

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

CLAUDIA OLIVEIRA DIAS

**PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO CAPS AD SOBRE A  
REDUÇÃO DE DANOS: HISTÓRIA, NOSSAS HISTÓRIAS  
DIAS DE LUTA, DIAS DE GLÓRIA!**

FEIRA DE SANTANA

2018

CLAUDIA OLIVEIRA DIAS

**PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO CAPS AD SOBRE A  
REDUÇÃO DE DANOS: HISTÓRIA, NOSSAS HISTÓRIAS  
DIAS DE LUTA, DIAS DE GLÓRIA!**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Linha de pesquisa: **Gestão do Trabalho, Educação Permanente e o Cuidado em Saúde**

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Geralda Gomes Aguiar

FEIRA DE SANTANA

2018

### **Ficha Catalográfica – Biblioteca Central Julieta Carteado**

Dias, Claudia Oliveira

D531p      Percepção dos profissionais de saúde do CAPS AD sobre a  
Redução de Danos: história, nossas histórias, dias de luta, dias de  
glória!./Claudia Oliveira Dias. – 2018.

107f.

Orientadora: Maria Geralda Gomes Aguiar

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Feira de  
Santana. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2018.

1.Redução de Danos. 2.Direitos humanos. 3.Profissionais de  
Saúde. I.Aguiar, Maria Geralda Gomes, orient. II.Universidade  
Estadual de Feira de Santana. III.Título.

CDU: 615.851:614



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA  
AUTORIZADA PELO DECRETO FEDERAL Nº 77.496 DE 27-4-1976  
Reconhecida pela Portaria Ministerial nº 874/86 de 19.12.86  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA - MPSC

**ATA DA SEXAGÉSIMA SÉTIMA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PARA  
OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE COLETIVA PELO MESTRADO  
PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA – BA.**

No dia vinte e seis do mês de outubro do ano de dois mil e dezoito, às quatorze horas, na sala MT 67, Módulo Seis do Campus Universitário, reuniu-se a Banca Examinadora para a Defesa de Dissertação da mestranda **Claudia Oliveira Dias**, intitulada **PERCEBENDO A REDUÇÃO DE DANOS POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE: história, nossas histórias, dias de luta, dias de glória**, área de concentração em Saúde Coletiva, Linha de Pesquisa: Gestão do Trabalho, Educação Permanente e o Cuidado em Saúde, orientada pela Professora Doutora Maria Geralda Gomes Aguiar, cujo falecimento ocorreu no dia 17/08/2018 sendo, por este motivo, substituída neste ato de defesa pela Professora Doutora Erenilde Marques de Cerqueira. A Professora Doutora Erenilde Marques de Cerqueira/UEFS (presidente) abriu a sessão convidando para fazer parte da banca examinadora os Professores Doutores Sérgio do Nascimento Silva Trad/ISC-UFBA e Sinara de Lima Souza/UEFS. Após a composição da Banca a presidente convidou a mestranda Claudia Oliveira Dias, para que fizesse a apresentação da sua dissertação. Após a apresentação do trabalho, a mestranda foi arguida pelos examinadores, respondendo às questões com clareza e se comprometendo a acatar as sugestões da banca. A seguir, a Banca Examinadora se reuniu para o julgamento da dissertação e considerou a mestranda **APROVADA**. Na forma regulamentar, esta Ata foi lavrada pela Banca Examinadora e assinada pelos membros da mesma e pela aluna. Feira de Santana, 26 de outubro de 2018.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Geralda Gomes Aguiar (*In memoriam*)

1<sup>ª</sup> Examinadora e Presidente:

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Erenilde Marques de Cerqueira / UEFS

2<sup>º</sup> Examinador:

Prof<sup>º</sup>. Dr<sup>º</sup>. Sérgio do Nascimento Silva Trad / ISC-UFBA

3<sup>ª</sup> Examinadora:

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Sinara de Lima Souza / UEFS

Mestranda: Claudia Oliveira Dias

Dedico ao meu querido tio Antônio Macedo (*in memoriam*) por ter me recebido tão bem, tão logo recebeu a notícia da minha aprovação no mestrado. Quinzenalmente, por um ano, passamos a nos ver, a nos conhecer e dividir histórias. Agradeço profundamente a oportunidade de tê-lo tão próximo durante esse tempo, por ter compartilhado comigo seu aconchego e seu sorriso.

## AGRADECIMENTOS

Imensa gratidão a minha rede de apoio que me fez caminhar e chegar até aqui!

Agradeço a Deus, que me protegeu e me guiou durante minhas viagens;

Aos meus queridos pais, Sérgio e Cleusa, por todo amor a mim dedicados;

Ao meu irmão, Júnior, que mesmo nas birras sempre estar por perto;

Ao meu companheiro, André, que pacientemente entendeu minhas escolhas e permaneceu ao meu lado, obrigada pelo carinho;

À UEFS por ter me recebido tão bem;

À minha querida orientadora, Maria Geralda (*in memoriam*), sempre tão delicada nas orientações;

Ao Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, em especial, Jordan, sempre tão prestativo e colaborador;

À Suzi e Fátima da Biblioteca, sempre tão gentis;

A minha querida turma, colegas que levarei sempre comigo, obrigada por tornarem os estudos mais leves;

Ao CAPS AD por ter permitido eu avançar em mais um passo na minha trajetória profissional;

Aos usuários do serviço que entenderam minhas ausências;

Aos meus amigos e amigas que sentiram minha falta, mas compreenderam minhas escolhas;

A Daniel, amigo por tabela, sempre tão prestativo;

À banca examinadora, pela disponibilidade em se fazerem presentes;

A todos e todas que direta ou indiretamente me proporcionaram finalizar essa DISSERTAÇÃO: meu muito obrigada!

*Refazenda*  
(Gilberto Gil)

*Abacateiro acataremos teu ato*  
*Nós também somos do mato como o pato e o leão*  
*Aguardaremos brincaremos no regato*  
*Até que nos tragam frutos teu amor, teu coração*  
*Abacateiro teu recolhimento é justamente*  
*O significado da palavra temporão*  
*Enquanto o tempo não trouxer teu abacate*  
*Amanhecerá tomate e anoitecerá mamão*  
*Abacateiro sabes ao que estou me referindo*  
*Porque todo tamarindo tem o seu agosto azedo*  
*Cedo, antes que o janeiro doce manga venha ser também*  
*Abacateiro serás meu parceiro solitário*  
*Nesse itinerário da leveza pelo ar*  
*Abacateiro saiba que na refazenda*  
*Tu me ensina a fazer renda que eu te ensino a namorar*  
*Refazendo tudo*  
*Refazenda*  
*Refazenda toda*  
*Guariroba*

## RESUMO

**DIAS, C. O. Percepção dos profissionais de saúde do CAPS AD sobre a Redução de Danos: História, nossas histórias, dias de luta, dias de glória!** 2018, 107f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, 2018.

O objeto deste estudo ocupou-se na percepção dos profissionais de saúde de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas, no município de Salvador, em relação às práticas de Redução de Danos adotadas no cotidiano do serviço e realizadas na atenção e acompanhamento de usuários de álcool e outras drogas discutindo-as a partir da temática dos Direitos Humanos. Foi realizada uma pesquisa descritiva de abordagem qualitativa. Para a coleta de dados foram realizadas 18 entrevistas episódicas no período de 20 de dezembro de 2017 à 16 de fevereiro de 2018, gravadas e transcritas. Participaram da pesquisa pelo menos um profissional de cada categoria do serviço que desenvolviam ações de assistência até a gerência e que acompanhavam usuários há pelo menos um ano, sendo o único critério de inclusão estabelecido. Para a análise utilizou-se a Teoria Fundamentada em Dados (TFD), por consistir em uma abordagem estruturada e sistemática para a análise dos dados e construção das categorias, além de entender que há uma coerência com o problema de pesquisa e a técnica de produção de informações selecionada. Emergiram seis categorias centrais após uma detalhada análise dividida em cinco blocos: Promoção do cuidado; Primeiros contatos com o usuário e o medo do desconhecido; Percepção sobre Redução de Danos; Ações de Redução de Danos: o acolhimento e o cuidado ao usuário; Satisfação no trabalho apesar das situações de vulnerabilidade e Estresse do/a trabalhador/a. O estudo apontou as dificuldades da equipe em trabalhar de forma equânime nas práticas adotadas, mas também demonstrou o quanto a redução de danos está infundida no fazer de cada um dos profissionais e é, de fato, norteadora do cuidado ofertado aos usuários, na perspectiva do respeito aos direitos humanos. Com isso, nota-se que a percepção dos profissionais de saúde do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas, sobre a redução de danos, advém de suas experiências de vida e, também, da formação obtida, com isso os princípios dos direitos humanos foram demonstrados nos relatos de suas práticas. A pesquisa identificou que na percepção dos profissionais permeia o direito às diferenças, o direito às escolhas, o direito à saúde, o direito do usuário de ser quem ele deseja.

Palavras-chaves: Redução de Danos; Direitos Humanos; Profissionais de Saúde.



## ABSTRACT

The current work's object of detail was the perceptions from health professionals from a CAPS AD, at the Salvador municipality, about the practices adopted in the daily life at work, carried out for the care and follow up of alcohol and other drugs users, discussing those views from a human rights perspective. A qualitative and descriptive research was carried out, for the data collection 18 episodic interviews, recorded and transcribed, were done. At least one health professional of each category was included in the research, ranging from the ones carrying out assistencial actions, to the management, with the only criteria for inclusion being they had been assisting the drug users for at least one year. For the analysis, the Grounded Theory was utilized, because of its systemic and structured approach for the data analysis and category improvement, and because of its understanding about a coherence between the research issue and the selected information production technique. After a detailed analysis, 6 main categories appeared, divided in five blocs, each presenting six guiding directions: Treatment; First contact with the user and the AD clinic; RD meaning; RD actions at the job; Most lasting CAPS experience and most significant experience related to the job and when the approach becomes an issue. The study showed the team presented difficulties to work in a cohesive and harmonious manner, however it made clear that damage reduction is included in their daily routine and serves as a north when offering assistance to the drug users, respecting human rights. The research identified that the health care professionals perception is permeated by the rights to be different, to choice, to health and the right to be whoever one wishes.

Keywords: Damage Reduction, Human Rights, Health Care Professionals

## **SUMÁRIO**

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	10
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b>	17
2.1	CONTEXTUALIZANDO O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS	17
2.2	DIREITOS HUMANOS	18
2.3	REDUÇÃO DE DANOS	21
2.4	BIOÉTICA DE PROTEÇÃO E VULNERABILIDADE	26
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b>	34
3.1	TIPO DE PESQUISA	34
3.2	CENÁRIO DE PESQUISA	34
3.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA	35
3.4	PRODUÇÃO DAS INFORMAÇÕES	36
3.5	ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES	37
3.6	PRECEITOS ÉTICOS DA PESQUISA	40
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	42
4.1	PROMOÇÃO DO CUIDADO	44
4.2	PRIMEIROS CONTATOS COM O USUÁRIO E O MEDO DO DESCONHECIDO	46
4.3	PERCEPÇÃO SOBRE A REDUÇÃO DE DANOS	48
4.4	AÇÕES DE REDUÇÃO DE DANOS: O ACOLHIMENTO E O CUIDADO AO USUÁRIO	51
4.5	SATISFAÇÃO NO TRABALHO APESAR DAS SITUAÇÕES DE VULNERABILIDADE	53
4.6	ESTRESSE DO/A TRABALHADOR/A	54
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	57
	<b>REFERÊNCIAS</b>	60
	<b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>	68
	<b>APÊNDICE B – ROTEIRO ENTREVISTA EPISÓDICA</b>	69
	<b>APÊNDICE C – BLOCO I</b>	71
	<b>APÊNDICE D – BLOCO II</b>	76
	<b>APÊNDICE E – BLOCO III</b>	87
	<b>APÊNDICE F – BLOCO IV</b>	92
	<b>APÊNDICE G – BLOCO V</b>	97
	<b>APÊNDICE H – SUBCATEGORIAS</b>	100
	<b>ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b>	103
	<b>ANEXO B – MÚSICA: DIAS DE LUTA, DIAS DE GLÓRIA</b>	107

## LISTA DE SIGLAS

BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CONAD	Conselho Nacional Antidrogas
CONFEN	Conselho Federal de Entorpecentes
IST's	Infecções Sexualmente Transmissíveis
PNAD	Política Nacional sobre Drogas
PSF	Programa Saúde da Família
PTS	Plano Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de Danos
SENAD	Secretaria Nacional sobre Drogas
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
UFBA	Universidade Federal da Bahia
TFD	Teoria Fundamentada em Dados
NUPEC	Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre o Cuidar/Cuidado
BCJC	Biblioteca Central Julieta Carteadó
LIS	Laboratório de Informática em Saúde

## 1 INTRODUÇÃO

Um breve apanhado sobre os aspectos históricos das drogas permite acompanhar a trajetória de uso até os dias atuais, apresentando pontos relevantes para o entendimento sobre os diversos usos, desde o recreativo até o uso compulsivo e problemático e, também, a classificação desse uso, tanto no âmbito jurídico quanto no âmbito da saúde.

De acordo com MacRae (2001, p. 1), “desde a pré-história, diferentes substâncias psicoativas<sup>1</sup> vêm sendo usadas para um grande leque de finalidades que se estendem do seu emprego lúdico, com fins estritamente prazerosos, até o desencadeamento de estados de êxtase, místico/religioso”. Segundo o autor o uso que as pessoas faziam dessas substâncias não era considerado perigoso à ordem social estabelecida, e sim, aprovado, até mesmo, moralmente por proporcionar prazer e devaneios.

Para Lessa (1998, p. 1), desde o período pré-histórico e antiguidade clássica o “uso de drogas era feito de forma recreativa, em rituais religiosos ou com fins medicinais”. A busca por prazer por meio das drogas era considerada um hábito, muito utilizava-se o ópio, o cânhamo e as bebidas alcoólicas. Nesse sentido, não se considerava o uso de drogas um risco à sociedade, pois o caráter ritualístico e religioso caracterizava os costumes e valores coletivos desconhecendo-se que poderia causar danos à saúde a curto prazo.

Porém o Cristianismo foi um dos precursores principais na estigmatização do uso de drogas, consideradas como associação a cultos mágicos e redução de sofrimento. A partir da desaprovação cristã, as drogas foram reprimidas, de acordo com os preceitos religiosos a proibição objetivava impedir as pessoas de fazerem o uso para cultuar outros deuses que não o Deus bíblico e também não permitiam o uso para fins medicinais, principalmente com a finalidade do alívio de dores, dessa forma, se afastariam dos preceitos cristãos, de que a dor possibilitava a aproximação com Deus (MACRAE, 2000).

Na Era Cristã houve uma quebra de paradigma e a busca pelo prazer passa a ser pecado, rompem-se as noções pagãs da neutralidade das drogas. As pessoas que participavam de cultos religiosos fazendo uso de substâncias psicoativas eram perseguidas e tratadas como desordeiras. De acordo com Toscano Júnior (2000) essa perseguição demarca o início da caça às bruxas, denominadas assim devido à perseguição às mulheres que detinham maior conhecimento sobre os efeitos das drogas. Porém, no Oriente essa mudança não ocorre e o

---

<sup>1</sup> Definição: Substâncias ou drogas psicoativas são aquelas que modificam o estado de consciência do usuário. (SEIBEL; TOSCANO JÚNIOR, 2000, p. 1).

mundo árabe sustenta o consumo de substâncias psicoativas para fins medicinais como o ópio, o cânhamo e o café (MACRAE, 2000).

No século XVIII, época da Razão e do Iluminismo, o uso das drogas<sup>2</sup> na forma medicinal e lúdica foi novamente introduzido e legitimado. As drogas voltaram a ocupar um espaço terapêutico e de diversão. Com isso a produção e o comércio aumentaram em larga escala, favorecendo, em especial, o comércio de medicamentos baratos, sendo, portanto, mais acessíveis a diversas classes sociais (MACRAE, 2000).

