública, o que acaba ocasionando uma assistência fragmentada, podendo trazer como consequência a falta de credibilidade da população quanto a sua eficácia. Nesse sentido, mesmo estando consolidado no Brasil, podemos perceber o quanto o SUS ainda enfrenta desafios constantes e o quanto há de dificuldade dos profissionais em tornarem práticos os princípios de integralidade e universalidade nesse ponto de atenção.

Embora recentemente a nova política do MS defenda a abstinência em detrimento à política de RD, as falas dos profissionais indicam que muitas pessoas que buscam o serviço do CAPSad nem sempre tem o desejo ou conseguem cessar totalmente o uso da substância psicoativa, mas que, no entanto, isso não deveria ser impedimento para que os mesmos pudessem se

beneficiar do tratamento. Nessa lógica, devemos nos indagar o quanto essa “nova política” realmente vem para atender às reais necessidades da população e o quanto é apenas mais uma forma de tratamento discriminatório.

Portanto, torna-se necessária a presença da luta pela democracia em todos os níveis e espaços, seja nos serviços ou na comunidade, nos campos de trabalho ou nas universidades. Precisamos ampliar o debate público denunciando, principalmente, os riscos de retrocessos não apenas nas políticas de saúde mental e de RD, mas em todo e qualquer âmbito onde as conquistas da democracia estejam ameaçadas.

REFERÊNCIAS

- ACSELRAD, G. Os Desafios para uma formação em álcool e outras drogas. In: VECCHIA, M. D. (Org.). **Drogas e direitos humanos: reflexões em tempos de guerra às drogas**. 1. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017. p. 203-237.
- ANDRADE, T. M. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4665-4674, 2011.
- ANDREOLI, S. B. Serviços de saúde mental no Brasil. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F.; KOHN, R. (Orgs). **Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007, p. 85-100.
- ARAÚJO, A. C. C.; PIRES, R. R. Redução de Danos na Atenção Psicossocial: concepções e vivências de profissionais em um CAPS ad. **Tempus, actas de saúde colet**, Brasília, v. 11, n. 3, p. 9-21, 2018.
- BRASIL. Ministério da Educação. **Relatório da Gestão 2003-2010**. Disponível em: www.mec.gov.br. Acesso em: 18 jan. 2021.
- BRASIL. Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.001 de 20 de outubro de 2009. **Institui o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em áreas estratégicas – pró-residências**. Disponível em: <<http://legisweb.com.br>>. Acesso em 18 jan. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas: Guia AD**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 100 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde. 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
- BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional Antidrogas. **Política Nacional Antidrogas**. Brasília, DF: Presidência da República, 2001.
- CAMPOS, F.C.B.; HENRIQUES, C.M.P. **Contra a maré à beira-mar: a experiência do SUS em Santos / The experience of the Unified Health System of Santos, SP, Brazil**. São Paulo: Página Aberta, 1996. 251p.
- CAMPOS, R. T. O. et al. Adaptação multicêntrica do guia para a gestão autônoma da medicação. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 16, n. 1, p. 967-980, 2012.

CAMPOS, S. M. **Pela Metade**: as principais implicações da nova lei de drogas no sistema de justiça criminal em São Paulo. Tese (Doutorado em Saúde). Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

CARVALHO, B.; DIMENSTEIN, M. Análise do discurso sobre redução de danos num CAPSad III e em uma comunidade terapêutica. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 25, n. 2, p. 647-660, jun. 2017.

CARVALHO, S. A. **Política Criminal de Drogas no Brasil, do discurso oficial às razões da descriminalização**. 1ª Edição. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 1996.

CARVALHO, S. A. **Política Criminal de Drogas no Brasil, Estudo Criminológico e Dogmático**. 4ª Edição. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2007.

CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface** (Botucatu) [Internet], v. 9, n.16, p.161-168, 2017.

COELHO, H.V; SOARES, C.B. Práticas na Atenção Básica voltadas para o consumo prejudicial de drogas. **Rev Esc Enferm**, São Paulo, v. 48, n. esp., p. 111-119, 2014.

