

Redução de Danos na Atenção Psicossocial: concepções e vivências de profissionais em um CAPS ad

Harm Reduction in Psychosocial Care: conceptions and professional experiences in a CAPS ad

Reducción de daños en atención psicosocial: conceptos y experiencias profesionales en un CAPS ad

Ana Carolina da Costa Araújo¹
Ronaldo Rodrigues Pires²

RESUMO: O presente estudo tem por objetivo compreender a percepção de profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS ad) acerca da estratégia de Redução de Danos, bem como identificar os principais desafios para a efetivação dessa política no âmbito da Atenção Psicossocial. Caracterizou-se como uma pesquisa de abordagem qualitativa, onde foram entrevistados treze profissionais e as falas destes foram analisadas a partir do referencial da Análise de Conteúdo. De maneira geral, a Redução de Danos é percebida como uma estratégia ainda recente, com o papel de ampliar as possibilidades no tratamento do usuário de substâncias psicoativas, tornando-o mais autônomo e participativo em seu processo de cuidado, garantindo maior adesão ao tratamento e maior humanização no cuidado. Percebe-se, também, alguns desafios com relação à concretização da Redução de Danos, como o conhecimento insuficiente por parte dos profissionais, familiares e dos próprios usuários acerca da política sobre drogas. No entanto, embora ainda não se sintam capacitados para promover esse cuidado diferenciado, os profissionais têm buscado, junto ao usuário, diferentes possibilidades de práticas que se orientam sob este paradigma.

Palavras-chave: Redução de danos, Abuso de drogas, Saúde mental.

ABSTRACT: The aim of this study is to understand the perception of professionals of a Center for Psychosocial Care Alcohol and Other Drugs (CAPS ad) about the harm reduction strategy, furthermore to identify the main challenges for the effectiveness of this policy in the scope of Psychosocial care. It was characterized as a qualitative approach research, where thirteen professionals were interviewed and their speeches were analyzed from a Content Analysis framework. In general, Harm Reduction is seen as a recent strategy, with the role of expanding possibilities in the treatment of users of psychoactive substances, making them more autonomous and cooperative in their care process, ensuring greater adherence to treatment and greater humanization in care. There are also some challenges related to the achievement of Harm Reduction, such as insufficient knowledge about the policy by professionals, family members, and users themselves. However, whilst they do

1 Psicóloga – Especialista em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Egressa da Residência em Saúde Mental Coletiva pela RIS-ESP/CE. Psicóloga da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG. Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD). Quixeramobim, Ceará, Brasil. E-mail: cbjr.carol@hotmail.com

2 Psicólogo, Mestre em Psicologia, Professor substituto do Departamento de Psicologia da Universidade Estadual do Ceará, Egresso da Tutoria de Núcleo (Psicologia) da Residência Integrada em Saúde – RIS da Escola de Saúde Pública do Ceará – ESP-CE, Fortaleza, Ceará, Brasil. Doutorando do programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará - UECE. E-mail: ronrodpires@bol.com.br

not feel able to promote this differentiated care, professionals have sought, along with the user, several possibilities of practices that are guided by this paradigm.

Keywords: Harm reduction, Drug abuse, Mental health.

RESUMEN: Este estudio tiene como objetivo comprender la percepción de los profesionales en un Centro de Atención Psicosocial de alcohol y otras drogas (CAPS ad) sobre la estrategia en reducción de daños e identificar los principales desafíos para la eficacia de esta política en la Atención Psicosocial. Se caracteriza por ser una investigación cualitativa donde trece profesionales fueron entrevistados y sus declaraciones analizadas a partir de la referencia del análisis de contenido. En general, la reducción de daños es percibida como una nueva estrategia, que tiene el papel de ampliar las posibilidades en el tratamiento de los usuarios de sustancias psicoactivas, convirtiéndolo en un ser autónomo y participativo en su proceso de cuidado, garantizando una mayor adhesión al tratamiento y humanización del cuidado. También se pudo observar algunos retos en cuanto a la aplicación de la reducción de daños, tales como el conocimiento insuficiente de los profesionales, miembros de la familia y los usuarios acerca de las políticas de lucha contra las drogas. Sin embargo, aunque todavía no se sienten capaces de promover este cuidado especial, los profesionales han buscado, junto al usuario, distintas posibilidades de prácticas que se orientan bajo este paradigma.

Palabras clave: Reducción de daños, Abuso de drogas, Salud mental.