No Renascimento a razão ganha hegemonia em detrimento da fé e o contato com a cultura oriental permitiu uma retomada gradual do uso de drogas. Com a descoberta das Américas amplia-se o mercado da farmacopeia, uso de drogas para fins medicinais, e são introduzidas substâncias como o mate, a coca, o cacau e o tabaco na Europa. O Brasil entra no mercado mundial como grande produtor de açúcar, café e cacau, substâncias essas consideradas drogas (MACRAE, 2000).

O uso das diversas substâncias psicoativas, tanto lícitas quanto ilícitas, tem alcançado consumidores em toda parte. Cada droga possui seu preço e qualidades que o mercado impõe para atingir o padrão de uso de diferentes classes sociais. “O fato é que o mercado está sempre apto a atender ao gosto, que é mais selecionado pelo tipo de consumo do que o da sofisticação” (ESPINHEIRA, 2004, p. 14).

No século XIX com a crescente urbanização e industrialização algumas substâncias são isoladas para serem produzidas como fármacos e, dessa forma, o modelo biomédico ganha força. Também nessa época a burguesia ascende e o domínio religioso declina. Substâncias como morfina e cocaína são bastante utilizadas, principalmente entre os membros das classes mais altas. Nas classes consideradas desprivilegiadas o álcool é a substância de uso intenso, e muito do seu uso está relacionado ao enfrentamento das mazelas sociais provocadas pela Revolução Industrial que não proporcionou emprego a todos que saíam da zona rural em busca de novas oportunidades nas grandes cidades (MACRAE, 2000).

Foi a partir do momento da implantação de uma nova determinação médica que o uso e abuso de diversas drogas passaram a ser questionados como problema. De acordo com MacRae (1995, p. 1), “seu controle passou da esfera religiosa para o da biomedicina”. A época e a cultura contribuem para os diferentes controles que as substâncias psicoativas assumem ao longo da história da humanidade. Macrae (2000) afirma que a droga adquire diferentes significados de acordo com cada ocasião e conveniência.

---

<sup>2</sup> Idem definição acima.

Os olhares dos estudiosos da área se tornaram mais atentos para a problemática dos usos de drogas e as suas diversas formas, tanto de uso quanto de abuso, que foram surgindo e estabelecendo novos contextos. A dinâmica da sociedade com seus arranjos e desarranjos também possibilita a busca por algo que signifique a existência ou que, simplesmente, consiga escapar, mesmo que por alguns instantes, das pressões cotidianas.

Conforme a Secretaria Nacional sobre Drogas (SENAD) (BRASIL, 2010, p. 176), “as Estratégias de redução de danos constituem um conjunto de princípios e ações para a abordagem dos problemas relacionados ao uso de drogas”, e as medidas adotadas são utilizadas internacionalmente com o apoio das instituições responsáveis pela formulação da Política Nacional sobre Drogas e pode ser considerada uma das estratégias para o tratamento daqueles que não querem ou não conseguem deixar de utilizar a droga.

As estratégias precisam ser repensadas, mesmo porque muitas ofertas de tratamento a esses usuários ainda funcionam na lógica do modelo hegemônico de atenção hospitalocêntrica e medicocentrada, embora a reforma psiquiátrica tenha acontecido, ainda existem muitas dificuldades em efetivá-la. Vinadé, Cruz e Barbeito (2014, p. 97) destacam que “no campo da atenção ao uso, abuso e dependência química não existem, até o momento, práticas que solucionem, de forma completa e indiscriminada, as problemáticas advindas dessas condições” (do uso problemático de drogas). E completam que se considere perceber que os distintos contextos relacionados ao uso e abuso de substâncias psicoativas precisam de variadas estratégias (uma estratégia somente não funcionaria) e perspectivas de ações intersetoriais, de preferência, para articular com dispositivos de âmbitos diferentes, mas para um mesmo objetivo.

A questão das drogas ganhou visibilidade (o uso se estendeu para diversos públicos) e as pessoas que escolheram utilizá-las em muitos momentos foram estigmatizadas. A sociedade procurou criar meios de controlar esse uso por considerá-lo vilão para a vida das pessoas. No entanto, de acordo com Merhy (2012, p. 11), “não basta mais medidas disciplinares tão desenvolvidas no século XIX, não bastam as soberanas, algo de novo precisa ser construído para gerir o viver na sociedade, além delas”.

Problematizar o uso de psicoativos supõe um diálogo com os Direitos Humanos e possibilita refletir as consequências de contextos socioeconômicos e políticos que perpetuam modelos estigmatizantes e as produções de políticas para atender e discutir às necessidades dos usuários sob o prisma da prevenção, da redução de danos e tratamento apropriado para os diferentes usos.

Reconhecidamente a Reforma Psiquiátrica com o movimento da Luta Antimanicomial proporcionou um acesso mais digno e humanizado aos usuários de saúde mental, posto que eram sujeitos em constante vulnerabilidade. A política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas está inserida nesse contexto. De acordo com a Secretaria Nacional sobre Drogas (SENAD) (BRASIL, 2006), importantes marcos constitucionais apontam diretrizes nas Leis nº 10.216/01 e nº 11.343/06, a primeira delas:

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, entre eles usuários de álcool e outras drogas, destacando que é responsabilidade do Estado o desenvolvimento de ações de assistência e promoção de saúde a esta população. (BRASIL, 2006, p. 1).

A lei 10.2016/01 consagra outro olhar às pessoas portadoras de transtornos mentais, como afirmam Nunes e Onocko-Campos (2014), o tratamento dado desde meados do século XVIII até a segunda metade do século XX era realizado no isolamento do hospital psiquiátrico. Os usuários viviam em completo abandono, recebendo altas dosagens de medicamentos, como antipsicóticos, eletrochoques, maus tratos e humilhações, além de serem internados de forma compulsória, colocando em questão a violação do direito.

Esta lei marca um importante avanço na assistência e promoção a saúde dos usuários porque estabelece uma produção de cuidado humanizado, do acesso a saúde com vistas a qualidade de vida do sujeito e não apenas ações de amparo pós uso que não levam em consideração o contexto, o indivíduo e a substância utilizada. Além de prezar pela garantia da assistência, seu caráter também é protetivo e preventivo em relação aos prejuízos que o uso em excesso pode causar.

A lei citada anteriormente foi criada para proteger a população portadora de transtornos mentais e garantir seus direitos, além de reorientar o modelo de assistência da saúde mental. Ela assegura o acesso ao tratamento adequado às necessidades de cada usuário em co-responsabilização com a família, a comunidade, o trabalho e as diversas instituições que permeiam suas vidas.

Enquanto a lei nº 11.343/06 atenta mais diretamente para as atividades de prevenção do uso de drogas, “prescreve medidas para prevenção do uso, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas”. (BRASIL, 2006, p. 240). Esta lei “rompe com as anteriores na medida em que se ocupa, mais detidamente, com atividades voltadas à prevenção do uso de drogas” (GOMES, 2006, p. 20) e distingue de forma mais nítida o usuário do traficante, o usuário não fica sujeito à pena e sim às medidas educativas. Dessa

forma quebra-se o modelo moralizante do cuidado que propõe uma prática que trata sobre a reinserção dos usuários na sociedade como cidadãos de direitos, responsáveis no autocuidado e com acesso as informações precisas para o cuidado.

Porém, essa distinção feita na legislação provoca alguns questionamentos quanto à forma que as medidas que discriminam usuário e traficante são adotadas, a aplicabilidade e o cunho obrigatório do cumprimento. E a “pena” de alternativa, torna-se compulsória e estigmatizante, ao invés de alternativa, pois cria um novo enquadre para o usuário, o de doente que precisa tratar do uso (não importando qual seja esse uso), sem levar em consideração os diversos usos e a singularidade de cada usuário (BIANCHINI, 2006).

No entanto, um dos pressupostos que a lei refere é a de “reconhecer as diferenças entre usuário, a pessoa em uso indevido, o dependente e o traficante de drogas, tratando-os de forma diferenciada”. (BRASIL, 2006, p. 20). Essa diferenciação pretende proporcionar o tratamento singular para cada sujeito de acordo com a relação mantida com a droga, seja ela de uso, de comércio, de dependência ou de outra ordem estabelecida pelo sujeito.

A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas aponta dois eixos analisadores sobre a temática do uso de drogas. Um é o âmbito do comportamento antissocial e criminoso pelo qual o usuário é enquadrado e estigmatizado e, o outro, é o viés da saúde pública, do controle biomédico. Podemos falar em uma dicotomia, onde por um lado tem-se a repressão ao usuário de drogas e, por outro, o usuário é analisado sob o prisma da doença (BRASIL, 2004).

Ressalta-se que boa parte da população aprisionada nesses hospitais não possuía diagnóstico de transtorno mental. “Eram pessoas consideradas imorais, incomodativas, transgressoras, rebeldes, principalmente para aqueles que detinham poder. E nessa massa inclui-se também os usuários de drogas”. (ARBEX, 2013, p. 14).

Os registros sobre essas atrocidades cometidas no Colônia (Barbacena – MG) ainda são considerados recentes se comparados ao avanço lentificado que a saúde mental obteve desde então. No Brasil ainda temos hospitais psiquiátricos que mantêm a lógica das internações e tratamentos medicamentosos como possibilidades únicas; apesar de não terem a mesma funcionalidade de antigamente ainda contribuem para alimentar o estigma e cumprem uma (dis)função para a sociedade que acredita ser a única forma de tratamento para usuários de saúde mental ou desconhecem a existência de outros modelos.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) constitui a articulação entre o poder público, o controle social e os trabalhadores em saúde para promover ações e cuidados construídos de forma dialogada e coletivamente. A RAPS surge como organizadora da rede de atenção



porque nenhum serviço consegue suprir todas as demandas no cuidado, muitas vezes, problemas de alta complexidade. Os profissionais de saúde são os atores responsáveis para que essa rede aconteça e, para isso, precisam fazê-la funcionar acionando cada caso de acordo com a necessidade dos usuários (QUINDERÉ; BESSA JORGE; FRANCO, 2014).

Com o intuito de identificar trabalhos científicos que tratassem do objeto de estudo dessa pesquisa, foram feitas buscas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), base de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO) com o descritor Direitos Humanos e Redução de Danos com a intenção de selecionar outros trabalhos que tratassem do tema proposto. Não foi encontrado nenhum artigo no Scielo com esses descritores, porém quando foram associados direitos humanos e drogas, foram encontrados 7 artigos, porém nenhum deles apresentava os descritores nos títulos. No Google Acadêmico foram encontrados dois artigos com os dois descritores no título, os demais artigos encontrados tratavam somente de direitos humanos em outras perspectivas (Direitos Humanos e Redução de Danos) ou abordavam a redução de danos sem correlacionar com os direitos humanos.

Na BVS foram identificados 82 artigos, na língua portuguesa e inglesa, com os descritores direitos humanos *and* redução de danos, somente um apresentou os dois descritores no título. Foram feitas pesquisas com o descritor bioética de proteção e foram encontrados 14 artigos no SciELO, dois deles com o descritor no título. No Google Acadêmico, dos 282 artigos identificados, somente oito continham o descritor bioética de proteção no título, os demais abordavam a bioética no campo da pesquisa científica (protocolos éticos), relacionada a pessoas com deficiência, doenças genéticas, transplantes de órgãos, ética em pesquisa em relação aos animais, o cuidado a idosos e a ética nas políticas públicas de saúde. Dos oito artigos científicos identificados somente dois continham o descritor bioética de proteção mencionado, os demais abordavam o termo bioética de modo amplo no título.

Diante do exposto, o objetivo de presente trabalho ocupou-se na percepção dos profissionais de saúde de um CAPS AD, no município de Salvador, em relação às práticas de Redução de Danos adotadas no cotidiano do serviço e realizadas na atenção e acompanhamento de usuários de álcool e outras drogas discutindo-as a partir da temática dos Direitos Humanos.

Torna-se relevante problematizar a prática dos profissionais de saúde mental de um CAPS AD sob a égide dos Direitos Humanos, tendo em vista que as tomadas de decisões por parte dos profissionais podem afetar a vida dos usuários e familiares que procuram o serviço.

Dessa forma, apresenta-se a seguinte questão de pesquisa: Como os profissionais de saúde do CAPS AD percebem sua prática com a Redução de Danos no cotidiano do serviço?

A escolha do objeto justifica-se ainda em razão da motivação pessoal da autora, a qual atua no campo da saúde mental, mais precisamente em um serviço de atenção a usuários de álcool e outras drogas. Estando bem próxima da temática percebe a necessidade de discutir o objeto com mais tenacidade e produzir argumentos que possam contribuir para o processo de desconstrução de modelos prontos e rígidos para repensar em estratégias mais flexíveis e moldáveis, como a redução de danos, por exemplo.

Diante da significância do objeto de estudo é que foi firmado o seguinte objetivo geral:

- Analisar a percepção dos profissionais de saúde do CAPS AD, no município de Salvador, em relação às práticas de Redução de Danos adotadas na atenção e acompanhamento de usuários de álcool e outras drogas.

São objetivos específicos:

- Apreender a percepção dos profissionais de saúde sobre as práticas de RD aos usuários de álcool e outras drogas;

- Descrever as ações e práticas de redução de danos realizadas pelos profissionais de saúde de um CAPS AD, no município de Salvador.

Espera-se que os resultados possam oferecer subsídios que contribuam para a reflexão das práticas das/os profissionais do CAPS AD e repensar o fazer. E, dessa forma, promover a comunicação entre os CAPS e suas práticas para viabilizar uma melhor assistência ao usuário e sua família. Além disso, espera-se que esse estudo possibilite suscitar outros estudos que cada vez mais colabore na melhoria do cuidado prestado.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

Esta pesquisa versa sobre a percepção de profissionais de um CAPS AD, no município de Salvador, em relação às práticas adotadas no cotidiano do serviço e realizadas na atenção e acompanhamento de usuários de álcool e outras drogas. A trajetória do percurso teórico perpassa pelos Direitos Humanos, pela Redução de Danos, a Bioética de Proteção e a Vulnerabilidade que são os conceitos essenciais para esse estudo. São dimensões importantes para compreensão do alcance que tanto o conceito quanto as ações realizadas em Redução de Danos têm abarcado e o quanto ainda precisa ser devidamente reconhecida para garantir a autonomia e a dignidade dos sujeitos que por uma escolha ou outra fazem uso de drogas. Para tanto se faz importante situar a redução de danos na prática dos profissionais com destaque às contingências do serviço e suas especificidades.

### 2.1 CONTEXTUALIZANDO O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

A saúde mental é um campo (ou uma área) de conhecimento e de atuação técnica no âmbito das políticas públicas de saúde (AMARANTE, 2007). Ela tem fundamentos para além da psiquiatria, da psicopatologia, da semiologia, pois não está voltada apenas para o tratamento em si, acrescenta outros campos do saber que dialogam com o conceito de saúde mental.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil aconteceu concomitante a Reforma Sanitária, mas ela fez sua construção específica a partir do que se tinha no quadro internacional sobre a superação dos manicômios (hospitais psiquiátricos com histórico de violência asilar). Nesse contexto, o Brasil iniciou seu percurso de superar também a forma asilar de tratamento. Pouco a pouco foram levantados questionamentos em relação a esse tipo de tratamento dado aos portadores de transtorno mental. Já não cabia aceitar mais isolamentos e segregações de significativos segmentos da sociedade (AMARANTE, 2007).

Passos fundamentais para essa transformação foram surgindo em todo mundo, principalmente na Itália com a lei Franco Basaglia nº 180 de 1978 que estabeleceu a abolição dos hospitais psiquiátricos nesse país. Ela contribuiu para criar diversas transformações que proporcionariam o surgimento do tratamento substitutivo ao manicômio.