COLOM, J. Análisis de las intervenciones en drogodependencias en España desde sus orígenes hasta la reducción de danos In: **Conferencia de Consenso sobre Reducción de Daños Relacionados Con Las Drogas**. Gestionando las drogas: Barcelona: IGIA, 2001.

COSTA, P. H. A; RONZANI, T. M; COLUGNATI, F. A. B. “No papel é bonito, mas na prática...” Análise sobre a rede de atenção aos usuários de drogas nas políticas e instrumentos normativos da área. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 738-750, set. 2017.

DELBON, F., DA ROS, V. & FERREIRA, E. M. Avaliação da Disponibilização de Kits de Redução de Danos. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 222-229, 2006.

DORN, N.; S., NIGEL. Drugs and Leisure, Prohibition and Pleasure: From Subculture to the Drugalogue. In: ROJEK, C. (eds). **Leisure for Leisure**. Londres: Palgrave Macmillan, 1989. p. 995.

ENGELSMAN, E. L. Dutch policy on the management of drug-related problems. **Br J Addict**, London, v. 84, n. 2, p. 211-218, 1989.

FEFFERMANN, M; FIGUEIREDO, R. Redução de Danos como estratégia de prevenção de Drogas entre jovens. In: **Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, Instituto de Saúde – SES, 2006. p. 99-118.

FONSÊCA, C. J. B. Conhecendo a redução de danos enquanto uma proposta ética. **Revista Psicologia & Saberes**, Maceió, v. 1, n. 1, 2012.

FORTESKI, R.; FARIA, J. G. Estratégia da Redução de Danos: Um exercício de equidade e cidadania na atenção a usuários de Drogas. **Rev saúde pública**, Florianópolis, v.6, n. 2, p. 1-12, 2013.

GOMES, T. B.; VECCHIA, M. D. Estratégias de redução de danos no uso prejudicial de álcool e outras drogas: revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 23, n. 7, p. 2327-2338, 2018.

GONÇALVES, A. M.; SENA, R. R. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: Contextualização e Reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Rev. Latino – Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 48-55, 2001.

JALLES, M. P.; DOS SANTOS, V. S. J.; DOS SANTOS, R. A. M. Análise da produção científica sobre comunicação terapêutica no campo da saúde, saúde mental e álcool e outras drogas. **Revista de Medicina**, São Paulo, v. 96, n. 4, p. 232-240, 2017.

KIEPPER, A. As Novíssimas iniciativas legislativas sobre drogas no Brasil. In: BOKANY, V. (Org.). **Drogas no Brasil: Entre a Saúde e Justiça: Proximidades e opiniões**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2015. p. 72-93.

MACHADO, L. V.; BOARINI, M. L. Políticas Sobre Drogas no Brasil: a Estratégia de Redução de Danos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [online], v. 33, n. 3, p. 580-595, 2013.

MAcRae, E.; GORGULHO, M. Redução de Danos e Tratamento de Substituição, Posicionamento da Reduc (Rede Brasileira de Redução de Danos). **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 1, p. 371-374, 2003.

MARLATT, G. Allan (org.). **Redução de Danos: Estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco**. Porto Alegre: Ed. Artmed, 1999a.

MAYERNYIK, M. A., OLIVEIRA, F. A. G. O cuidado empático: contribuições para a ética e sua interface com a educação moral na formação em saúde. **Rev Bras Educ Med**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 1, p. 11-20, 2016.

MEDEIROS, L. M. A. et al. O cuidar de usuários de álcool e outras drogas para equipe de enfermagem. In: **Encontro Regional Nordeste I 2015**. 2015.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MADARINO, A. C. S; GOMBERG, E. (Org.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. Salvador: UFBA, 2009. p. 29-56.

MIRANDA, D. D. S; EIDELWEIN, C. Ações de Redução de Danos no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD): Pressupostos e Práticas. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 26, n. 1, p. 85-96, 2017.