1 INTRODUÇÃO

No âmbito da atenção aos usuários de álcool e outras drogas, a Redução de Danos (RD) se constitui como uma política de saúde pública que tem como objetivo minimizar as consequências negativas do consumo, garantindo a liberdade de escolha do sujeito e seu papel de protagonista do cuidado^{1,2}. Na realidade da Atenção Psicossocial, foi inserida como uma diretriz que se coloca como alternativa às estratégias de cuidado baseadas exclusivamente na lógica da abstinência. Tendo em vista a diversidade de relações que os sujeitos estabelecem com as drogas, a RD aponta para a necessidade da ampliação das ofertas em saúde para esta população³.

No Brasil, as primeiras ações de Redução de Danos ocorreram no município de Santos, em 1989, em um momento de significativo avanço municipal no que dizia respeito à implementação de ações para usuários de drogas no Sistema Único de Saúde (SUS). Em um contexto marcado pela repressão ao uso de drogas, o secretário municipal de saúde, David Capistrano, e o coordenador do programa de DST/AIDS, Fábio Mesquita, sofreram uma ação judicial por serem acusados de incentivo ao uso de drogas^{2,3,4}. Essa ação judicial pôs em evidência a contradição da coexistência de políticas autoritárias e a busca de implantar alternativas de cunho mais progressista. Esta contradição permanece até hoje no contexto dos serviços de saúde destinados ao cuidado aos usuários de substâncias psicoativas³.

Na atualidade, a atenção à saúde dos usuários de substâncias psicoativas é norteadada pelo decreto n.º 11.343, de 2006, que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), e pela Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas, que dispõem sobre medidas para prevenção, atenção e reinserção social de usuários

de álcool e outras drogas^{5,6,7}. Desse modo, percebe-se que, mesmo com as resistências históricas, a RD está presente nestes diferentes marcos normativos das políticas públicas brasileiras.

A Redução de Danos é apontada por vários estudos como um princípio crucial para a efetivação dos direitos dos usuários de drogas, tendo em vista que ela permite que um novo olhar seja lançado sobre esse sujeito, mostrando-se como uma oferta concreta de acolhimento e cuidado que rompe com a marginalização desses usuários^{4,8,9,10}. No entanto, essa política ainda enfrenta diversos obstáculos na sua efetivação, como dificuldades de financiamento das ações, descontinuidade dos projetos, além de insuficiência de estruturas para sua realização^{3,11}.

Além disso, observa-se que existem concepções diversas acerca dos objetivos e da aplicação das estratégias de Redução de Danos. Em estudo realizado sobre as concepções presentes na literatura acerca da RD¹⁰, constatou-se que existe uma visão heterogênea acerca desse conceito, sendo ele aplicado e representado de diferentes formas e recortes. Nesse estudo, Santos, Soares e Campos¹⁰ apontam que a RD pode ser abordada a partir de diferentes concepções sobre o objeto e o sujeito destas ações, de modo a afirmar que existem “várias RDs”.

A percepção destas contradições e destes problemas no campo de prática dos serviços tem servido para mobilizar questões sobre esta situação. O interesse por esta temática surgiu a partir da experiência vivida da primeira autora como psicóloga residente da Ênfase em Saúde Mental Coletiva do Programa de Residências Integradas em Saúde – RIS. Através das ações, dos diálogos e das vivências com os profissionais do Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas (CAPS ad) onde atuou, foi possível perceber que a temática da Redução de Danos ainda aparecia de forma tímida nesse espaço, além de parecer haver certa resistência a sua efetivação.

As perguntas que geraram a construção dessa pesquisa foram: Como os profissionais do CAPS ad percebem a política de Redução de Danos? Qual a concepção que estes têm acerca desta e como traduzem essas concepções para suas práticas cotidianas? A relevância desta interrogação consistiu em possibilitar a reflexão acerca das barreiras existentes com relação a essa política, trazendo à tona as potencialidades suscitadas no cotidiano dos serviços e o fomento de novas formas de atuar no contexto do cuidado aos usuários de álcool e outras drogas.

Assim, o presente estudo teve o objetivo de compreender a percepção dos profissionais de um CAPS ad acerca da estratégia de Redução de Danos. Buscou-se, também, descrever as principais ações de Redução de Danos desenvolvidas nesse serviço e identificar os desafios para a efetivação dessa política no âmbito da Atenção Psicossocial.