O Centro de Atenção Psicossocial, conhecido como CAPS, surgiu como tratamento substitutivo aos hospitais psiquiátricos que por anos isolou da sociedade pessoas ditas doentes

mentais. Elas eram rejeitadas pela própria família a qual preferia vê-los longe, também eram reclusos os marginalizados da sociedade, mendigos, prostitutas, pessoas que oferecem riscos aos cidadãos de bem etc. Um modelo que se aproximava bastante dos sistemas carcerários, prisionais, correcionais. Essa prática foi crescendo de tal forma que em pouco tempo havia vários hospitais psiquiátricos. O tratamento dado ao internado chegava a ser desumano, com o uso de dispositivos repressores e punitivos. Eles existiam apenas como indústria de dinheiro para os proprietários. Pouco se importavam com a reabilitação do portador de transtornos mentais.

O trabalho de desconstrução manicomial mostrou que o cenário do hospício, a organização dos espaços-tempos são promotores de identidades cronificadas e que a clínica reabilitativa é imanente ao processo de desmontagem manicomial. (LANCETTI, 2007). A Reforma Psiquiátrica logo foi tomando aspectos inversos aos adotados anteriormente. Ainda está em processo de desenvolvimento, precisa ser construído a partir de diálogos com os usuários, familiares e toda a sociedade. Mas, já existem Centros de Atenção Psicossocial que dão suporte e trabalham bem melhor do que as instituições falidas de outrora. É bem verdade que ainda há muita precariedade nos CAPS, mas o processo de construção está caminhando em busca do melhoramento e aperfeiçoamento do sistema.

Nessa caminhada também surgiu o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS AD) a partir dos anos de 1980, que tem como objetivo a promoção da saúde, prevenção e atenção aos usuários de álcool e outras drogas. Sua atuação é voltada para o território, para a comunidade e de forma intercalada com outros CAPS e seguindo a mesma lógica de acolher os usuários e familiares em sua singularidade. Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) surgiram em 2002 destinados aos usuários que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas (BRASIL, 2015).

## 2.2 DIREITOS HUMANOS

A complexidade permeia a discussão dos Direitos Humanos que historicamente foi construída para estabelecer de forma paradigmática relações humanas garantindo direitos nas diversas formas de viver e que, principalmente, pesasse uma convivência pacífica e ordeira dos povos. Oliveira (2017, p. 11), aponta que “a teia cultural das civilizações vai sendo, assim, construída de formas às vezes previsíveis, outras vezes inusitadas”.

Antes da visão dos Direitos Humanos ser reconhecida como é hoje, as leis e regras foram instituídas e reformuladas desde muito antes da antiguidade onde, geralmente,

prevalecia a lei do mais forte, podemos citar como exemplo o Código de Hamurabi, na Babilônia. A busca por um padrão civilizatório correspondia na produção de regras que direcionassem as relações humanas em dimensões sociais, políticas, econômicas, culturais e tantas outras (OLIVEIRA, 2017).

Para tanto, vale situar cronologicamente o surgimento dos Direitos Humanos para melhor compreensão nesse estudo do seu conceito e organização no Brasil e no mundo. O movimento estético, filosófico e literário da segunda metade do século XIV que iniciou na Itália, conhecido como Humanismo deu relevância para despertar o interesse pelos direitos humanos. (GALVÃO, 2005). De acordo com Galvão (2005), a Inglaterra no século XIII construiu a primeira Carta Magna que serviu como pioneira das declarações de direitos humanos seguintes. Porém, a primeira Declaração de Direitos surgiu na América do Norte em 1776 o qual afirmava que todos os homens eram livres e independentes por sua natureza. Treze anos após a América Norte ter feito sua declaração, a Assembleia da França também legitimou sua “Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão” e, devido as repercussões da Revolução Francesa cumpriu um papel mais inspirador que a da América do Norte, mesmo sendo respaldada por ela (GALVÃO, 2005).

A Segunda Guerra Mundial foi de fato a impulsionadora para o surgimento de uma nova declaração que foi aprovada em 1948 pela terceira Assembleia Geral das Nações Unidas, denominado “Declaração Universal dos Direitos Humanos”. A partir desse marco, novos tratados, declarações e pactos foram sendo aprovados e ao mesmo tempo foram surgindo as instituições encarregadas de concretizá-las (BONFIM, 2012). O Brasil aderiu a Declaração Universal dos Direitos Humanos, porém sua adesão configura como desafio na prática já que não foram elaborados meios reais para cumprir os princípios, mesmo estando presentes na Carta Magna do país.

No âmbito da construção de um marco regulatório, pressupõe-se que a partir das construções históricas e culturais o processo toma como via de regra o controle social. Principalmente no que tange a Saúde Mental, a construção dos Direitos Humanos é de fundamental importância para criar uma conexão que direcione a pensar sobre os humanos desses direitos, antes de pautar os direitos que precisam ser garantidos.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), promulgada em 10 de dezembro de 1948 pela Organização das Nações Unidas (ONU), reza em seu primeiro artigo que “Todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos”. É consenso reconhecer que a Declaração Universal dos Direitos Humanos reafirmou o conjunto de direitos das

revoluções burguesas (direitos civis e políticos), bem como os estendeu a uma série de sujeitos que anteriormente deles estavam excluídos.

Também corrobora para ampliar a visão que normalmente é preconceituosa e estigmatizada sobre os usuários e proporciona que eles sejam vistos e tratados como humanos singulares em seus aspectos psicológicos e sociais. Como doentes mentais eles são percebidos apenas como doença. É preciso avançar para alterar, ou melhor, transformar essa forma de tratamento a seres humanos que por tantas vezes foram excluídos, e mesmo fora das dependências do manicômio são ainda ignorados e temidos.

Partindo do pressuposto que uma decisão pode ser um ato individual, mas uma deliberação é um ato coletivo, as chamadas políticas públicas são decisões coletivas. As políticas públicas passam por processo de formulação e tomada de decisões, esses dois fatores são fundamentais na elaboração das políticas.

As políticas públicas têm como meta principal atingir a população mais descoberta em acesso a serviços e direitos em nosso país. São populações historicamente excluídas da participação ativa nos setores institucionais e organizações da sociedade. Visa expandir garantias aos que pouco ou nada recebem do poder público.

A dificuldade em propor e implementar políticas públicas tem cada vez mais se intensificado, sobretudo com o processo de globalização, o qual evidencia os jogos de interesses internacionais que articulam e afetam nas decisões políticas de diversos países, inclusive o Brasil.

A partir das novas políticas que foram surgindo em decorrência da pouca adesão aos tratamentos existentes, percebeu-se que o manejo com o usuário implicava sobre a singularidade de cada um, suas possibilidades e escolhas.

Com isso foi preciso acompanhar as mudanças e transformações que foram surgindo em decorrência do uso de drogas. Segundo o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID) (2012) a prevenção ao uso indevido de drogas compreende a motivação de atitudes responsáveis com relação ao uso de substâncias psicoativas, levando em consideração as circunstâncias em que ocorre o uso, a sua finalidade e qual o tipo de relação a pessoa mantém com a droga que consome, independente de ser lícita ou ilícita.

Desenvolver ações que proporcionem o bem-estar do usuário com qualidade de vida é o que propõe o sistema de saúde brasileiro. As suas diretrizes englobam a universalidade, integralidade e controle social visando à participação, ou melhor, a co-responsabilidade do sujeito na construção de uma saúde coletiva e igualitária. Significa que não podemos falar de

saúde, sem falar de Direitos Humanos, pois se o cuidado prestado viola o direito do/a usuário/a, não há como existir saúde nesse processo (AMARANTE, 1998).

As abordagens tradicionais ainda estão bastante impregnadas na cultura da sociedade e dificultam na creditação de que outras abordagens mais amplas, coerentes e resolutivas na atenção às pessoas que usam drogas possam realmente mostrar-se efetivas.

### 2.3 REDUÇÃO DE DANOS

Definir a Redução de Danos (RD) não é uma tarefa simples, principalmente porque o consumo de drogas ainda é considerado um tabu em nossa sociedade e permeiam diversas inferências sobre a real efetividade dessa estratégia. A redução de danos constitui uma política pensada para usuários de álcool e outras drogas que não desejam ou não conseguem parar o uso, mas que podem utilizar de estratégias para diminuir o prejuízo que esse uso possa ocasionar (BASTOS; MESQUITA, 2000). A redução de danos é pautada pelos princípios e diretrizes que norteiam o SUS, e busca respeitar o direito de escolha do usuário sem, no entanto, deixar de oferecer assistência e cuidado.

De acordo com Carvalho e Dimenstein (2017, p. 648) “a RD foi o primeiro movimento a criticar o modelo internacional de proibição às drogas que obteve respaldo mundial”. Segundo os autores, ainda não temos uma definição unânime e concordante de Redução de Danos, porém, de forma sucinta atribui-se às políticas e programas de intervenção com o propósito de reduzir riscos e danos, sem com isso forçosamente diminuir o consumo ou mesmo parar o uso de substância psicoativa (CARVALHO; DIMENSTEIN, 2017, p. 648).

O que a Redução de Danos preconiza é que o/a usuário/a considere o uso que é feito da substância e verifique qual a relação que ele/a estabelece com a droga e, concomitante, apreender e co-responsabilizar-se por sua saúde ponderando sobre a diminuição dos riscos e danos à sua saúde (CAVALLARI, 2015). É oportuno recorrer ao conceito da redução de danos conforme Andrade (2004, p. 87) o define, entendida como uma estratégia de intervenção em saúde, cujas “ações [...] visam minimizar riscos e danos de natureza biológica, psicossocial e econômica provocados ou secundários ao uso/abuso de drogas sem necessariamente requerer a redução de consumo de tais substâncias”. Trata-se de abordar claramente as estratégias, respeitar o usuário em seu direito de usar sua substância de consumo e por propor ações de acordo com as múltiplas drogas existentes.

Conforme Sodelli (2015, p. 131), “a Redução de Danos teve origem na Inglaterra, em 1926, com as recomendações de um relatório que ficou conhecido como o Relatório

Rolleston”. Sodelli explica que esse relatório regulamentava o direito aos médicos ingleses de prescreverem suprimentos regulares de opiáceos a quem fazia uso contínuo e dependente dessas substâncias (SODELLI, 2015). Contextualizando brevemente o surgimento da redução de danos, os modelos pioneiros foram de países como Holanda, Reino Unido e outros países do continente. Suas primeiras ações no Brasil aconteceram em Santos, em 1992.

É interessante pontuar que o surgimento desse conjunto de princípios desponta a partir das inúmeras abordagens fornecidas aos usuários de drogas e que, muitas vezes, não revelavam resultados positivos ou esperados, principalmente, porque, em sua maioria, carregavam estigmas e preconceitos nos acolhimentos oferecidos. Muitas vezes, os especialistas no assunto da dependência química, não possuíam a mesma especialidade no quesito subjetividade humana, no sentido mais literal da palavra (PRATTA; SANTOS, 2009).

A redução de danos procura “minimizar as consequências adversas do uso das drogas, quer sejam lícitas ou ilícitas” (FONTES et al., 2010, p. 559) e cria uma nova abordagem no tratamento e prevenção do uso de substâncias psicoativas tratando o usuário como um sujeito de escolhas próprias, possuidor de autonomia e que tem um direito como qualquer cidadão/cidadã de ter a saúde garantida, mesmo fazendo uso de qualquer tipo de droga.

Dessa forma, Andrade (2004, p. 87) aponta três princípios básicos que norteiam as ações de redução de danos: “o pragmatismo, a tolerância e a diversidade”. O princípio do pragmatismo considera que a prática da redução de danos apresenta finalidades precisas, propósitos focais de prevenir contra as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST’s) e outras doenças provocadas por um uso abusivo. Sua maior preocupação é com a saúde pública e preservar a saúde de pessoas que fazem uso compulsivo e problemático de drogas e, por diversos fatores, não querem ou não conseguem deixar de fazer uso da substância psicoativa.

O princípio da tolerância considera importante respeitar o direito da pessoa em consumir sua droga sem ser discriminado ou julgado por tal atitude. Apesar de existir uma legislação<sup>3</sup> que garante esse uso, normalmente não é o que acontece na prática quando as pessoas estigmatizam fortalecendo o discurso/prática da repressão às drogas e ao usuário.

E, por fim, o princípio da diversidade compreende as variadas formas e práticas de redução de danos de acordo com as inúmeras possibilidades existentes na população de usuários, dos recursos técnicos plausíveis e disponíveis e das múltiplas drogas existentes. Ou seja, para cada substância podemos utilizar uma estratégia, e a prática da redução de danos não é, somente, para tratar o uso arriscado de drogas, ela está inserida no cotidiano da

---

<sup>3</sup> Lei 11.343/1006 em: <http://www.camara.gov.br/sileg/integras/790351.pdf>.



população para diversos outros riscos como, por exemplo, o uso do cinto de segurança ao dirigir automóveis para prevenir maiores transtornos, caso aconteça algum acidente.

Inicialmente, a redução de danos não visa à abstinência do usuário, mas pode ser alcançado esse resultado a partir das práticas que reduzem danos, pois considera que muitos usuários sofrem bastante com a interrupção abrupta da droga. Ao minimizar o prejuízo que o uso acarreta ele pode diminuir gradativamente e posteriormente alcançar a abstinência, ou simplesmente permanecer usando a substância, mas tendo acesso a informações necessárias que diminuam os danos, como por exemplo, as condições higiênico-sanitárias.

Para um público que vive em situação de rua e faz uso abusivo de alguma substância as estratégias de redução de danos são fundamentais, pois para muitos deles a droga auxilia no enfrentamento às dificuldades de estar na rua. Porém, muitos usuários de SPA's ficam mais vulneráveis quando estão em uso e os riscos em relação às IST's aumentam. As orientações sobre o uso de preservativos, de não compartilhar instrumentos de uso para as drogas como, por exemplo o cachimbo para o crack, o canudo para a cocaína, a seda da maconha e assim sucessivamente configuram-se em estratégias de redução de danos que colaboram na redução desses riscos e danos que o uso de drogas propicia. Pode parecer pouco, mas essas orientações parecem surtir efeitos positivos.

O programa da RD visava troca de seringas para os usuários, eles trocavam as seringas usadas por seringas novas, para que as antigas não fossem reutilizadas e com isso buscava-se evitar a transmissão do vírus HIV. Porém, aconteceram diversos embargos para que as ações não tivessem continuidade.

A experiência internacional tem demonstrado que os investimentos em programas de RD resultam em elevada relação custo-benefício, por reduzirem os gastos com assistência médico-hospitalar e farmacêutica em decorrência da prevenção de casos de AIDS e hepatite. (FONTES et al., 2010, p. 570).

A RD proporciona um novo olhar ao usuário, toma como perspectiva sua saúde e procura garantir o direito de cidadania que todo usuário que faça uso de qualquer tipo de substância psicoativa precisa ter. Ainda se configura como um grande desafio, mesmo porque a RD tomou maiores proporções e hoje não visa somente a troca de seringas.

As ações são pensadas para todo e qualquer tipo de substância que a pessoa faça uso tendo como prioridade a saúde do usuário. Para que a política seja realmente alcançada é necessário que os profissionais que trabalham com essa população estejam capacitados,

desarmados dos preconceitos e que procurem entender os aspectos psicológicos e sociais que permeiam a situação particular de cada indivíduo que faz uso de drogas.

O tratamento não obriga o usuário a cessar o uso (abstinência) a partir de uma ruptura e, sim, consiste em uma nova forma de abordagem visando o próprio usuário para que minimize os danos desse uso, de acordo com as informações recebidas sobre saúde e acerca do uso menos arriscado das drogas, podendo ou não vir a se abster com o passar do tempo. No entanto, a partir das estratégias de redução de danos, a abstinência constitui uma possibilidade, e não uma finalidade em si.

Canoletti e Soares (2005) retratam uma dualidade existente nas estratégias utilizadas nos programas de prevenção ao consumo de drogas. Sendo que elas foram encontradas, em sua maioria, numa categoria transitória entre o modelo hegemônico, que eles chamam de “guerra às drogas” e o novo modelo em construção, chamado de “redução de danos ampla”.