MISSE, M. **Crime, sujeito e sujeição criminal**: aspectos de uma contribuição analítica sobre a categoria “bandido”. São Paulo: Lua Nova, 2010.

OLIVEIRA, G. N. O Projeto Terapêutico Singular. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (Orgs). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.

PASSOS, E. H.; SOUZA, T. P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 23, n. 1, p. 154-162, 2011.

PEREIRA, M. R. et al. Adesão ao tratamento de usuários de álcool e outras drogas: uma revisão integrativa. **Braz. J. Hea. Rev.**, Curitiba, v. 3, n. 3, p. 6912-6924, may./jun. 2020.

PETUCO, D. R. S. Entre macro e micropolíticas: o movimento social da redução e danos e o campo político reflexivo das drogas. In: Conselho Federal de Psicologia. **Subjetividade do consumo de álcool e outras drogas e políticas públicas brasileiras**, Brasília: CFP, 2010. p. 47-58.

PETUCO, D. R. S. **O Pomo da Discórdia?** A Constituição de um campo de lutas em torno das políticas públicas e das técnicas de cuidado em saúde dirigidas a pessoas que usam álcool e outras drogas no Brasil. 2016. Tese (Doutorado em Ciências Sociais), Instituto de Ciências Humanas, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2016.

PETUCO, D. R. S. Redução de danos: das técnicas à ética do cuidado. In: RAMMINGER, T.; SILVA, M. (Orgs.). **Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas**. Porto Alegre: Rede Unida, 2014. p. 112-142.

PINTO, A. G. A. **Produção do Cuidado em Saúde Mental:** significados e sentidos da prática clínica em Centro de Atenção Psicossocial. 2008. Dissertação (Mestrado acadêmico de Cuidados Clínicos em Saúde). Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2008.

PINTO, D. M et al. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 493-502, Sept. 2011

PINTO, N. M.; OBERLING, A. F. Liberação ou Proibição? Discursos e Representações acerca da política de drogas nos projetos de leis no Congresso Nacional (2010-2014). In: LABATE, B. C. et al. (Orgs.). **Drogas, políticas públicas e consumidores**. Campinas: Mercado de Letras, 2016. p. 205-232.

RIBEIRO, M. M. **Drogas e redução de danos: Direitos das pessoas que usam drogas**. São Paulo: Saraiva Educação, 2017.

RIGONI, R. Q. **Assumindo o controle:** organizações, práticas e a experiência de si em trabalhadores da redução de danos na região metropolitana de Porto Alegre. 2006. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

RILEY, D. et al. Harm Reduction: Concept and Practice: A Policy Discussion Paper. **Substance Use & Misuse**, New York, v. 34, n. 1, p. 9-24, 1999.

RODRIGUES, J.; DESCHAMPS, A. A política de saúde mental e projeto terapêutico singular. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/ Brazilian Journal of Mental Health**, Blumenau, v. 8, n. 17, p. 78-92, 2016.

RODRIGUES, L. B. F. **Controle penal sobre as drogas ilícitas:** o impacto do proibicionismo no sistema penal e na sociedade. 2006. 273 f. Tese (Doutorado em Direito), Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

RODRIGUES, L.B.F. Opinião Pública, política de Drogas e repressão penal: Uma visão crítica. In: BOKANY, V. (Org.). **Drogas no Brasil: entre a saúde e a justiça: proximidades e opiniões**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2015. p. 244-268.

ROSA, P. O. **Drogas e a Governamentalidade Neoliberal: Uma Genealogia da Redução de Danos**. Florianópolis: Editora Insular, 2014.

SILVA, N. S. et al. Desenvolvimento de recursos humanos para atuar nos serviços de saúde mental. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1142-51, 2013.

SALLES, D. B; DA SILVA, M. L. Percepção de profissionais da área de saúde mental sobre o acolhimento ao usuário de substância psicoativa em CAPSad/Mental health professional perception of the embracement towards psychoactive substance user in CAPSad. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, [S.l.], v. 25, n. 2, p. 1-14, 2017.