2 MÉTODOS

A presente pesquisa caracteriza-se como um estudo do tipo descritivo, de abordagem

qualitativa, pois está interessada em produzir informações sobre a natureza de um fenômeno, a partir dos sujeitos e seus relatos¹². Foi realizada em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS ad), o qual se constitui como um serviço especializado responsável pela atenção psicossocial aos usuários de substâncias psicoativas. O CAPS ad do município de Iguatu no interior do Ceará em que foi realizada a pesquisa foi fundado em 2003, e funciona das 7h às 17h. Acolhe diariamente usuários que o procuram buscando oferecer um cuidado multiprofissional, através de atendimentos individuais, grupais, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares e articulação com os demais serviços que compõem a rede do município. O CAPS ad, em questão, também possuía, na época da pesquisa, profissionais oriundos de um programa de residência multiprofissional em Saúde Mental Coletiva e profissionais da residência médica em Psiquiatria.

A coleta de dados se deu no período de novembro de 2014 a março de 2015. A amostra se deu por conveniência, tendo participado do estudo treze profissionais, de um total de dezessete. Foram convidados todos os integrantes das equipes, incluindo residentes e profissionais do serviço tanto de nível médio como de nível superior. Aqueles que não se sentiram à vontade para participar ou não possuíam tempo suficiente para responder as perguntas foram excluídos.

O instrumento utilizado para produzir as informações foi a entrevista em profundidade. As entrevistas pretenderam ampliar e aprofundar a comunicação entre o pesquisador e os participantes através de um roteiro semiestruturado. O roteiro de entrevista compunha-se de sete perguntas abertas, tendo sido arquitetado com base em três unidades: 1) Perfil dos profissionais entrevistados, buscando informações como idade, sexo, categoria profissional, tempo de formação e de atuação em serviços de saúde mental; 2) Concepção do profissional acerca da Redução de Danos, Atividades e ações que classifica como Redução de Danos; e 3) Dificuldades, limitações e resultados/aspectos positivos observados e identificados pelos profissionais no que concerne à estratégia de Redução de Danos.

Os dados coletados através das entrevistas foram transcritos na íntegra e analisados a partir do referencial da Análise de Conteúdo¹³. As principais categorias de análise foram: concepção de RD, dificuldades enfrentadas para concretização da RD, ações e metodologias de RD dentro da prática no CAPS ad, e benefícios proporcionados pela adoção da estratégia.

Foram analisados trechos de depoimentos dos profissionais que participaram do estudo, os quais foram numerados de I a XIII, com a pretensão de manter a identificação dos sujeitos em sigilo. Para a escrita deste artigo, selecionamos apenas alguns dos relatos que consideramos mais ilustrativos.

O estudo foi submetido no Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Ceará, sendo aprovado com o parecer de número CAAE: 946.346. Foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, através do qual os profissionais entrevistados foram informados

sobre os objetivos da pesquisa e manifestaram seu consentimento em participar.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre os sujeitos entrevistados, predominaram profissionais do sexo feminino, com faixa etária média de 32 anos, sendo a idade mínima de 24 e a idade máxima de 51 anos. O tempo de trabalho no CAPS AD variou de um mês a onze anos, ou seja, alguns profissionais estavam no serviço desde a sua fundação. Outros eram oriundos do programa de residência multiprofissional com ênfase em Saúde Mental Coletiva. No que concerne às categorias profissionais dos entrevistados contamos com: terapeuta ocupacional, recepcionista, profissional de educação física, assistente social, enfermeiro, médico psiquiatra, psicopedagoga, psicólogo, técnico de enfermagem e artesão.

3.1 CONCEPÇÕES SOBRE A REDUÇÃO DE DANOS

Logo após a apresentação ao entrevistado e a identificação de suas informações pessoais, abordamos sua percepção sobre a política de Redução de Danos. Com relação ao conhecimento destes profissionais acerca da RD e das concepções que os mesmos possuem, foi possível perceber que a grande maioria conhece a Redução de Danos, embora existam diferentes olhares acerca da temática. Isso indicou certa familiaridade com o tema e mostrou não ser algo ignorado pelos profissionais.

3.1.1 Redução de Danos como uma ética do cuidado

A partir de algumas narrativas foi possível perceber que, para um grupo dos entrevistados do serviço, havia uma aproximação das concepções sobre a RD como uma ética do cuidado, tal como aponta Petuco¹¹. Esta compreensão orientaria a clínica junto às pessoas que fazem uso de drogas, a partir do ponto de vista da necessidade de ampliarem-se os lugares onde se efetiva o cuidado. Tal pressuposto implica também numa modificação da relação que se estabelece entre quem cuida e quem é cuidado, de modo a produzir uma horizontalidade e respeito ao protagonismo do sujeito.