Em 1998, o Brasil inicia a arquitetura de uma política nacional específica sobre o tema da redução da demanda (“ações referentes à prevenção do uso indevido de drogas lícitas e ilícitas que causem dependência, bem como aquelas relacionadas com o tratamento, a recuperação, a redução de danos e a reinserção social de usuários e dependentes”), e da oferta de drogas (“atividades inerentes à repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas”) (OBID, SENAD<sup>4</sup>).

Após a realização da XX Assembleia Geral Especial das Nações Unidas, em 1998, em Nova York, foi que o Brasil aderiu aos princípios diretivos (incluindo a preocupação com direitos humanos e saúde pública) para a redução da demanda de drogas, os quais foram arduamente discutidos e as primeiras determinações foram aceitas. Na época o Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) passou a ser denominado Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) além da criação da Secretaria Nacional Antidrogas (hoje não mais denominada dessa forma e, sim Sobre Drogas (SENAD), ligada à, então, Casa Militar da Presidência da República (DUARTE; DALBOSCO, 2012). Em 2002, foi estabelecida por Decreto Presidencial nº 4.345, de 26 de agosto de 2002, a Política Nacional Antidrogas (PNAD).

Após a criação da política a temática das drogas passou a ter mais repercussão e visibilidade sempre estando na pauta das discussões com o propósito de maiores aprofundamentos. A PNAD precisava ser reavaliada para acompanhar as transformações sociais, políticas e econômicas da sociedade com o intuito de alcançar uma política adequada

---

<sup>4</sup> Fonte: <https://www.obid.senad.gov.br/pessoas-sujeitos-drogas-e-sociedade/politicas-e-legislacoes>

a realidade dos usuários, pois só tratava da repressão às drogas. Era preciso avançar e primar por uma política que inserisse a prevenção como marco fundamental ao tratamento de usuários de drogas (DUARTE; DALBOSCO, 2012).

Em 2004, aconteceu um processo de realinhamento e atualização da política, por meio da realização de um Seminário Internacional de Políticas Públicas sobre Drogas, de seis fóruns regionais e um Fórum Nacional sobre Drogas. A partir desses acontecimentos, que tiveram a participação popular de forma ampla, com embasamentos de dados tanto científicos quanto epidemiológicos bem fundamentados, houve um realinhamento e a política passou a chamar-se Política Nacional sobre Drogas (PNAD) (DUARTE; DALBOSCO, 2012).

A PNAD tem entre suas responsabilidades o estabelecimento dos fundamentos, objetivos, diretrizes e estratégias indispensáveis para que todos os ânimos fossem investidos para a redução da demanda e da oferta de drogas, e que as novas maneiras de pensar e agir sobre o tema teriam que ser dirigidas com total planejamento e articulação (DUARTE; DALBOSCO, 2012).

Com a criação da política houve incontáveis e importantes conquistas sobre a atenção ao uso de drogas e que refletiram bastante, e continuam refletindo, em transformações históricas para o nosso país. Uma delas diz respeito ao trabalho articulado entre os diversos setores da rede, em especial, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

A RAPS propõe a oferecer o cuidado articulado com outros dispositivos da saúde, com foco e objetivos comuns para garantir a assistência integral e contínua do usuário. A partir da criação dos Centros de Atenção Psicossocial que propõem um novo modelo de cuidado e “subvertem a lógica da hierarquização do sistema de saúde e se organizam agregando os diferentes níveis de atenção à saúde” (QUINDERÉ; BESSA JORGE; FRANCO, 2014, p. 253) é que surgiu a necessidade de facilitar a interação com outros dispositivos dos diversos níveis de complexidade da rede psicossocial.

A RAPS tem como objetivo possibilitar pactuações de cuidado entre os dispositivos que a compõem e, dessa forma, descentralizar a assistência ofertada, pois um serviço somente não tem possibilidades de assumir todas as demandas. Com a articulação entre os trabalhadores em saúde é possível negociar e firmar acordos.

Os fluxos de conexão, considerados como modo de funcionamento das redes rizomáticas, operam na saúde mental por força da ação dos trabalhadores, que tem por base a ideia de que todos são protagonistas no processo de cuidado, e assim, os movimentos são partilhados e articulados entre si. (QUINDERÉ; BESSA JOGE; FRANCO, 2014, p. 253).

A sustentabilidade da Raps demanda categoricamente da articulação dos trabalhadores em saúde. De fato, são os profissionais que precisam fortalecer a rede e criar o canal de comunicação viável que possibilite o entendimento do cuidado intra e intersetorial. Dessa forma, cada passo em busca desse cuidado será realizado em comum acordo proporcionando que o fluxo se torne mais desafogado, já que uma rede de serviços e não apenas um deles terá a responsabilidade no gerenciamento das ações.

## 2.4 BIOÉTICA DE PROTEÇÃO E VULNERABILIDADE

O campo da bioética e psicoativos trata, primeiramente, da percepção que gira em torno da compreensão do usuário de drogas em suportar o insuportável, principalmente quando se refere a usos abusivos que geram prejuízos e perdas. Cabe fazer uma consideração de forma mais sensível sobre o lugar que a droga ocupa na vida da pessoa e daí valorizar o sujeito e não o objeto.

As drogas são priorizadas em nosso sistema societal perverso que busca de todo modo “eliminar” essas substâncias, mas o que de fato acontece é a “eliminação” do usuário. O que está em voga, em crescentes estudos e manifestações é a “Justiça Terapêutica” referente a um plano judicial voltado para transgressores envolvidos com drogas tanto lícitas quanto ilícitas, e esta ocasiona medidas de saúde em substituição a aplicação das penas previstas no ordenamento jurídico (SILVA, 2002). Configura um tratamento compulsório importado de um modelo dos EUA, que preconiza a abstinência total, conhecido como Tolerância Zero. A partir de uma perspectiva latente da saúde novamente é imposta uma medida intransigente que traz à tona um caráter criminalizante ao usuário, pois o modelo atinge “a todo e qualquer agente que tenha praticado um crime envolvido com as drogas”. (FERREIRA, 2005, p. 15).

A bioética diz respeito a uma ética aplicada à vida e possui diversos subconjuntos, uma delas é a Bioética de proteção. Partindo do geral para o específico, primeiramente será apresentado o conceito de bioética e, em seguida se dedicará maior atenção à bioética de proteção.

A bioética se preocupa em analisar os argumentos morais a favor e contra determinadas práticas humanas que afetam a qualidade de vida e o bem-estar dos humanos e dos outros seres vivos e a qualidades dos seus ambientes, e em tomar decisões baseadas nas análises anteriores. (REGO; PALÁCIOS; SIQUEIRA-BATISTA, 2009, p. 32).

A bioética possibilita dialogar com diversos campos e assim, suscita considerações sobre os interesses individuais e coletivos, ainda mais quando se aborda a temática do uso de drogas, pois sugere um deslocamento das respostas repressoras ao tratamento preventivo e articulado em rede a questão do uso compulsivo e problemático de drogas.

Nesse sentido, o estudo integra em seu referencial teórico a bioética de proteção de acordo com a proposição de Schramm (2008, p. 11), que a descreve como um “subconjunto da bioética, constituída por ferramentas teóricas e práticas” que, “visam entender, descrever e resolver conflitos de interesses entre quem tem os meios que o capacitam para realizar sua vida e quem não os tem”.

A bioética de proteção se preocupa com a divergência existente entre a população que tem acesso aos meios de sobrevivência e os que não têm ou possuem de forma precária. Pode-se, dessa forma, incluir o conceito de vulnerabilidade social para esclarecer como diversas condições de desigualdade tornam as pessoas (incluindo os/as usuários e usuárias de drogas) vulneráveis. Serviços de álcool e outras drogas incluem também usuários em situação de rua e vulneráveis a diversas condições de desigualdade, com histórico de discriminação, preconceito e exclusão social, muitos deles também vividos em outros serviços que acessaram.

Quando se trata de usuário de substâncias psicoativas a bioética de proteção contribui na operacionalização e proteção de indivíduos e coletividades que vivem de forma excludente, assujeitados, vulneráveis e vulnerados. Schramm (2011, p. 717) salienta que “a bioética de proteção visa compreender as divergências na saúde pública a partir do desequilíbrio existente na sociedade percebida pela dicotomia de quem tem meios para sobreviver e daqueles que não possuem ou possuem em menor escala”.

Não possuir meios para sobreviver ou possuir esses em menor escala, em determinadas situações, representam a condição de usuários de drogas compulsivos e problemáticos que devido a esses usos se excluem ou são excluídos do convívio familiar, do trabalho e da comunidade de origem.

A compulsão ao uso da droga e o estreitamento dos seus interesses para situações apenas relacionados à sua aquisição e consumo, os levam a perder toda a ligação com o seu grupo social anterior e a prejuízos profissionais e pessoais incomensuráveis. (MOREIRA, 2009, p. 113).

Essa perda, provavelmente, compromete suas relações sociais atuais e, em decorrência disso, também pode gerar prejuízos. Alguns deles perdem o vínculo familiar, deixam de ser

aceitos por seus pares e com isso passam a viver nas ruas onde o acesso a droga, geralmente, é mais facilitado. Um dos dispositivos que busca ser estratégico e eficiente para usuários problemáticos de álcool e outras drogas são os serviços como os Centros de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas que além de oferecerem tratamento a usuários e familiares que apresentam o uso compulsivo e/ou problemático com algum tipo de droga, também “subvertem a lógica da hierarquização e se organizam agregando os diferentes níveis de atenção à saúde em uma só unidade”. (QUINDERÉ; BESSA JORGE; FRANCO, 2014, p. 257).

Queiroz (2007), a partir de uma pesquisa quantitativa com equipes do Programa Saúde da Família (PSF) buscou evidenciar as concepções sobre a drogadição e seus problemas que fazem parte das práticas dos profissionais e como essas concepções interferem na adesão à estratégia de redução de danos nas suas ações com os usuários de drogas. A pesquisa trouxe elementos sobre a potencialidade da equipe do programa como um campo apropriado para realizar as ações de redução de danos, embora tenha indicado a existência de práticas correntes de valores arraigados nos princípios da abstinência-

Büchelle, Coelho e Lindner (2009) enfatizam que as intervenções em saúde aos usuários precisam ser bem planejadas e específicas para cada localidade, contando com a avaliação e transparência. Alves (2009, p. 2317) também considera que:

A estruturação e o fortalecimento de uma rede de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas e às suas famílias, centrada na atenção comunitária, orientada pela concepção ampliada de redução de danos e articulada com outras redes de serviços sociais e de saúde, constitui, na atualidade, um importante desafio à saúde pública.

Moraes (2008), argumenta que é imperativo uma reorientação das práticas em saúde e para isso é preciso extinguir a antiga cultura do preconceito, do estigma atribuída ao indivíduo que faz uso de substâncias psicoativas. Nessa mesma linha Noto e Galguróz (1999) consideram que as práticas repressivas possuem limites e estabelecem como um grande desafio, a reestruturação e integração dos diferentes níveis de intervenção.

Em nome da defesa de um bem público tutelado, a saúde pública, discursos médico-político e jurídico-político se encontram na legislação brasileira sobre drogas disciplinando sanções e controle aos sujeitos criminalizados. Na Lei de Drogas de 1976 a criminalização da adição impõe como dever do Estado a intervenção sobre o dependente a fim de impedir sua conduta criminosa futura, evocando medidas profiláticas de coação direta estabelecendo como objetivo da ação “terapêutica” de tratamento a prevenção de delitos. Assim, a lógica

sanitarista se impõe, ampliando os espaços de intervenção e aproximando o sistema de saúde das práticas punitivas de repressão, onde se deveria estar defendendo a equidade ao direito à saúde entre a população (TRAD et al., 2013).

Sobre isso, Schramm (2007, p. 377) aponta para uma inversão de papéis ao culpabilizar os sujeitos vulneráveis por seus comportamentos, tidos como “não saudáveis”, distorcendo o lema de um direito constitucional do indivíduo e dever do Estado em seu oposto: “a saúde é um dever do cidadão e um direito do Estado”. Em paralelo a isto, a atual legislação vigente, Lei 11.343/06, segue valendo-se do rótulo de proteção à Saúde Pública para manter a ideologia proibicionista e de “Guerra às Drogas”, fortalecendo o Estado de Exceção como paradigma de governo, operando o deslocamento de medidas provisórias e excepcionais para técnicas de administração pública.

Segundo a bioética da proteção, cabe ao Estado assumir obrigações na esfera pública sob o fundamento de uma responsabilidade social relacionada aos necessitados. Entretanto, salientamos que não se deve confundir proteção com paternalismo, pois, sob o viés da proteção, os agentes estatais apenas podem atuar em conformidade com as determinações preestabelecidas de forma coletiva. Assim, uma vez decididas pela sociedade certas políticas sanitárias, cabe ao Estado, de forma irremediável, contemplá-las. (BARROSO; VILLOPOUCA; OLIVEIRA, 2005, p. 373).

A partir da utilização de valores moralizantes que se sobrepõem a uma perspectiva ética e comprometida com os reais interesses públicos, a tutela penal do bem jurídico sacrifica a saúde concreta dos indivíduos envolvidos com drogas: a ilegalidade não permite fiscalização sobre condições de consumo e expõe os usuários a substâncias com variação da qualidade e da quantidade do princípio ativo, favorecendo risco de dosagens excessivas, ambientes com condições precárias de higiene, contaminações e mortes. Além disso, potencializa os efeitos colaterais ao transformar sujeitos envolvidos com drogas em inimigos da sociedade, deflagrando criminalização de setores vulneráveis da população em nome da eliminação do tráfico, marginalizando o dependente e estigmatizando o usuário, além de negar-lhes o princípio da autonomia (FELÍCIO; PESSINI, 2009).

Tão importante quanto a proteção da qualidade de vida dos humanos, garantia da qualidade de assistência em saúde e proteção dos vulnerados, é a garantia das condições objetivas para o exercício da autonomia e das liberdades individuais desde que não prejudique terceiros, tendo, portanto, a Bioética da Proteção, a dupla tarefa de equacionar justiça e liberdade. Essa equação se depara com a problemática relacionada à legitimidade do exercício de biopoder pelos dispositivos de controle sobre as pessoas e seu potencial de se situar em prol de um bem comum ou de estar a serviço de interesses moralmente questionáveis

(SCHRAMM, 2007).

Isso posto, a Bioética de Proteção tem a difícil tarefa de garantir a liberdade e prezar pela justiça dos sujeitos vulnerados, principalmente em enfrentar o Estado que tem o dever de garantir direitos e, geralmente, utiliza-se desse poder ao construir leis e regras que “garantem” o controle da sociedade. Dessa forma, entende-se que garantirá a ordem, porém algumas decisões, mesmo que para o bem coletivo, podem ser interpretadas como tentativa de controlar o comportamento das pessoas, já que o Estado detém a tarefa legítima de manter a burocracia em pleno funcionamento.

Desse modo, uma intervenção considerada de suma importância é a redução de danos, pois opera no respeito e na autonomia do sujeito, sem com isso deixá-lo a mercê desse uso. Convém discorrer sobre seus conceitos e significados, além de contextualizar historicamente como ela surgiu e foi aos poucos sendo inserida nas práticas de alguns serviços de saúde, em especial os CAPS AD.

O conceito de vulnerabilidade surgiu a partir de trabalhos no âmbito dos direitos humanos e, em seguida, foi apropriado pelo campo da saúde nos trabalhos que versavam sobre AIDS. Ayres (1999 apud GUARESHI et al., 2007) aponta que a vulnerabilidade consiste na privação ou na não-condição de aquisição a bens materiais e de serviço que sejam capazes de atender as demandas do indivíduo. Partindo da etimologia latina, vulnerabilidade significa ferida derivada de *vulnu(eris)*, o que indica a propensão de ser ferido/a

A vulnerabilidade refere-se à falta de recursos materiais e imateriais que determinadas pessoas ou grupos de pessoas podem sofrer, de forma brusca e significativa, em diversas esferas da vida. Não trata de ser pobre ou não, a vulnerabilidade abrange situações múltiplas que causam fragilidades e inseguranças em diferentes graus (GUARESHI et al., 2007).