SANTOS, D.V. D. **Uso de psicotrópicos da Atenção Primária do Distrito Sudoeste de Campinas e sua relação com os arranjos da clínica ampliada: "uma pedra no sapato"**. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2009.

SANTOS, J.A.T; OLIVEIRA, M. L. F. Políticas Públicas sobre álcool e outras Drogas: Breve resgate histórico. **Saúde e Transformação Social**, Florianópolis, v.4, n.1, p.82-89, 2013.

SCHRANK G.; OLSCHOWSKY, A. O centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para a inserção da família. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 127-34, 2008.

SILVEIRA, R. W. M.; SANTOS, T. M. Escola de redução de danos: uma experiência de educação permanente em saúde. **Revista do NUFEN**, [S.l.], v. 9, n. 3, p. 220-233, 2017.

SOUZA, D. R. et al. Resistências dos profissionais da atenção psicossocial em álcool/drogas à abordagem de redução de danos. **Journal of Nursing and Health**, Pelotas, v. 7, n. 1, p. 16-24, 2017.

STRANG, J., GOSSOP, M.; STIMSON, G. Courses of drug use: the concepts of career and natural history. In: GHODSE, H.; MAXWELL, D. (Eds) **Substance Abuse and Dependence: an introduction for the caring profession**. London: Macmillan, 1990.

VALE, C.A.S; FILHO, T.L.L; COSTA, R. M. L. A droga na/da sociedade: perspectivas atuais e históricas. **Revista de Políticas Públicas**, Sobral, v. 1, n.1, p.35-41. 2017.

VARGAS, E.V. Fármacos e outros objetos sócio técnicos: Notas para uma Genealogia das Drogas. In: LABATE, B. C. et al. (Orgs.). **Drogas e Cultura: Novas Perspectivas**. Salvador: EDUFBA, 2008. p. 73-89.

ZACCONE, O. Sistema penal e seletividade punitiva no tráfico de drogas ilícitas, In: **Discursos sediciosos, Crime, Direito e Sociedade**. Instituto Carioca de Criminologia, RJ, Ed. Revan, 2004. p. 116.

APÊNDICE 1

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

Título da Pesquisa: Redução de danos na Política Nacional sobre Drogas: avanços e desafios

Roteiro da Entrevista

Caracterização dos participantes

Data da Entrevista: _____ Código alfanumérico: _____

Gênero: _____ D.N.: _____ Idade: _____

Formação: _____ Tempo de formado: _____

Especialização/ Área: _____

Pós-graduação (Ms, Dr), área: _____

Tempo de atuação na CAPS-Ad-SMS/JF: _____

Cargo ou função efetiva no CAPS: () Sim Qual? _____ () Não

Qualificação em AD: () sim () não.

Se sim: () curso de pequena duração. () Especialização. () Mestrado. () Doutorado

Instituição provedora do curso: () serviço () interesse próprio.

Experiência em outro serviço de AD: () sim () não

Questões Norteadoras da Entrevista

Bloco: Assistência ao usuário de álcool e drogas

- 1- Qual sua opinião sobre a assistência a usuários de álcool e drogas preconizada pelo SUS?
- 2- Como você vê a relação entre você, profissional de saúde, e um usuário de drogas.

Bloco: Ações de Redução de Danos

- 3- Ações de RD são estratégias proposta pela PNAD (Política nacional sobre Drogas) para intervenção junto ao usuário. Qual sua compreensão sobre tal estratégia?
- 4- Que ações de RD você e/ou equipe desenvolve no cotidiano da assistência ao usuário de drogas?
- 5- Como você percebe a participação dos usuários de drogas em tratamento no CAPS AD sobre as ações de RD
- 6- Comente sobre avanços e dificuldades em colocar em prática a RD