A Redução de Danos, pra mim, é assim, quando o paciente faz um uso abusivo, e ele não quer parar, mas quer diminuir, então a gente vai trabalhando essa diminuição com ele, com foco também na questão das atividades esportivas, atividades de lazer, a questão também da alimentação, que influencia muito, até pra melhorar a condição de saúde dele. Então eu fui entendendo que na redução ele pode ir fazendo uso, mas com outras ocupações, outras atividades. Se ele não quer parar, então foi uma escolha dele, e a gente tem que respeitar (Entrevistado VIII).

Nesta perspectiva, os discursos salientaram o respeito ao usuário e a não imposição da abstinência como pressupostos da RD na produção do cuidado dispensado, mesmo ele fazendo uso de determinada substância psicoativa.

Eu definiria como uma forma de tratamento para aquelas pessoas que não querem deixar de ser usuárias, e que de alguma forma elas têm direito à saúde. Então, a gente trabalharia com Redução de Danos (Entrevistado IX).

Então, eu acho que a Redução de Danos está presente o tempo todo, porque eu estou sempre fazendo um esforço para que os usuários atendidos aqui sejam respeitados, independente das suas escolhas em relação ao uso de drogas. Acho que a Redução de Danos está presente também na minha prática por eu não ter somente o ideal da abstinência, por reconhecer muitas vezes que as pessoas vão continuar usando algumas substâncias (Entrevistado VI).

Os discursos destes entrevistados trazem a percepção de que a droga não é o agente determinante para a construção do cuidado, de forma que consideram as evidências de que a relação do usuário com a substância nem sempre se dá necessariamente em uma relação de dependência^{1,14}. Ao invés disso, são pensadas variadas possibilidades de relação do sujeito com as drogas o que ampliam os objetivos de suas práticas. Assim, destacou-se que embora a RD esteja atrelada atualmente ao universo das drogas, ela é uma forma de agir e de cuidar presente nas relações humanas.

A Redução de Danos, na verdade, ela faz parte da nossa vida. A gente que não percebe muito. Por exemplo, no trânsito a gente diz assim, se beber não dirija, já é para reduzir um dano que pode ser causado, um acidente, uma morte iminente. Eu acho que a gente vive na sociedade em meio à Redução de Danos e não tem essa consciência ainda (Entrevistado VII).

Como podemos ver no relato do entrevistado, o significado da Redução de Danos é muito simples e não requer conhecimentos de ordem científica ou médica, como também aponta Pat O'Hare¹⁵. No entanto, compreendendo que historicamente esta política tem enfrentado resistências, é possível pensar que esta oposição a ela possa derivar da condição estigmatizada dos usuários de drogas, bastante presente em nossa cultura. Um dos indicadores desta condição é justamente a presença do desejo de distanciamento social encontrado inclusive na relação entre usuários e profissionais de saúde¹⁶ que produzem barreiras na relação de cuidado.

3.1.2 Redução de danos como um modo de tratar a dependência de drogas

Em outros trechos analisados também foram encontrados alguns relatos que destacaram a RD como um modo de minimizar a relação de dependência existente entre o sujeito e a substância, no sentido de diminuir os riscos e agravos que o uso de drogas pode trazer para esse indivíduo.

Redução de Danos é uma maneira que se encontrou para diminuir os danos que a droga faz no organismo do paciente, quando ele não tem a capacidade ou a vontade de deixar; ele é orientado a, pelo menos, diminuir o uso abusivo, e com isso vai melhorar a saúde dele (Entrevistado XI).

Pelo pouco que eu entendo, a pessoa fica no tratamento e fica usando quando sente a necessidade dele. O objetivo é ver se, no que vai reduzindo, a pessoa vai indo, vai indo, e fica em apenas uma coisa só. Ou no tratamento, ou no vício (Entrevistado XII).

A Redução de Danos é a “clínica do possível”, é o que dá para fazer, tendo em vista que em alguns casos não é possível a abstinência, não é possível parar completamente o uso de alguma substância. É tentar de alguma forma diminuir o prejuízo que ele vai causar, tendo em vista que algumas pessoas não conseguem parar o uso da substância. Então, é tentar fazer com que a substância seja menos nociva pra ela (Entrevistado III).