A condição de vulnerável dificulta ao indivíduo enfrentar oportunidades complexas do dia a dia impostas e cobradas pela sociedade. Oportunidades essas que são criadas para disponibilizar a ascensão social de uns e manter outros nas mesmas condições de vulnerabilidade e, dessa forma, manter o padrão elevado de alguns atores sociais. A vulnerabilidade também pode ser empregada para favorecer a manutenção das estruturas societárias. “Por muitas vezes, o usuário dependente de substâncias psicoativas não é priorizado no tratamento e o olhar de quem se propõe a cuidar volta-se para o objeto de consumo”. (BRASIL, 2004, p. 8).

A inserção do conceito de vulnerabilidade implica em identificar a população que está a margem na garantia de direitos e, portanto, suscetível a violações desses direitos por não os terem reconhecidos. De acordo com Schenker e Cavalcante (2015), são incontáveis elementos



correlativos que se agregam em um entrecruzamento ordenado onde o conceito de vulnerabilidade se estabelece.

Assim, o conceito de vulnerabilidade social está indiretamente vinculado com o de mobilidade social, posto que as possibilidades que indivíduos em vulnerabilidade social possuem de se movimentarem nas estruturas sociais e econômicas são restritas em termos de modificação de inscrição social. (GUARESHI et al., 2007, p. 22).

Na atenção aos usuários, é imprescindível a quebra do modelo moralizante do cuidado e a aposta na reinserção social a partir da compreensão de que eles são cidadãos de direitos, até mesmo o de escolher como se cuidar. Por isso cabe discutir as formas de tratamento dadas a esses sujeitos e confrontar os potenciais instrumentos utilizados no atendimento a quem faz uso de álcool e outras drogas e reelaborar planos de ações que respeitem sua autonomia e assegurem o direito que eles possuem de cuidar da saúde.

O conceito de vulnerabilidade está aludido à epidemia de HIV/AIDS na década de 1990, “quando foram realizados desenhos de intervenção norteados por enfoques da atenção integral e processo de mobilização social fundamentados nos Direitos Humanos (OVIEDO; CZERESNIA, 2015, p. 238). Foi esse cenário que abriu as portas do entendimento da vulnerabilidade na área da Saúde Pública.

Nesse sentido, considerando que existem diversos contextos para cada tipo de uso e usuário o conceito de vulnerabilidade, que “vem sendo cada vez mais utilizado na área do uso de drogas” (SODELLI, 2015, p. 3) poderá esclarecer particularidades que envolvem o uso dos psicoativos. Primeiro, porque esse conceito permite destacar a singularidade de cada usuário e a relação que ele estabelece com o uso da droga.

De acordo com Neves (2007), o princípio da vulnerabilidade, no campo das políticas de saúde e investigação, estabelece que o benefício de uns não possa ser obtido por meio da exploração de outros e, que também, o fato de algumas pessoas possuírem um melhor conforto não signifique favorecer a marginalização e vulnerabilidade daqueles que não o possuem. O conceito de vulnerabilidade na perspectiva da saúde abrange aspectos individuais e coletivos, além de considerar o contexto de cada situação. Considerando os agravos em saúde, a vulnerabilidade pode ser um indicador de iniquidade e desigualdade social (BERTOLOZZI et al., 2009).

A vulnerabilidade é determinada por condições cognitivas (acesso à informação, reconhecimento da suscetibilidade e da eficácia das formas de

prevenção), comportamentais (desejo e capacidade de modificar comportamentos que definem a suscetibilidade) e sociais (acesso à recursos e capacidade de adotar comportamentos de proteção). (BERTOLOZZI et al., 2009, p. 1327-1328).

Todo e qualquer ser humano é passível em algum momento ou vários momentos da vida de estar vulneráveis, de estarem, e não, de serem vulneráveis. A vulnerabilidade se caracteriza por apresentar ao ser humano diversas situações em que a falta material, cultural ou política o impede de realizar planos ou projetos de vida. A insatisfação e apreensão acompanha o cotidiano de muitas pessoas, e para amenizar tais sentimentos elas buscam no consumo (de qualquer coisa que seja) a diminuição desse sofrimento. A situação de vulnerabilidade pode ser um indicador para a busca do uso de drogas no intuito de preencher a falta que cada ser humano sente à sua maneira (SIQUEIRA, 2007).

A utilização de psicoativos tem dinamicidade diferente para cada usuário que o faz, não excluindo o tipo de droga usada e o contexto desse uso que configura reações singulares, e estando em situação de vulnerabilidade a questão do uso precisa ser considerada a partir dessa particularidade também (MARQUES; CRUZ, 2000).

Em outras palavras, para pessoas com menos acesso à saúde e educação, principalmente, ou seja, em situação de vulnerabilidade, além de serem tratadas de forma mais estigmatizada e discriminada, o repertório de meios que poderia produzir outras escolhas ou investimentos na promoção e proteção da saúde em geral (que não somente do uso de drogas) é cada vez mais baixo ou até mesmo inexistente.

Adotar o conceito de vulnerabilidade implica desenvolver ideias outras que não somente “as tradicionais abordagens das estratégias de redução de risco” (AYRES, 1998 apud SODELLI, 2015, p. 4). A história, na dinamicidade de sua lógica complexa traz, além de rupturas, uma série de continuidades que se perpetuam no seio social. O fenômeno das drogas exemplifica bem essa dinâmica porque ao longo dos anos as práticas e concepções de uma sociedade assumem a posição de construções sociais e estas por sua vez são dificilmente dissolvidas, devido ao seu eficiente mecanismo de manutenção: a transmissão por gerações, desse modo o conhecimento produzido outrora não se perde, se reifica.

Por ser responsável pelo cuidado de sua existência o ser humano encontra-se vulnerável de algum modo e, partindo dessa premissa é que para minimizar esse peso de cuidar da existência própria ele busca em outros meios o alívio para essa condição. As drogas, portanto, são reconhecidamente uma opção. Fazer uso de drogas representa a possibilidade “de alterar nossa consciência, de diminuir o sofrimento e a angústia existencial”. (SODELLI, 2015, p. 14).

Enfim, não há como delimitar uma forma de tratar os sujeitos vulnerados que fazem uso compulsivo de drogas por ser sabido que cada indivíduo estabelece uma conexão única com sua droga de consumo, mas cabe ao Estado e a sociedade inaugurar um olhar mais sensível a essa população e constituir uma nova forma de cuidado que não impere o preconceito e a discriminação. Contribuir para que essas pessoas possam acessar os serviços de saúde como garantia dos direitos que elas possuem e merecem. Ou seja, garantir uma atenção baseada também na bioética de proteção.

### 3 METODOLOGIA

O tópico a seguir apresenta de forma sistemática as técnicas que foram empregadas na operacionalização dessa pesquisa, sobretudo na produção e análise das informações. Convém salientar que os aspectos metodológicos representam um dos pontos mais importantes da pesquisa e, portanto, precisam ser bem articulados e dispostos, pois, dessa forma, a investigação se apresentará mais consistente.

#### 3.1 TIPO DE PESQUISA

De acordo com Deslauriers e Kérisit (2014, p. 132) “as características da pesquisa qualitativa fazem com que ela traga uma contribuição substancial à pesquisa sobre as políticas sociais”. Corroborando com essa ideia é que esse trabalho se propôs como uma pesquisa de abordagem qualitativa, a qual se deteve na análise da percepção de profissionais de saúde de um serviço de atenção psicossocial em álcool e drogas sobre as práticas dos trabalhadores desse serviço.

A partir da escuta dos profissionais do CAPS AD, a presente pesquisa desenvolveu uma análise da percepção desses trabalhadores sobre as práticas de redução de danos sob o prisma dos Direitos Humanos. Foi realizada mediante técnicas e estratégias da pesquisa qualitativa, porque segundo Minayo e Sanches (1993, p. 244):

A abordagem qualitativa realiza uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza; ela se volve com empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas.

Trata-se de uma pesquisa descritiva que procurou detalhar características da percepção de profissionais de um CAPS AD sobre suas práticas de redução de danos no serviço, estudar o grupo escolhido com técnicas participativas de produção de informações, sendo a da entrevista episódica a escolhida.

#### 3.2 CENÁRIO DE PESQUISA

A pesquisa de campo foi realizada na unidade de saúde mental do Centro Histórico de Salvador/Bahia, o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas Gregório de Matos.

O CAPS AD Gregório de Matos está localizado na Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (UFBA), no Largo Terreiro de Jesus, Pelourinho, Salvador, e é um projeto da Aliança de Redução de Danos Fátima Cavalcanti, Serviço de Extensão Permanente do Departamento de Saúde da Família da Faculdade de Medicina da Bahia UFBA.

Criado em 2012, ocupa uma sala de 80 m<sup>2</sup> no segundo pavimento do prédio da Faculdade de Medicina da Bahia no Terreiro de Jesus, Centro Histórico de Salvador (Pelourinho). Tem como propósito ser um serviço de referência e apresenta como diferencial seu caráter docente assistencial, constituindo-se como campo de prática para estágio de cursos de graduação em saúde, tais como: medicina, psicologia, enfermagem, serviço social, farmácia, saúde coletiva. Vale salientar que o nome do serviço será suprimido quando da publicação dos resultados.

O serviço conta com 34 profissionais, conforme segue: cinco psicólogos, dois psiquiatras, um médico clínico, um terapeuta ocupacional, duas enfermeiras, uma assistente social, duas técnicas de enfermagem, um artista plástico, dois motoristas, duas atendentes de serviços gerais, cinco técnicos administrativos, seis redutores de danos, uma supervisora de campo, um coordenador pedagógico, um coordenador administrativo e um coordenador geral. Por ser o único CAPS AD da cidade que conta com uma equipe de redutores de danos no seu quadro de profissionais é que foi escolhido para a realização da pesquisa.

As atividades oferecidas consistem em atendimentos individuais e em grupo, desde oficinas a grupos terapêuticos, articulação com outros serviços para a construção do Plano Terapêutico Singular (PTS) dos usuários, capacitação da rede, apoio matricial, assembleias de usuários e profissionais.

### 3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Foram convidados a participar do estudo pelo menos um profissional de cada categoria, totalizando 18 participantes (profissionais de nível superior, técnicos de nível médio – redutores de danos e administrativos e nível médio – higienização e motoristas), que desenvolviam ações de assistência até a gerência e que acompanham usuários no serviço há pelo menos um ano, sendo o único critério de inclusão estabelecido.

### 3.4 PRODUÇÃO DAS INFORMAÇÕES

A escolha pela entrevista episódica justifica-se devido sua aplicação possibilitar uma análise do conhecimento cotidiano de objetos pré-definidos, além da própria história dos entrevistados com esses objetos, suas experiências e pontos de vista. Acredita-se que as questões de pesquisa permitiram evocar acontecimentos a partir de crenças e ideias próprias dos entrevistados.

A pesquisa parte do pressuposto apresentado por Flick (2013, p. 117) de que “muitas questões de pesquisa requerem o uso de um método de produção de informações que combine [...] dois princípios – as narrativas e a indagação – igualmente [...]”. O foco da entrevista episódica proposta por Flick recai em situações e episódios nas quais o informante teve experiências relevantes relacionadas com o problema da investigação. Flick (2013, p. 115) sustenta que o aporte teórico da entrevista episódica é baseado em diferentes esferas da psicologia e “uma de suas raízes é a discussão sobre o uso de narrativas de pessoas para coletar informações dentro da ciência social”.

Este tipo de entrevista é delineado em fases, considera-se que cada uma delas se constitui em “um passo à frente em direção ao objetivo de analisar o conhecimento cotidiano do entrevistado sobre um tema ou campo específico”. (FLICK, 2013, p. 117). A seguir, apresenta-se uma síntese das nove fases que nortearam o processo da pesquisa, descritas por Bauer e Gaskell (2013):

- Preparação da entrevista: um guia de entrevista a fim de nortear o entrevistador sobre o objeto específico na qual se busca narrativa e resposta, que pode ser elaborado a partir de diversas fontes;
- Introduzindo a lógica da entrevista: as perguntas da entrevista precisam ser bem explicadas para que o entrevistado se familiarize com a prática da entrevista episódica;
- A concepção do entrevistado sobre o tema e sua biografia com relação a ele: a sugestão é que o entrevistado conte a primeira experiência vivida sobre o tema em estudo;
- O sentido que o assunto tem para a vida cotidiana do entrevistado: é necessário que esclareça o papel do tema na vida do/a entrevistado/a para juntar narrativas de uma cadeia de situações relevantes;
- Enfocando as partes centrais do tema em estudo: aspectos-chave do tema, como definido pela questão central de pesquisa do estudo para que seja elaborada a relação pessoal do/a entrevistado/a com o tema central;

- Tópicos gerais mais relevantes: alguns tópicos mais gerais são mencionados na entrevista, a fim de ampliar seu alcance, aspectos do imaginário do entrevistado sobre às mudanças esperadas ou temidas também são relevantes.
- Avaliação e conversa informal: o entrevistado avalia a entrevista, como foi participar dela, se faltou alguma coisa e a conversa informal viabiliza falar sobre aspectos considerados importantes, mas que não estão contextualizados com o conteúdo da pesquisa;
- Documentação: ficha de informação do entrevistado que precisa ser preenchida ao término da entrevista e com as impressões do entrevistador sobre a situação e contexto da entrevista e do entrevistado;
- Análise de entrevistas periódicas: foram utilizados os procedimentos de codificação sugeridos por Bauer e Gaskell (2013) e Flick (2013).

Essas fases nortearam a análise da revelação das circunstâncias, experiências e acontecimentos sob o olhar do entrevistado e foram utilizadas no aporte e fortalecimento dos argumentos construídos no intuito de organizar o pensamento e avançar nas ideias que apontam sobre a percepção dos profissionais entrevistados.

Conforme se preconiza a realização da entrevista episódica requer disponibilidade de tempo, pois dura em média de 60 a 90 minutos, assim a fim de favorecer a sua dinâmica ela foi realizada no próprio serviço com solicitação de sala reservada para tal fim no dia e horário previsto para cada entrevista.

### 3.5 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

Adota-se a proposta de Strauss e Corbin (2002), autores que desenvolveram a vertente straussiana da Teoria Fundamentada em Dados (TFD) para a análise das informações obtidas. Aspecto importante no processo de escolha do referencial metodológico de análise das informações foram as sugestões de Bauer e Gaskell (2013) e de Flick (2013). Assim, foram utilizados os instrumentos metodológicos da TFD por entender que há uma coerência com o problema de pesquisa e a técnica de produção de informações selecionada, bem como, pela TFD consistir em uma abordagem estruturada e sistemática para a análise de dados e aperfeiçoamento das categorias. Para a sua operacionalização são preconizadas três etapas, a seguir.

A primeira etapa é a codificação aberta, “[...] processo analítico por meio do qual se identificam os conceitos e se descobrem os dados, suas propriedades e dimensões”.

(STRAUSS; CORBIN, 2002, p. 110). Caracteriza-se pelo exame minucioso das informações obtidas na entrevista (microanálise), a fim de identificar os códigos preliminares (substantivos), que permitirão a definição das categorias em suas propriedades e dimensões (subcategorias).

Essa etapa, o pesquisador realiza a leitura atenta das entrevistas, focando sua atenção nas palavras, frases ou parágrafos fazendo reflexões, comparações e conceitualizações de cada fragmento da entrevista atribuindo palavras e expressões a estes, formando assim, os códigos preliminares (substantivos).

A segunda etapa da análise, é denominada codificação axial, porque ocorre ao redor de uma categoria, tem o propósito de integrar as categorias quanto às suas propriedades e dimensões. Consiste, portanto em um processo de reagrupamento das informações (formando categorias densas, bem desenvolvidas e relacionadas) no qual o pesquisador relaciona as categorias às suas subcategorias (SANTOS et al., 2016).