APÊNDICE 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntário (a) da pesquisa “A ação de redução de danos na política nacional sobre drogas: avanços, desafios e retrocessos” o motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é a necessidade de analisar a prática da redução de danos, que se mostra complexa, pois não existem práticas concretas e desenhadas de intervenção, e sim uma forma de enxergar o usuário como protagonista do seu tratamento e juntamente com ele, elencar alternativas no seu cotidiano que reduzam o dano provado pelo uso abusivo de substâncias psicoativas. Nesta pesquisa pretendemos “avaliar o conhecimento dos profissionais acerca do cuidado ofertado e seus reflexos na assistência aos usuários que fazem uso nocivo de álcool e outras drogas no município de juiz de fora, através da implementação da política pública de redução de danos decretada no Brasil a partir da lei nº 11.343/06, como principal estratégia no atendimento aos usuários de álcool e outras drogas.”

Caso você concorde em participar, vamos fazer as seguintes atividades com você: iremos realizar um grupo de conversa com todos os profissionais que prestam assistência aos usuários do CAPS AD do município de juiz de fora. Neste grupo iremos conversar sobre a política de redução de danos e as estratégias de assistência desenvolvidas por vocês nesta perspectiva. Para mediar esse grupo teremos dois pesquisadores que ficarão responsáveis por dialogar com o grupo e o outro em anotar as principais falas. Esta pesquisa tem alguns riscos, que são: riscos mínimos, como algum nível de incômodo em função do tempo despendido em responder as questões. Mas, para diminuir a chance desses riscos acontecerem, o pesquisador buscará mediar o grupo afim de direcionar as discussões e agendar um novo encontro caso o grupo fique saturado devido ao tempo do grupo. A pesquisa pode ajudar pois possibilita a reflexão e a análise dos pontos que dificultam ou favorecem a concretização da política de redução de danos, possibilitando no planejamento e na tomada de decisões pelos gestores.

Para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, se você tiver algum dano por causadas atividades que fizermos com você nesta pesquisa, você tem direito a indenização. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento. A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade ou mudança na forma em que você é atendido (a). O pesquisador não vai divulgar seu nome. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos. Decorrido este tempo, o pesquisador avaliará os documentos para a sua destinação final, de acordo com a legislação vigente. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do

Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Declaro que concordo em participar da pesquisa e que me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2019.

Assinatura do Participante

_____ Assinatura do (a) Pesquisador (a)

ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REDUÇÃO DE DANOS NA POLÍTICA NACIONAL SOBRE DROGAS: Avanços e desafios

Pesquisador: Giselle de Paula Assis

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 25771319.9.0000.5147

Instituição Proponente: NATES-NÚCLEO DE ACESSORIA, TREINAMENTO E ESTUDO SEM SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.793.220

Apresentação do Projeto:

Apresentação do projeto está clara, detalhada de forma objetiva, descreve as bases científicas que justificam o estudo, estando de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, item III.

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos da pesquisa estão claros e bem delineados, apresenta clareza e compatibilidade com a proposta, tendo a devida adequação da metodologia aos objetivos pretendidos, de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013, item 3.4.1-4.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e benefícios descritos em conformidade com a natureza e propósitos da pesquisa. O risco que o projeto apresenta é caracterizado como mínimo e os benefícios esperados estão adequadamente descritos. A avaliação dos Riscos e Benefícios está de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, itens III; III.2eV.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional N°001/2013 CNS.

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 3.793.220

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16.

Apresenta

o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a, b, d, e, f, g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CPes. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: março de 2020.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou totais de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 3.793.220

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1436020.pdf	26/12/2019 09:05:02		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoook.docx	26/12/2019 09:04:37	Giselle de Paula Assis	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclemodificado.docx	26/12/2019 09:04:17	Giselle de Paula Assis	Aceito
Outros	entrevistaok.docx	14/11/2019 20:16:19	Giselle de Paula Assis	Aceito
Folha de Rosto	folharosto.pdf	13/11/2019 19:09:15	Giselle de Paula Assis	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	infraestrutura.jpeg	11/11/2019 20:06:44	Giselle de Paula Assis	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 02 de Janeiro de 2020

Assinado
por: Jubel
Barreto(Coordenador(a))

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
UF: MG Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br