A preocupação com a substância e os prejuízos possíveis foi mais destacada entre estes entrevistados. Como afirma Moraes¹⁷, a abordagem da Redução de Danos muitas vezes é colocada como uma possibilidade pelos profissionais, embora, por vezes, parece ficar subentendido que a meta ideal para o tratamento é a abstinência. No entanto, é importante esclarecer que a RD não se opõe à abstinência como possibilidade, tendo em vista que muitas vezes a supressão do uso de drogas pode ser a melhor forma de reduzir os danos para algumas pessoas.

Cabe ressaltar, no entanto, que buscar a abstinência é uma conclusão que deve ser tirada pelo próprio usuário, e não uma expectativa ou exigência de seu projeto terapêutico¹⁷. Nesse sentido, há sempre um risco de simplificação da proposta que precisa estar sempre sob a necessidade de reflexão. É preciso destacar também que o fato do usuário não deixar de consumir drogas não deve significar uma desresponsabilização nem do serviço, nem do usuário, como aponta Quinderé e Jorge¹⁸, e, por isso, os entrevistados parecem supor a necessidade de apostar em algo que produza o vínculo para a produção do cuidado.

Percebe-se então que, mesmo em um serviço onde se afirma a RD como um princípio norteador para a atenção aos usuários, as diferentes concepções nem sempre se mostram de maneira homogênea. Permanecem, ao nosso ver, alguns resquícios da lógica proibicionista que polariza a cura e o cuidado dos usuários atrelando esta à abstinência.

3.2 AÇÕES DE REDUÇÃO DE DANOS: A TRANSPOSIÇÃO DOS PRINCÍPIOS PARA AS PRÁTICAS

Com relação à forma como os profissionais operacionalizam a Redução de Danos nas atividades que desenvolvem, foram citadas as mais diversas ações realizadas no serviço, desde grupos de caminhada como atividade física, orientação e atendimento familiar, atividades artesanais e outras realizadas fora do serviço, como o matriciamento em saúde mental. Estes acreditam que todas as suas práticas são orientadas por este princípio.

*Além de proporcionar um momento de lazer, um momento que eles possam ter assim um conhecimento do seu próprio corpo, do que é bom para eles, eu acredito que o grupo de caminhada já seja uma estratégia de reduzir os danos, porque se você se conhece, você conhece seu corpo, você sabe quais são suas limitações ou não (Entrevistado VII).
Orientação familiar, alguma orientação que a gente pode dar no serviço que não se resume somente ao uso de álcool e outras drogas. Mas acredito que o esclarecimento é uma forma de reduzir danos, o compartilhamento com os usuários é uma forma de reduzir danos, garantir direitos. Eu acho que essa também é uma forma de Redução de Danos*

(Entrevistado IV).

Os entrevistados entendem que a RD é uma lógica transversal que deve conduzir as suas atividades junto à população. Isso colabora a existência de uma tentativa de manter uma coerência entre os pressupostos da RD como uma ética, expandindo essas ações para atividades que necessariamente não possuam como objetivo central a proposição de abstinência ou a manutenção deste estado pelo usuário.

Assim, pode-se perceber um esforço de tornar a RD como uma prática de “ampliação da vida”², incluindo atividades fora do serviço e que interfiram no cotidiano das pessoas, como o grupo de caminhada. Ressalta-se que boa parte destas atividades externas era realizada por profissionais residentes que tinham agendas que proporcionavam maior flexibilidade para esse deslocamento no território.

É preciso sublinhar que, segundo os entrevistados, este panorama de inserção dos princípios da RD vem ocorrendo progressivamente, mas convive também com dificuldades. A ideia de “ocupar a mente”, presente em uma das falas, parece sugerir que a prática oferecida leve o usuário a suprimir seu desejo e não permite compreender que é justamente o desejo que faz com o uso de drogas ocorra na vida das pessoas¹⁸.

Enquanto eles ocupam a mente com o artesanato, eles já estão saindo, ali já tem uma conversa, eles estão desenhando, pintando. e então, seja qual for a atividade, usa a Redução de Danos (Entrevistado XIII).

Dessa maneira, observa-se que o conceito de RD corre o risco também de ser utilizado como uma figura retórica para abarcar práticas que nem sempre condizem com seus princípios. A persistência deste modo de pensar a clínica com usuários de álcool e outras drogas se deve também pela insuficiência de ações de educação permanente que têm sido comuns nos serviços de saúde mental. Estratégias como a supervisão clínico-institucional e as rodas de equipe têm sido negligenciadas ou até mesmo desconsideradas como instrumentos fundamentais para a produção do cuidado nos serviços de saúde.