De acordo com Strauss e Corbin (2002, p. 159), “as descobertas devem apresentar-se como um conjunto de conceitos inter-relacionados, não somente como uma lista de temas”. Na inclusão ou integração os dados se tornam teoria a partir da integração do analista com os dados.

A última etapa é a codificação seletiva, “[...] cujo objetivo é integrar e refinar categorias em um modelo analítico, que consiste na definição da categoria central para em seguida descrever os conceitos em termos de propriedades e dimensões em busca de consistência interna [...]”. (STRAUSS; CORBIN, 2002, p 313).

A abordagem de Strauss e Corbin (2002) baseia-se na inter-relação das categorias com o objetivo de criar de forma mais abrangente uma estrutura teórica. Os autores sugerem como primeira etapa determinar uma categoria central que representa o eixo central da pesquisa. Após essa escolha, é necessário identificar dois temas que sejam relacionadas ao eixo central. É possível utilizar-se de diagramas para contar a história trazida pelo entrevistado e organizar a relação entre os conceitos suscitados.

A revisão e classificação das categorias podem ser realizadas com a ajuda de diários de análise, anotações feitas ao longo do processo de investigação que irão facilitar a criação do esquema teórico. Feito isso será preciso refinar essa teoria, revisar de forma sistemática as categorias, perceber se existem lacunas, completar as que foram desenvolvidas, suprimir o excesso e validar o esquema (STRAUSS; CORBIN, 2002).

Foram realizadas 18 (dezoito) entrevistas no CAPS AD, pelo menos uma de cada categoria profissional e com o mínimo de um ano de experiência no serviço. Após a aceitação



em participar da pesquisa, os/as profissionais foram esclarecidos/as sobre os aspectos éticos, entregue o termo de consentimento para leitura, onde já constava a autorização para que as entrevistas fossem gravadas e caso concordassem assinavam o termo em duas vias, sendo que uma delas ficava com o/a participante. Conforme o consentimento assinado as entrevistas foram gravadas com o objetivo de registrar todas as perguntas referente à pesquisa. Esse material foi utilizado para o levantamento das categorias de análise.

Dos dezoito entrevistados nove foram homens e nove foram mulheres. Foram entrevistados 10 profissionais com nível superior, sendo sete da assistência e três da administração, três com nível técnico e dois com o nível médio. A idade variou de 27 a 76 anos. No quesito raça/cor, seis declararam-se brancos, outros seis pretos e seis pardos. A duração das entrevistas variou de 21 minutos à 1h14'16, a maioria dos entrevistados declarou que está no serviço desde março de 2012.

Para facilitar o processo de análise as entrevistas foram separadas por blocos, contendo seis eixos de análise, agrupadas a partir das perguntas elaboradas no roteiro. Foram elaborados cinco blocos separados por níveis profissionais, mas seguindo o mesmo critério dos eixos de análise para todos eles. No bloco I são as entrevistas de nível técnico (assistencial e administrativo), as do bloco II os técnicos assistenciais de nível superior, no III os técnicos administrativos de nível superior, no IV as entrevistas dos profissionais do nível médio da assistência e no bloco V dos profissionais de nível médio que não são da assistência.

Cada bloco foi apresentado por meio de quadros para ilustrar a análise das informações e facilitar a compreensão de como foram construídas as categorias (APÊNDICES C, D, E, F e G). Em cada um deles serão apresentados seis quadros de cada eixo temático, relacionado ao roteiro da entrevista. O eixo 1 trata sobre o Significado de tratamento, o eixo 2 procura entender como foi o primeiro contato com o usuário e a clínica de álcool e outras drogas, no eixo 3 será abordado o significado de redução de danos, o eixo 4 sobre as ações de redução de danos realizadas no serviço e pelo profissional, no eixo 5 foram tratadas as experiências marcantes vividas no CAPS e experiências significativas em relação ao trabalho e, por fim, o eixo 6 finaliza sobre quando a abordagem ao usuário se torna um problema.

Após a realização das 18 entrevistas seguiu-se a codificação aberta de cada uma delas por meio da microanálise que consistiu em selecionar os dados das perguntas do roteiro que foram selecionadas. Em cada bloco foram separadas as respostas dos eixos, por exemplo, no bloco I que abrangeu três entrevistas, isolamos as respostas das três entrevistas de cada eixo e na separação foram criadas as unidades de análise que consistiram na substantivação dos trechos considerados importantes para análise. E assim foi feito em todos os blocos de cada

eixo. A etapa seguinte consistiu em agrupar as unidades de análise para formar códigos, que “são termos específicos ou amplamente utilizados pelos participantes e servem como marcadores do discurso e dos significados desses sujeitos” (SANTOS et al, 2017, p. 6). São esses códigos que auxiliaram no desenvolvimento do processo de análise, após uma leitura detalhada das unidades de análise foram criadas expressões que deram significado aos fragmentos em destaque e formaram, dessa forma, os códigos. Após a finalização dos códigos seguiu-se ao passo seguinte que foi o de elaborar subcategorias a partir dos códigos e relacioná-las para formar posteriormente as categorias densas, bem desenvolvidas.

### 3.6 PRECEITOS ÉTICOS DA PESQUISA

Para atender a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre a pesquisa com seres humanos, o projeto foi avaliado pelo Comitê de Ética com Seres Humanos (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana. Somente após parecer favorável (ANEXO A), foi dado o início da pesquisa de campo (BRASIL, 2012).

Os profissionais que atenderam ao critério de inclusão foram convidados a participar da pesquisa e, ao aceitarem, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) para leitura prévia. Os participantes foram informados sobre o tema, objetivos e a importância do estudo, assim como a privacidade e a liberdade de participar ou não e da desistência em qualquer momento, sem prejuízos. Aqueles que aceitaram assinaram em duas vias (uma ficou com a pesquisadora e outra com o participante da pesquisa). Antes da assinatura do TCLE, a pesquisadora se certificou que o profissional estava de acordo com os itens expostos no documento.

Informações adicionais acerca da pesquisa estão detalhadas no texto, como por exemplo, objetivos, justificativa, procedimentos a serem realizados, o uso de aparelhos de gravação e possível uso de trechos do relato para embasamento da discussão, sem citar nomes, para preservar o sigilo.

Cumprido esclarecer que a pesquisadora integra a equipe multiprofissional do serviço onde foi realizada a pesquisa e, diante disto, assume o compromisso ético de respeitar a autonomia dos participantes, preservar o sigilo das informações fornecidas e o anonimato, mediante a adoção de código composto pela letra E (entrevista), seguido pelo número de ordem de cada entrevista. Assim, ratifica que o serviço foi escolhido por ser o único do município que consta em seu corpo técnico com profissionais que são redutores de danos e que a pesquisa ora proposta foi conduzida a partir desse prisma.

Também foram informados que os prováveis benefícios da pesquisa envolvem a consideração da experiência do profissional de saúde para fornecer dados que sejam relevantes para auxiliar outros trabalhadores em saúde que desconhecem a prática da redução de danos e desejem aplicar em sua rotina laboral. E poderia trazer como possíveis riscos lembranças desagradáveis e/ou constrangimento diante da pesquisadora ao tratar das práticas com o fenômeno das drogas no cotidiano, o que não ocorreu.

A fim de reduzir os possíveis riscos provenientes da pesquisa, as entrevistas aconteceram no próprio serviço de saúde em ambiente confortável e privado, onde a entrevistadora e o entrevistado puderam ficar sozinhos em dia e horário estabelecidos em conjunto, considerando a disponibilidade do serviço e/ou do participante.

O princípio da justiça se enquadra nesta pesquisa como condição fundamental de garantia de equidade e imparcialidade. Para atender tal princípio, buscou-se evitar juízos de valor social, cultural e religioso através de expressões verbais e não verbais por parte da pesquisadora.

Os dados coletados serão utilizados apenas para objetivos acadêmicos e científicos com divulgação em eventos e atividades afins e publicação em periódicos da área. Tais dados ficarão em posse da pesquisadora principal por um período de cinco anos, podendo ser utilizados em outros estudos. Após este período serão destruídos.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O caminho percorrido para alcançar as categorias percorreu primeiramente a separação das perguntas do roteiro de entrevista. As perguntas foram acopladas por aproximação dos códigos que deram origem as categorias. Foram criados cinco blocos contendo todas elas as mesmas categorias, para níveis profissionais diferentes. A separação dos blocos foi dividida por cada nível profissional, contendo as mesmas entrevistas. O Bloco I foi com os técnicos de nível médio técnico (assistencial e administrativo), o Bloco II com os técnicos assistenciais de nível superior, o Bloco III com os técnicos administrativos de nível superior, o Bloco IV com os técnicos de nível médio da assistência e o bloco V com técnicos de nível médio que não eram da assistência, mas prestam cuidado por serem requisitados pelos/as usuários, mesmo sendo de outra função.

Cada bloco é apresentado em quadros (apêndices A, B, C, D, E, F, G e H) destacando as unidades de análise com os códigos e as sub-categorias que nos permitiu chegar às categorias de análise, que são as seguintes: Categoria 1: Promoção do cuidado; Categoria 2: Primeiros contatos com o usuário e o medo do desconhecido; Categoria 3: Percepção sobre Redução de Danos; Categoria 4: Ações de Redução de Danos: o acolhimento e o cuidado ao usuário; Categoria 5: Satisfação no trabalho apesar das situações de vulnerabilidade e Categoria 6: Estresse do/a trabalhador/a.

O primeiro bloco apresentado foi o Bloco I com a análise de três entrevistas de técnicos de nível médio-técnico, tanto assistencial quanto administrativo, o Bloco II foi composto por sete entrevistas de técnicos assistenciais de nível superior, o Bloco seguinte foi o III com análise das entrevistas dos técnicos administrativos de nível superior com três entrevistas, o penúltimo Bloco analisado foi o IV com entrevistas de técnicos de nível médio da assistência, e por fim, o Bloco V com duas entrevistas de técnicos de nível médio que prestam assistência.

Dando prosseguimento a análise, as categorias de todos os blocos foram isoladas para a construção do tema central conforme a Teoria Fundamentada em Dados (APÊNDICE H). A partir das subcategorias de análise construídas o processo seguinte foi criar categorias que servissem de base para a formulação dos conceitos de análise, conforme a Teoria Fundamentada em Dados.

Categorias	
<p>Categoria 1</p> <p>Promoção do cuidado</p>	<p>Assistência diferenciada e com qualidade combinando vários recursos da clínica psicossocial, promovendo a relação, o cuidado e a autonomia do sujeito na perspectiva da redução de danos</p>
<p>Categoria 2</p> <p>Primeiros contatos com o usuário e o medo do desconhecido</p>	<p>Apesar de enfrentar dificuldades com a equipe, chegar com medo e assustado ao serviço devido as situações de violência e tendo vivido experiência de uso de drogas na família, no período escolar e tomado conhecimento por meio da mídia e de outros trabalhos, sente-se satisfeito com o trabalho</p>
<p>Categoria 3</p> <p>Percepção sobre Redução de Danos</p>	<p>Após ter vivido experiências particulares que geraram sofrimento acredita na eficácia da Redução de Danos e a operacionaliza por entender como uma dimensão ideológica não moralista, uma política e estratégia de saúde que respeita o desejo das pessoas, mas que também apresenta falhas, porém sua prática pode aumentar a expectativa de vida do usuário que permanece no serviço</p>
<p>Categoria 4</p> <p>Ações de Redução de Danos: o acolhimento e o cuidado ao usuário</p>	<p>Oferta de acolhimento e cuidado ao usuário intra e extramuros mesmo vivendo tensões nos manejos de crises e as ações de redução de danos sendo pouco notadas, o que gera insatisfação por não alcançar o efeito desejado</p>
<p>Categoria 5</p> <p>Satisfação no trabalho apesar das situações de vulnerabilidade</p>	<p>Apesar das situações de conflitos, agressões, insegurança e violência, existe uma satisfação com o trabalho e o reconhecimento pelos usuários dentro e fora do serviço</p>
<p>Categoria 6</p> <p>Estresse do/a trabalhador/a</p>	<p>Sofrendo com as situações de agressões e violência no serviço, sentindo-se despreparado/a nas abordagens no serviço e pedindo auxílio aos colegas e sofrendo com a falta de consenso da equipe e por ser interrompido(a)/atrapalhado(a) por colegas nas abordagens</p>

De acordo com Santos e outros (2017), no estudo dos dados é utilizado um processo criativo de raciocínio indutivo e dedutivo para formar temas/categorias/conceitos de forma habilidosa e sensível que proporcione uma compreensão complexa e precisa do conteúdo

pesquisado. A análise de cada categoria será subdividida por tópicos e relacionado a trechos da música que dá título à essa dissertação.

#### 4.1 Promoção do cuidado

“Canto minha vida com orgulho  
Na minha vida tudo acontece”

A *priori* nota-se que na categoria 1 que refere a Promoção do cuidado, a Redução de Danos foi citada como perspectiva de cuidado no serviço, ainda citada por alguns com o termo de tratamento, porém trazendo uma perspectiva diferente dada a essa palavra. Os termos relação, cuidado e autonomia do sujeito formaram a essência do significado de Promoção do cuidado.

É... o tratamento pra mim é uma oportunidade. Uma oportunidade de vida. É... que essas pessoas encontram, né? Principalmente dessa vida vulnerável, né? Que boa parte deles levam. Então é uma oportunidade que em outros locais é, talvez, eles não tenham acesso a esse tratamento. Um tratamento mais humanizado, um tratamento mais direto pra uma população específica... é que em outros lugares talvez eles não tivessem, não fosse tratado com respeito devido. (ENTREVISTA 1-BLOCO I).

No trecho da entrevista 1 citada acima, o participante entende que a promoção do cuidado é uma oportunidade de vida, principalmente para pessoas em situação de vulnerabilidade. De acordo com Pecego e Comis (2015), as pessoas que estão em situação de vulnerabilidade psicossocial encontram grandes obstáculos para alcançar seus direitos, pois é sabido o quanto a rede psicossocial não trabalha de forma articulada e, muitas vezes, cria impasses que provocam inúmeras violações de direitos, sendo que o esperado era propiciar um cuidado integral.

Pode-se afirmar que a promoção do cuidado na perspectiva da redução de danos, de acordo com Almeida (2003) acontece de fato no encontro da relação humana com o objetivo de facilitar o cuidado do usuário em relação as consequências de suas práticas, sem com isso julgá-lo. A redução de danos se propõe a ser “uma intervenção que visa trabalhar com as reais possibilidades da pessoa, respeitando seus desejos e limitações” (ALMEIDA, 2003, p. 59).

Essa ideia corrobora com “a ideia de reforma psiquiátrica como intervenção na cultura e defesa e promoção da diversidade cultural e dos direitos humanos” (AMARANTE; TORRE, 2017, p. 109). A redução de danos e os direitos humanos se transversalizam em seus ideais ao

proporem a efetiva dignidade humana em sua diversidade e que sempre estão em busca do direito de se expressarem e serem acolhidos em suas diferenças.

Em outro trecho, o participante entende que a promoção do cuidado acontece a partir das escolhas do usuário, existe o respeito a autonomia dele:

É, tratamento na clínica psicossocial. É quando essa pessoa ela chega com alguma demanda de sofrimento, é, pelo uso de substância, ou ela, ou a pessoa, ou o familiar. Né?! Que está em sofrimento, mas devido ao uso de alguma substância psicoativa. E, a partir daí a gente, é, tenta minimizar, né, esse sofrimento seja, é, por atendimentos individuais, atendimentos coletivos. É, buscando mesmo a melhora dessa pessoa, né?! É, mas como é na perspectiva da redução de danos a gente não exige abstinência, né?! A gente entende que o sujeito é que é o, o agente, transformador, transformador da vida dele, né?! Então, ele que vai buscar as formas, né, e a gente sustentando essas formas pra ele, é, melhorar sua qualidade de vida, né?! Mesmo que ele continue fazendo uso da substância. (ENTREVISTA 2 – BLOCO II).