Segundo relatos dos entrevistados, em anos anteriores, o usuário que chegasse ao serviço sob efeito do uso de qualquer substância era suspenso e só poderia voltar a frequentar o CAPS se viesse acompanhado pela família. Percebe-se com isso que, quando não existe clareza e reflexão sobre os princípios norteadores da atenção psicossocial aos usuários de drogas, a abstinência comparece como uma norma de acesso ao serviço que reproduz incongruências com princípios fundamentais como a universalidade do acesso¹⁴.

Essas situações passaram a ser objeto de discussão com os espaços reflexivos produzidos pelas residências, como as rodas de discussão, e os estudos de caso, e, por isso, proporcionaram o

aperfeiçoamento do serviço, demonstrando que o trabalho na atenção psicossocial deve ter espaços garantidos que proporcionem uma reflexividade sobre este fazer, reformulando estas regras institucionais que não favoreciam o vínculo e o cuidado com as pessoas.

Além das questões suscitadas dentro do próprio serviço, observa-se outra aplicação prática para a RD que foi apresentada no matriciamento em saúde mental. Os profissionais relatam que a Redução de Danos é utilizada através da orientação e do contato com as famílias em visitas domiciliares e atividades realizadas na Atenção Básica.

Então, da mesma forma que a gente vai abordando aqui nos grupos, a gente já vai levando alguma coisa do que a gente pode abordar na visita, no matriciamento, para a gente tentar ver o que podemos abordar com aquele usuário, e o que pode ser melhor na questão da saúde física, saúde psíquica, e na questão social também. Então a gente já tem entrado nessa questão de, se o paciente não quer parar, então vamos ver o que a gente pode fazer, junto com ele e com a família, pra melhorar a qualidade de vida dele, mesmo ele estando em uso (Entrevistado VIII).

Há a presença, na fala dos entrevistados, de um desejo em buscar organizar o cuidado em rede a partir destes pressupostos, favorecendo com que os profissionais dos diferentes serviços possam também superar os modos pré-concebidos e estigmatizantes de tratar os usuários nos serviços. Entende-se, com isso, como aponta Fortesky e Farias³, que a RD precisa ser efetivada no território para construir redes de suporte social que ofereçam apoio aos usuários e seus familiares.

3.2.1 Dificuldades encontradas na operacionalização da RD

Embora a Redução de Danos seja uma estratégia que está nas ações do CAPS AD, ainda existem muitas barreiras para que essa política se concretize nesse serviço, tendo em vista que é um processo novo e que exige sensibilização e abertura dos profissionais.

Uma das principais dificuldades citadas pelos sujeitos foi a questão da família, que muitas vezes apresenta resistência com relação às propostas baseadas na RD. Tal resistência é originada, segundo os entrevistados, pelo desconhecimento, visto que, no senso comum, o tratamento da dependência química ainda tem como objetivo, para a maioria das pessoas, à abstinência total do uso. Dessa forma, os profissionais relatam que tem sido difícil para os familiares entenderem a RD como estratégia de tratamento.

A família, geralmente, o que ela quer, o que ela deseja do seu familiar é que ele cesse o uso por completo. Ela não compreende que, muitas vezes, o usuário não consegue e, às vezes, a gente também não consegue estar convencendo, estar discutindo com a família, a questão da redução do uso. Na maioria das vezes o que a família quer é abstinência (Entrevistado IV).

Como ela não conhece a política de Redução de Danos, elas pensam que o paciente vem pra aqui, principalmente os que fazem uso de álcool, e querem que eles parem de beber de uma vez. Eles não sabem o que pode causar uma abstinência mais séria. Eles não

compreendem o processo. Tem deles que nem aceitam, como já teve familiar que chegou aqui dizendo 'ah, quero conversar com o doutor, porque ele mandou meu marido tomar um copo de vinho por dia. Como ele quer que ele pare de beber, bebendo vinho todo dia?' (Entrevistado IX).

Como afirmam Mielkeet al¹⁹, a família tem sido uma aliada na reabilitação psicossocial do usuário no âmbito da saúde mental, necessitando receber o suporte adequado para superar os diversos desafios no cuidado à dependência de drogas, devendo encontrar junto aos serviços substitutivos em saúde mental o acolhimento de suas necessidades e apoio. É preciso considerar, no entanto, que o stress e o desgaste vivido pelo familiar não pode deixar de ser compreendidos nesta demanda por internação e abstinência, tendo em vista que os serviços de saúde, diante da precarização, não têm oferecido um suporte adequado às necessidades da população.

Outra dificuldade citada foi o pouco conhecimento e a falta de formações para os profissionais no que diz respeito à RD. Um agravante desta situação pode ser consequência da formação acadêmica que, na maioria das vezes, não prioriza a questão do cuidado à saúde de pessoas que fazem uso de drogas. Dos treze profissionais entrevistados, somente um teve contato com a RD durante sua formação acadêmica, enquanto para a maioria esse tema nem ao menos foi citado durante a graduação.

Na minha formação eu não vi estratégia de Redução de Danos. Eu vim aprender com a prática mesmo. É até algo bem recente que eu comecei a estudar, pesquisar mesmo, pra gente poder colocar em prática (Entrevistado I)
Não aprendi nada de Redução de Danos na academia, nem na faculdade de medicina, nem na residência de psiquiatria. Aprendi tudo por fora, aprendi enquanto usuário, enquanto redutor de danos, e foi assim que comecei a aprender ainda na minha época de faculdade (Entrevistado VI).

Para alguns, a residência multiprofissional proporcionou a oportunidade de contextualizar uma discussão mais crítica com relação às políticas sobre drogas, mostrando-se um importante instrumento de educação permanente.

Eu nem tinha conhecimento do que era a Redução de Danos. Eu só vim ter um pouco de conhecimento a respeito com a residência em saúde mental, mas na minha formação eu não tinha ouvido falar na estratégia de Redução de Danos (Entrevistado IV).

Por último, foi citada como dificuldade a questão do preconceito e do estigma que têm envolvido a proposta da Redução de Danos desde suas primeiras manifestações no Brasil^{1,2}. Os profissionais relatam que escutam comentários da RD como apologia ou indução ao uso de drogas.

A Redução de Danos tem muito preconceito em cima dela, tem muita gente que tem tabu, que acha que não, que eu como profissional não posso trabalhar isso porque vou estar induzindo o paciente a usar e não é isso. A gente não induz o paciente a usar, a gente estimula o paciente a diminuir a quantidade abusiva daquele uso. Se ele for fazer o uso, fazê-lo de uma forma mais segura (Entrevistado I)
As pessoas ainda não entendem que a Redução de Danos não é apologia ao uso de

drogas. Eu acredito que, às vezes, as pessoas pensam: “ficam deixando o paciente fumar no serviço?” Ou então... “ele bebeu e aceitar o paciente?” Então, eu acho que tem esse preconceito por parte de nós profissionais mesmo (Entrevistado VII).

O relato de alguns sujeitos também permite entrever um constrangimento por parte de profissionais que não acreditam na proposta. Percebe-se assim que mesmo passados vários anos das primeiras experiências, e de estarem expressas nas diversas políticas sobre a questão das drogas, permanecem empecilhos históricos que tentam deslegitimar a RD como uma alternativa viável.

3.2.2 Potencialidades trazidas pela Redução de Danos

Embora possa ser visto que existem muitas dificuldades na adoção dessas estratégias no âmbito do CAPS AD, também são abordadas pelos profissionais algumas potencialidades alcançadas pela, ainda, tímida inserção da abordagem de Redução de Danos no serviço. Um destes foi a abertura do serviço aos usuários, mesmo nos casos onde não conseguem interromper o uso da substância.

Um paciente que está fazendo o uso de determinada substância, ele não tem vergonha de chegar ao CAPS. Algumas vezes acontece dele chegar alcoolizado. Ele sabe que aqui ele vai receber uma orientação, será acolhido. Nesse caso, ele não se sentiria bem em chegar aqui estando em uso de substância, que é quando mais precisa de acompanhamento (Entrevistado II).

Eu acho que o CAPS tem que ter essa visão de que “eu vou lhe receber do jeito que você estiver, eu vou lhe receber, o importante é você estar aqui para tentar se cuidar”. Se você pregar somente a abstinência, no dia que o cara tiver feito o uso de alguma substância e chegar lá, eu não vou conseguir receber da mesma forma, receber bem. Aí eu vou atrapalhar muito aquela pessoa (Entrevistado III).

Dessa forma, a Redução de Danos contribuiu também para a humanização do serviço, no sentido de aceitar o usuário em seu momento de maior vulnerabilidade. Os relatos apontam para uma atitude de fazer com que o usuário se sinta mais acolhido e aceito, possibilitando um melhor processo de vinculação entre usuários e o serviço.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De maneira geral, os profissionais entrevistados percebem a RD como uma estratégia ainda recente, com o papel de ampliar as possibilidades no tratamento do usuário de substâncias psicoativas, tornando-o mais autônomo e participativo em seu processo de cuidado. A RD é percebida ainda como estratégia de garantia dos direitos de pessoas que usam drogas, independente de quererem ou não interromper o uso.