A fala do participante 2 também sugere que a adoção da perspectiva da redução de danos aparenta ser uma normativa institucional e, que ele aparenta ter dúvidas desse modelo por não existir uma exigência quanto a abstinência. Sua concepção aponta que a ideia é trabalhar com a autonomia do sujeito, mas essa autonomia não deve isentar o profissional de prestar um cuidado continuado a partir das singularidades e diferenças de cada um.

Na entrevista 6 a promoção do cuidado é percebida como o cuidado a quem faz uso de substância e o que ela tem causado a vida do usuário, e entende que a assistência permeia sobre o aspecto do uso que a pessoa faça e dos transtornos que esse uso causa a sua vida em diversos aspectos, como o trabalho, a família, o lazer:

Bem, tratamento do uso problemático de álcool e outras drogas. É cuidar né, do que o uso das substâncias, o uso dessa substância tem, é, tem causado na sua vida, os problemas que ela tem causado na sua vida, é se verificar realmente se esse uso tem é comprometido né? É a sua vida de forma a atrapalhar seu trabalho, sua vida cotidiana, seu lazer é a relação que você tem com a sociedade e identificando isso como um problema que é como isso tem causado muito problema para você. Ai você cuidar disso, cuidar dessa questão. (ENTREVISTA 6 – BLOCO II).

Em outro trecho foi trazida na entrevista 14 a concepção da autonomia, do usuário ter a liberdade de viver sua própria vida mesmo fazendo uso de drogas. O termo tratamento foi desaprovado pelo profissional por trazer uma ideia que se assemelhasse a resolução ou cura, contudo assemelha-se no entendimento dos demais participantes que consideram o respeito a escolha e as decisões tomadas por cada usuário:

Eu não gosto da expressão “tratamento”, né? Porque, enfim, tratamento dá a ideia de que é isso, vai ter que tratar de alguma forma, vai ter que resolver de alguma forma, né? A gente não trabalha com essa perspectiva, trabalha com a perspectiva de ajudar o indivíduo a ter autonomia na sua vida. Então, enfim, como é que é possível ter autonomia, né? Pra fazer suas escolhas, pra tomar suas decisões, cuidar de sua vida, se relacionar e tudo mais, a despeito do uso da sua substância. E aí claro, às vezes, o uso ele limita a autonomia da pessoa, né? O próprio uso, porque limita a autonomia orgânica ou porque a autonomia financeira, social, relacional, né? Aí a gente ajudar nesse sentido, mas não é o tratamento do uso, né? É isso, né? É cuidado com a autonomia, com a vida, com as escolhas, decisões... (ENTREVISTA 14 – BLOCO III).

A promoção do cuidado remete a intervenções cuidadosas que assegurem a independência de cada usuário, respeitando seus limites, diferenças e singularidades. É tornar o cuidado um lugar de emancipação, mesmo sabendo que a procura pelo serviço remete expor o sofrimento que o usuário está vivenciando.

Quando o/a usuário/a encontra profissionais que conseguem compreender o sofrimento vivenciado por eles/as sem com isso, julgá-los, a participação deles/as no serviço torna-se mais empenhada. E de fato passam a cantar a vida com orgulho, pois o que eles passam para sobreviver podem, com certeza, afirmar que em suas vidas tudo acontece.

#### 4.2 Primeiros contatos com o usuário e o medo do desconhecido

“Mas quanto mais a gente rala, mais a gente cresce”

A categoria 2 refere-se ao primeiro contato do/a profissional com o usuário e com a clínica AD, além do medo do desconhecido, pois configura uma clínica bastante complexa, no qual os/as participantes expuseram suas dificuldades em lidar com a equipe e o fato de chegarem assustados e/ou com medo ao serviço em decorrência das situações de violência.

Assustado e também não sabia o fundamento do que era uma pessoa tratar com um paciente de álcool e drogas, entendeu? Logo no começo a gente fica assustado e sem entender, a gente só começa a entender depois que a gente vai entrando naquela situação, tanto que hoje eu aprendi que nem tudo, lógico que a gente tem que também ensinar, apesar de cada um ter a sua área aqui, do tipo, somos educadores, temos também que mostrar que tudo tem que ter uma consequência, possa ser que seja boa ou ruim, mas tudo tem uma consequência, mas demorou um tempinho para eu aprender [...] (ENTREVISTA 17 – BLOCO V).

Na entrevista 17 o/a participante expõe o medo e a inexperiência com a clínica de álcool e outras drogas e apresenta uma lógica dicotômica no cuidado com o/a usuário/a ao



referir seu lugar de educador, suposto saber, e de atribuir consequências positivas ou negativas para as escolhas.

Os participantes relataram que as primeiras experiências vividas em relação ao uso de drogas foram presenciadas na própria família, na escola, nos bairros de residência, em programas de televisão e alguns que tiveram experiências de trabalhos anteriores semelhantes.

Eu começo a lidar com essa população quando eu começo a trabalhar na saúde da família. Na unidade de saúde, pra mim, assim, era algo muito que tava dentro de um contexto, era mais um problema, né? Não era O problema. Pra algumas pessoas era o problema principal, mas isso tava dentro de um... era mais um problema de saúde que surgia na atenção primária. (ENTREVISTA 14 – BLOCO III).

Na entrevista 14, o relato sobre a primeira experiência com a clínica de álcool e outras drogas foi de trabalhos anteriores na saúde pública, porém não era dada a devida atenção e muitos profissionais não tinham conhecimento da rede para sugerir o matriciamento dos casos que a unidade de saúde não conseguiria dar conta.

[...]já tive contatos inclusive fora de qualquer instituição, a gente vê, na própria rua, se você olhar nos bairros da periferia, a maioria deles tem na rua um bêbado, que se chama “ah, aquele cara é bêbado” e acabam engessando, deixando ele eternamente bêbado e morrendo nisso. Eu já tive contato e foi com um desses, um senhor, que vivia assim e todo mundo destratava e eu que tive uma abordagem com ele que foi super interessante, que ele passou a pensar mais nele, não diria por conta disso, mas ele teve uma atenção que ele não tinha e isso passou a criar, a reviver o pensamento em si, reviver a ideia de que a saúde tem que tomar cuidado, reviver a ideia de que existem outros que se incomodam, apesar dele não ser agressivo, ser bem pacato, mas ele sofria bullying o tempo inteiro, então a gente vê isso. Desde a infância a gente já tem contato, eu morei, na minha infância, tinha um menino que sofria bullying e que era tratado isso, eu sabia que o desenvolvimento dele ia ser sempre dentro da estrutura que as pessoas determinam, então é você perpetuar um mal de uma pessoa, quer dizer, não é o mal dele, um mal que fazem a ele, a gente termina perpetuando ele nesse estado. (ENTREVISTA 5 – BLOCO I).

O relato da entrevista 5 demonstra que usuário de drogas está em todo lugar, mas nem sempre é percebido como um indivíduo que precisa de cuidados e quando é reparado o tratamento dado é de exclusão, de preconceito e estigma.

Pecego e Comis (2015), propõe o empoderamento como estratégia de redução de vulnerabilidades, ou seja, é preciso apresentar aos usuários problemáticos de drogas seus direitos. “A educação e a informação são ferramentas que proporcionam desalienação e possibilita que os indivíduos se tornem protagonistas de suas trajetórias com maior autonomia. (PECEGO; COMINS, 2015, p. 139-140).

É nessa perspectiva que os trabalhadores em saúde precisam se concentrar, apresentar aos/as usuários/as os direitos deles/as de forma que possam se apoderar para terem assegurados sua liberdade, além de receberem de forma precisa as informações que contribuam ao/à usuário/a seguirem de forma autônoma o caminho escolhido.

Enfim, como o trecho da música que abre esse capítulo diz: “quanto mais a gente rala, mais a gente cresce”. Esse fragmento representa que para crescer, não só profissionalmente, mas pessoalmente também, é preciso ralar muito. Os relatos demonstraram que mesmo com medo, os trabalhadores enfrentavam as adversidades e evidenciaram o quanto têm crescido e fortalecido a clínica de álcool e drogas e, mais ainda e tão importante quanto, é construir novos caminhos com os/as usuários/as.

#### 4.3 Percepção sobre a Redução de Danos

“A vida me ensinou a nunca desistir  
Nem ganhar, nem perder mas procurar evoluir”

A categoria 3 gira em torno do entendimento dos/as participantes sobre a Redução de Danos. Nesse aspecto alguns/as deles/as relataram ter vivido experiências particulares em relação ao usuário de drogas que causaram muito sofrimento, como, por exemplo, ter trabalhado em instituições com a lógica manicomial onde a abstinência era o direcionador do tratamento e o quanto causava prejuízo e dor aos usuários.

Eu chegava e atendia pacientes completamente sedados, completamente dopados, tomando vinte miligramas de Rivotril, sessenta miligramas de Midazolam, oitocentos miligramas de Quetiapiana, você via que as pessoas estavam tipo dopadas, caindo pelas tabelas, mais ai falava: tô com insônia, quero mais remédio. Isso para mim foi um dos períodos mais chocantes assim, de ver esse tipo de tratamento sendo feito em clínicas particulares, e a ineficácia, aquela coisa das vezes que eu tava lá, naquele mesmo jeito e no mês seguinte voltava de novo aquelas recaídas que pareciam que a pessoa não tinha mais jeito, que pareciam também que a família já tinha desistido, a pessoa já tinha desistido, os médicos provavelmente já tinham desistido também só tava lá mesmo pra aquela coisa paliativa esperando ele morrer provavelmente ter uma parada cardíaca ou por conta de excesso de medicamentos, de repente. É, e você via claramente que não faz sentido você obrigar a pessoa a fazer o tratamento se ela não busca por conta própria. (ENTREVISTA 4 – BLOCO II).

A Redução de Danos é percebida como uma dimensão ideológica não moralista, pois respeita o indivíduo em sua singularidade respeitando o desejo da pessoa em querer continuar o uso da substância. De acordo com Lancetti, “o contrário da droga e da miséria não são a

abstinência nem a pena, mas a ampliação da vida, a liberdade, o direito, o comum, o perdão e a fuga”. (LANCETTI, 2015, p. 24).

De acordo com Rego e outros (2009, p. 228), sobre o dispositivo de instituições para usuários/as de drogas “O ato analítico nas toxicomanias visa a interrogação de uma posição ontológica, predominante nos discursos contemporâneos nos quais a droga se caracteriza como um de seus sintomas”. A partir dessa lógica o entendimento incorre para o estabelecimento de estratégias, tanto elucidativas quanto atuantes, durante a prática, que viabilizem uma nova recondução desses usuários.

Muitos dos entrevistados também relataram ter assistido a dor de familiares que por muito tempo fizeram uso de drogas e nunca receberam nenhum tipo de tratamento e a redução de danos era desconhecida tanto por eles/as quanto pelas pessoas que conviviam com eles/as. A partir disso operacionalizar a redução de danos no serviço por esses profissionais tornou-se tão importante, pois perceberam que muito mais do que fazer com que eles deixassem de usar era provocar nesses usuários uma reflexão sobre o significado do uso na vida deles:

[...]mais pelos filhos, por morar em um bairro que é droga o tempo todo, morte o tempo todo, influências o tempo todo, eu morei e moro esse tempo todo lá e nunca me envolvi em nada, mas serviu para mim por que aprendi a como lidar com isso no bairro que eu moro e passar para os meus filhos o conhecimento do que a droga pode levar na vida deles, para mim foi bom por isso. Eu aprendi tudo depois do curso, eu peguei tudo fazendo no campo, de que maneira eu abordava, como era que eu chegava nas pessoas, abordava, foi isso, e a necessidade dos jovens da área, que tinha muitos que eu gostava que hoje em dia não estão mais, já faleceram, que me levou a seguir mais adiante esse trabalho. (ENTREVISTA 7 – BLOCO I).

É possível correlacionar os princípios da redução de danos com o que é proposto pelos Direitos Humanos, já que “se constituem em um significativo e importante espaço de formulação política, permanentemente ampliado, onde vão se expressar um conjunto de reivindicações para a vida social e política” (SILVA, 2012, p. 61). É dessa forma que a redução de danos vem ganhando contornos e hoje apresenta-se enquanto política pública e busca oferecer cuidados singulares, principalmente àqueles que sempre foram colocados à margem da sociedade.

Eu penso que a redução de danos é um modo de ser muito amplo, é uma política muito ampla e eu penso que ela preconiza, ela dá importância ao fato do sujeito se conhecer no sentido de conhecer seus limites, conhecer seu corpo, conhecer seus momentos, eu penso que ela favorece, estimula esse tipo de conhecimento de saber sobre si, então eu penso que várias práticas que realizamos aqui no sentido de oferecer ao sujeito a possibilidade de ele se perceber, se conhecer, eu acredito que eu poderia ler uma ação como essa como redução de danos. E como é que a gente se conhece, como é que a gente se percebe? Eu percebo isso muito nas

relações, eu acredito que é nas relações com o outro que a gente se expressa, que a nossa personalidade se manifesta e enquanto profissionais aqui no CAPS estamos sempre mediando, trabalhando as relações, então no momento em que a gente intervém no conflito entre duas pessoas, duas pessoas que já tem seus traços, a gente termina oferecendo a oportunidade dessas pessoas estarem se percebendo. (ENTREVISTA 10 – BLOCO II).

No relato da entrevista 10, o/a participante manifesta sobre como acontece a percepção da redução de danos nas relações, no encontro entre profissional e usuário/a e de como esses encontros podem propiciar intervenções que promovam a percepção desse/a usuário/a sobre seu uso e o que ela significa para a vida dele/a.

Porém, a prática da redução de danos também foi entendida pelos/as participantes como uma política e estratégia de saúde que respeita o desejo das pessoas, mas que também apresenta falhas. É importante ressaltar que a Redução de Danos apresenta limites, muitos usuários precisam manter-se distantes da substância que causa prejuízo e um uso mesmo que mínimo pode trazer prejuízos desastrosos. Ou seja, é importante que o/a usuário/a tenha um conhecimento sobre o seu corpo e seu uso que sustente seu uso reduzido.

Nos relatos alguns consideram que a prática da redução de danos no serviço pode aumentar a expectativa de vida dos usuários que permanecem no serviço, porém somente a redução de danos não é suficiente. Muitos usuários não compreendem a funcionalidade e o sentido da RD e optam por continuar o uso intensivo, às vezes, fazendo até mesmo no serviço, por considerarem um lugar protegido e seguro. Dessa forma, a prática da RD perde-se e mantém-se um padrão de uso abusivo sem co-responsabilização do sujeito.

O profissional redutor de danos atua como um agente de saúde, atuando diretamente no território mais diretamente nas ruas fazendo abordagens a pessoas que fazem uso de algum tipo de substância e sobre o risco de contaminação por infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). O público que faz uso problemático e abusivo de substâncias, geralmente, fica muito vulnerável e suscetível a fazer relações sexuais sem proteção e correndo o risco de contrair inúmeras doenças.

De fato, a eficácia da redução de danos pode ser posta em questão já que ainda não consegue atingir a contento nem mesmo os/as usuários/as que procuram o serviço e muito menos aqueles que ainda não foram acessados de alguma forma fora do serviço. “A dignidade humana permanece em xeque, as violações de toda ordem são a regra do dia para milhões em todo o mundo, incluindo-se aí as inúmeras vítimas da política de proibição das drogas” (ASSUNÇÃO, 2015, p. 287).

Conforme Fonsêca (2012), os problemas apresentados nos projetos de redução de danos dizem respeito a grande parte deles serem elaborados distante do SUS e, dessa forma, não são estruturados com outros serviços, instituições e/ou instâncias. Além disso, muitas ações são delimitadas, pois ainda são consideradas como apologia ao uso, encontrando posicionamentos contrários que advogam em favor da política proibicionista.