Embora algumas percepções ainda se mostrem vinculadas à diminuição dos riscos referentes à dependência e como um meio para alcançar a abstinência, pode-se ver que há uma consideração

sobre as questões psicossociais que envolvem o contexto onde o sujeito está inserido e o respeito à sua autonomia. Percebe-se que a transposição da política de RD para as práticas no cotidiano acontece de maneira gradual e não está isenta de contradições e conflitos na sua efetivação.

No que tange aos principais desafios enfrentados para a concretização da Política de Redução de Danos no serviço, foram citados o conhecimento insuficiente por parte dos profissionais, familiares e dos próprios usuários acerca dessa temática, além da resistência das pessoas envolvidas no tratamento e do próprio estigma que essa estratégia sofre no contexto da saúde mental e da sociedade de forma geral.

Identifica-se a necessidade de incluir a abordagem da RD na formação dos profissionais de saúde, tendo em vista que essa é uma estratégia que pode ser utilizada nos mais diversos espaços do cuidado em saúde, para além da atenção psicossocial. Viu-se também que os programas de residência, enquanto estratégias de educação permanente, têm impacto não só para os residentes como para os serviços que os acolhem, produzindo transformações positivas nos cenários de prática e reflexões necessárias para o cotidiano. Os processos de educação permanente são imprescindíveis à oferta de um cuidado de qualidade para esse público.

REFERÊNCIAS

1. Passos EH, Souza TP. Redução de Danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. *Psicologia & Sociedade*. 2011; 23: 154-162.
2. Lancetti A. *Clínica Peripatética*. Rio de Janeiro: Hucitec, 2008.
3. Forteski RF, Jeovane G. Estratégias de Redução de Danos: um exercício de equidade e cidadania na atenção a usuários de drogas. *Rev. Saúde Públ. Santa Cat*. 2013; 6: 78-91.
4. Conte M, Mayer RTR, Reverbel C, Sbruzzi C, Menezes CB, Alves GT, Queiroz R, Braga P. Redução de danos e saúde mental na perspectiva da atenção básica. *Boletim da Saúde*. 2004; 18, 59-77.
5. Ministério da Saúde (BR). Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Diário Oficial da República do Brasil. Poder Executivo. Brasília: 2006.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
7. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.197, de 14 de outubro de 2004. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. Brasília: 2004.

8. Pacheco MAAG. *Política de Redução de Danos a usuários de substâncias psicoativas: práticas terapêuticas no Projeto Consultório de Rua em Fortaleza, CE* [dissertação]. Fortaleza: Mestrado em Políticas Públicas e Sociedade da Universidade Estadual do Ceará; 2013.
9. Queiroz IS. Os programas de Redução de Danos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas. *Psicol. cienc. prof.*, 2010; 21, 2-15.
10. Santos, VE, Soares CB, Campos, CMS. Redução de Danos: análise das concepções que orientam as práticas no Brasil. *Physis*. 2010; 20: 995-1015.
11. Petuco DRS. 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.
12. Gil, AC. *Modelos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas, 1999.
13. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2002.
14. Souza, TP; Carvalho, SR. Reduzindo danos e ampliando a clínica: desafios para a garantia do acesso universal e confrontos com a internação compulsória. IN Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Caderno Humaniza SUS; v. 5 (saúde mental) Brasília, Ministério da Saúde, 2015.548 p.
15. O'Hare, P. redução de danos: alguns princípios e ação prática In Mesquita, F; Bastos, FI. *Drogas e AIDS: estratégias de redução de danos*. São Paulo: Hucitec, 1999.
16. Silveira, PS *et al.* Social distance toward people with substance dependence: a survey among health professionals. *Revista Psicologia em Pesquisa*, v. 9, n. 2, 2016.
17. Moraes M. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008; 13, 121-33.
18. Quinderé, PHD; Jorge, MSB. *A experiência do uso de crack em sua interlocução com a clínica: dispositivos para o cuidado integral do usuário*. Fortaleza: EdUECE, 2013.
19. Mielke FB, Kohlrausch E, Olschowsky A, Schneider JF. A inclusão da família na atenção psicossocial: uma reflexão. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2010; 12, 761-5. 2010.

Artigo apresentado em 25/01/2017

Artigo aprovado em 15/01/2018

Artigo publicado no sistema em 16/04/2018