A Redução de Danos significa poder viver, mesmo fazendo uso de substâncias psicoativas, e poder assumir esse uso sem ser julgado por isso. O/a usuário/a carrega sonhos, expectativas, histórias e sentimentos e não é o uso da droga que retira isso dele/a, mas sim, o preconceito, a discriminação, a exclusão que põe esse sujeito à margem e insiste em dizer que com a droga ele não é capaz, não tem habilidade alguma e nunca será aceito como cidadão/ã.

Porém, a RD vem provar que o/a usuário /a pode sim ter uma vida profissional, pessoal, social e que ela nunca deve desistir, pois conforme a música a redução de danos também ensina a nunca desistir, nem ganhar, nem perder, mas evoluir sempre.

#### 4.4 Ações de redução de danos: o acolhimento e o cuidado ao usuário

“Podem me tirar tudo que tenho

Só não podem me tirar as coisas boas que eu já fiz pra quem eu amo”

Na continuidade tem-se a categoria 4, onde os/as participantes mencionam sobre as ações de redução de danos realizadas no serviço, sendo a oferta de acolhimento e cuidado ao usuário intra e extramuros como a ação principal, pois entendem que não cabe um cuidado somente de forma institucional, mas entendem que muitos dos usuários assistidos ocupam o território que circunda o serviço e é preciso ir ao encontro deles.

Então, acho que a partir do momento que o profissional ele se vincula ao usuário, e o usuário ao profissional isso pra mim já é uma redução de danos, porque isso significa que aquela pessoa vai confiar no seu trabalho e possivelmente fará algumas pactuações. A proposta é o que? Fazer com que a pessoa reduza o uso, a proposta de um centro de atenção psicossocial é essa, pelo menos a do CAPS que tem pautada a política de redução de danos, é fazer com que a pessoa reduza seu uso pra não causar tantos danos assim. Então, acho que a princípio, uma das principais ações seria essa né, a vinculação, a escuta para o outro, é você planejar também o PTS, isso pra mim já é uma redução de danos, isso sempre usuário e terapeuta, o TR né, que tá ali pra mediar os desejos do sujeito com o que ele pretende o que ele não consegue fazer naquele momento devido ao uso abusivo, como por exemplo: sair dos espaços da rua ‘porque eu to usando muito, me ajude.’ A gente consegue articular isso com a rede, isso pra mim também já é uma redução de danos porque a gente tá conseguindo tirar aquele sujeito da rua pra reduzir esses danos. (ENTREVISTA 13 – BLOCO II).

Na entrevista 13 é abordado de forma nítida um exemplo de rede no CAPS AD que considera o trabalho articulado com outros serviços para o bem-estar do/a usuário/a. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) consiste na vinculação articulada entre serviços e equipamentos variados que tem por objetivo prestar assistência e cuidado ao/a usuário/a em sua totalidade. Sua finalidade consiste em expandir os recursos e favorecer uma articulação ordenada nas redes de atenção à saúde com seguimentos novos e com os que já existem.

Conforme Franco (2006), as redes são essenciais para que o processo de trabalho em saúde aconteça, é inviável que o trabalho ocorra sem que seja organizada uma rede em volta do seu objeto. Costa et al, destaca que “a rede equivale a uma forma de organização/estruturação de um determinado sistema e/ou conjunto de organizações e atores, ou seja, uma racionalidade voltada para a organização dos serviços e das pessoas” (COSTA et al, 2015, p. 288-289).

Novamente surgem nos relatos as vivências tensas nos manejos de crise e a sensação de que não alcançam o efeito desejado o que gera muita insatisfação. “Em virtude disso, trabalhar uma lógica de redução de danos significa ter de encarar frustrações e colocar o desejo da outra pessoa acima de qualquer preceito moral que se tenha”. (ALMEIDA, 2003, p. 58).

Menina, meu último dia de trabalho hoje. Transcorreu até tranquilo, a gente teve até um apoio dos coleguinhas, né? Que, na verdade mulher, a ação de redução de danos não é só botar o paciente para fora, né? É tipo hoje, fica perturbando, vem alcoolizado, acho que mais em coisa... a questão do paciente chegar e estar aí alcoolizado aqui, né? Acho que deveria mais, tipo: ah, chegou alcoolizado... Eu acho que deveria ser como eu fui informada quando eu entrei aqui, né? Tipo, vamos para enfermaria. Tomar alguma coisa, isso e aquilo e não é feito, né? Tem a questão da conversa, do diálogo com os profissionais, mas sempre decai na questão de botar para fora, né? “Va lá beber lá fora, se foda lá sozinho” Né? (ENTREVISTA 18 – BLOCO III).

A entrevista 18 apresenta um relato que trata da articulação entre colegas para o manejo com o usuário ilustrando como o serviço e os profissionais podem se organizar “de forma articulada para atender à demanda de cuidado e às necessidades dos usuários” (COSTA et al, 2015, p. 295). A participante mostra em sua narrativa dois elementos essenciais para o trabalho em rede: o modelo de atenção à saúde e a população assistida.

O modelo consiste na forma de articulação dos profissionais e a população compõe parte essencial da centralidade da atenção à saúde, desde o indivíduo, a comunidade e a família. O cuidado precisa envolver e articular diversos setores e atores no intuito de atender as necessidades conforme forem demandadas.

Por fim, o trecho da música ressalva como a rede representa um trabalho extenso e que quando bem realizado alcança bons resultados e, de fato, trabalhar em rede confirma que o que é realizado não pode ser anulado, principalmente porque são muitas mãos e equipamentos trabalhando juntos.

#### 4.5 Satisfação no trabalho apesar das situações de vulnerabilidade

“E eu sou feliz e canto e o universo é uma canção”

Nessa categoria os relatos permeiam em torno da satisfação dos/as profissionais em serem reconhecidos pelo trabalho realizado dentro e fora do serviço pelos usuários mesmo com as situações de conflitos, agressões, insegurança e violência. De acordo com Lancetti (2015), o trabalho que os terapeutas desenvolvem em um CAPS AD requer muito manejo e habilidade.

É muito legal quando a gente passa alguma coisa assim pra aquelas pessoas que não tem muito conhecimento sobre os cuidados que tem que ter com a saúde, ligado ao uso abusivo de álcool e até outras drogas. É muito gratificante observar que aquelas pessoas absorveram as informações e começaram a mudar o comportamento, dentro, até, da comunidade e dentro de casa. Que realmente o cidadão que faz uso abusivo de álcool, ele causa vários problemas dentro de casa e fora também. E desde quando ele absorve as informações, começa a pensar duas vezes no que fazer quando lembra das situações que a gente passava, sempre que nos encontrava nas conversas. (ENTREVISTA 8 – BLOCO IV).

As satisfações demonstradas em cada entrevista são por situações diferentes, na entrevista 8 observa-se uma aproximação ao modelo tradicional em que o profissional cultiva o lugar de detentor do saber e é o responsável por passar informações tidas como adequadas para gerar mudança de comportamento, sugerindo que o uso é sempre um problema a ser evitado ou extinguido.

Minhas experiência mais significativas foi quando eu precisei, que eu compreendi que o gerenciamento do caso não tinha como ser feito dentro do CAPS por uma instituição, e que eu precisei montar gerenciamento de cuidado com outras instituições, teve um caso em específico que talvez tenha sido o que aconteceu de forma bem estruturada e mais bem sucedida que foi um caso de usuário que eu acabei me aproximando nessa articulação de rede e aí a referência dele saiu e eu assumi essa referência, e eu continuei mais próxima nesse cuidado, mas que a gente precisou compartilhar o cuidado tanto com a unidade de saúde da família, tanto com o consultório na rua, quanto fazer visita domiciliar em outro município e pensar a articulação do cuidado nos momentos em que ele estivesse no município de origem de como é que a rede poderia acolher e ajudar para que ele conseguisse ficar lá em contato com a família que era um contato muito conflituoso e aí nesse caso foram muitos recursos utilizados como: internação hospitalar para fazer uma cirurgia para

um problema ósseo, abrigo, então isso envolveu a rede SUAS, envolveu outras secretarias, várias discussões de caso, enfim, acho que minhas experiências mais significativas foram quando os casos eram mais complexos e demandavam outros serviços gerenciando o caso junto. (ENTREVISTA 15 – BLOCO II).

Enquanto a segunda entrevista demonstra claramente uma atuação em rede, a importância de outros serviços para articular o cuidado, pois percebe-se que um serviço somente não consegue atender as diversas demandas do/a usuário/a. É necessária uma abordagem interdisciplinar com o objetivo de alcançar uma visão panorâmica e integrada da situação com o intuito de oferecer possibilidades melhores à vida dos/as usuários/as.

Quando se consegue alcançar, minimamente que seja algum ponto importante da demanda, o profissional sente-se feliz e realizado apesar de saber que ainda existem grandes lacunas no trabalho em rede que precisam ser melhoradas.

#### 4.6 Estresse do/a trabalhador/a

“Com a cabeça erguida e mantendo a fé em Deus  
O seu dia mais feliz vai ser o mesmo que o meu”

A última categoria apresenta o estresse dos/as participantes frente as situações de agressões e violência no serviço e o quanto isso toma uma proporção maior quando um/a profissional se sente despreparado em realizar as abordagens e solicita auxílio dos/as colegas.

Quando eu percebo que não dá pra mim, eu caio fora e chamo outra pessoa. Quando eu percebo que a pessoa tá xingando ali naquele momento, que ela é agressiva, eu deixo... eu joga a bola pra outra pessoa. Mas eu não tenho problema, eu chego com jeitinho, conversar conversa, acalma, fazendo a abordagem, mas quando a coisa que não tenho capacidade eu falo “aquilo ali eu não tenho capacidade de ir até o final”, eu joga a bola pra outra pessoa. (ENTREVISTA 16 – BLOCO V).

Lidar com a equipe também foi evidenciado nessa categoria, o trabalho em conjunto parece ser uma dificuldade permanente apontada pelos/as entrevistados/as, pois mesmo sabendo-se que a lógica do trabalho circula em torno da Redução de Danos, essa lógica passa a ser distante quando a relação a que se refere é da equipe. Ou seja, nota-se que a compreensão da prática em redução de danos é de comum acordo no cuidado ao usuário, porém ela torna-se distante nas relações profissionais. Muitas vezes, não há um consenso da equipe nessas abordagens, ou antes, mesmo, do pedido de ajuda são interrompidos(as)/atrapalhado(as) pelos colegas, gerando mais insegurança.



Eu não tenho problema na abordagem na rua não, eu tenho aqui, aqui dentro do CAPS as vezes não me sinto preparada pra fazer uma abordagem. Porque são muitos profissionais, e eu não sei se aquele profissional já abordou aquela pessoa e falou alguma coisa e depois eu chego falando outra. Então eu fico com receio de fazer essa abordagem aqui dentro do serviço. Por isso que eu só faço com aquelas pessoas que já tenho vínculo, agora outras pessoas que eu não sei o que tá se passando, o que tá acontecendo, se já tem o PTS dele já traçado. (ENTREVISTA 9 – BLOCO IV).

O dia a dia de um serviço AD exige muito dos profissionais que escolhem esse fazer. É suportar a dor, o sofrimento, histórias de pessoas silenciadas e exercitar uma escuta diferenciada. Essa exigência precisa ir além dos que procuram o serviço, é importante que sirva também para o/a colega que busca incessantemente como todos/as os/as profissionais do serviço optar pelo cuidado que o usuário consiga assumir, mas também sentir-se seguro/a com a decisão tomada.

Almeida ressalta que “as formas de pensar a drogadição e a constituição de instituições e práticas específicas para usuários de drogas passam pelo crivo da formação e identidade profissionais e pelo foco de apreensão da realidade social’ (ALMEIDA, 2015, p. 165-166). Percebe-se que na variedade de respostas dos/as entrevistados/as foram identificados que conforme a realidade social de cada um e a formação que suas experiências repercutem em suas práticas de formas diferenciadas, algumas vezes elas podem apresentar-se equânimes e outras vezes desarmônicas.

Quando eu estou abordando, já conseguindo fazer o trabalho, que chega um colega e aborda de outra maneira e que essa maneira não é legal pra aquele e aí a gente perde tudo o que a gente construiu naquele momento e que aí o paciente desiste de tudo e vai embora. (ENTREVISTA A11 – BLOCO IV).

Essa última entrevista exemplifica a atuação e o não entendimento com outros profissionais no processo de trabalho. É evidente que a comunicação entre os profissionais ainda é bastante desarticulada, gerando desconfiança no trabalho do/a colega e frustração também para quem iniciou a abordagem e não pode concluir seu trabalho. Segundo a narrativa falta sensibilidade e concordância nas articulações e abordagens.

Sabendo-se que as deficiências fazem parte do aprendizado humano, “é expressa a necessidade ou, melhor dito, a oportunidade, de se reinventar ou recriar a clínica com base em outro patamar ético e técnico que a situe em um projeto mais amplo de cuidado integral e humanizado” (LIMA; TRAD et al, 2013, p. 206). Cabe lembrar que a história dos Direitos

Humanos foi permeada por muita luta contra a tirania normatizada que feria a dignidade humana em suas diversas formas, tanto física, quanto psíquica e social e por isso não deve ser esquecida, é preciso disputar por sua sobrevivência todos os dias.

Manter o foco e seguir adiante, como diz a música: com a cabeça erguida e mantendo a fé em Deus, ou no que cada um acredita, é bem provável que o dia mais feliz de um colega vai ser o mesmo que o do outro se estiverem articulados e sustentando uma linguagem harmoniosa.

A inspiração do subtítulo do trabalho foi da música “Dias de luta, dias de glória”, (Anexo A), dos compositores Alexandre Magno Abrão e Thiago Rahael Castanho e intérprete Charlie Brown Jr. que de forma poética abordam sobre o crescimento pessoal, a valorização da saúde e da liberdade e de sempre continuar tentando conquistar aquilo que acredita, a nunca desistir. Enfim, alude de forma satisfatória o que foi trazido pelos/as participantes: a satisfação de cumprir o trabalho.

Um pressuposto de direcionamento do CAPS AD Gregório de Matos é a Redução de Danos, ela constitui em um conjunto de conhecimentos e práticas voltadas para redução de riscos e danos associados ao uso de substâncias psicoativas para pessoas que não querem ou não podem parar de usar drogas e, para tanto, respeita-se a liberdade de escolha do indivíduo, não é exigida a abstinência, é feita a ruptura com a criminalização do usuário (não tecer julgamentos), trabalha-se na perspectiva do estilo ético, estético e político do cuidado, além da autonomia e co-responsabilização do cuidado.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso de drogas que alguns usuários fazem em determinado contexto pode não vir a ser disfuncional, ou seja, não trazer prejuízos que desorganizem a vida deles, mas para outros usuários esse uso pode tornar-se compulsivo e problemático, gerar uma dependência e esse usuário passa a ser marginalizado pela sociedade, sendo tratado como um risco para os demais membros da coletividade já que não soube adaptar-se ao meio, e a opção dada é a exclusão.

A celeridade que vem ocorrendo com o surgimento de cada vez mais novas substâncias de uso e abuso e diversas formas de consumo das drogas que adotam características particulares, e necessitam de novos mecanismos de abordagem adaptados aos usuários e aos contextos onde são utilizados. É necessário acompanhar a velocidade com que essas substâncias químicas vêm se expandindo e, dessa forma, disponibilizar meios para atender aos usuários de forma equânime. E ainda, reconsiderar as diversas formas de atenção ao usuário conforme o uso que cada um estabelece com sua droga.

A proposta da Redução de Danos é inquestionável por todos/as os/as profissionais entrevistados, eles/as acreditam na viabilidade das ações e notam resultados positivos e terapêuticos na prática com os usuários. A promoção de estratégias e ações de redução de danos, ações essas canalizadas para a saúde pública e os direitos humanos, devem ser articuladas de forma inter e intra-setorial. E a finalidade constitui a redução dos riscos e das consequências prejudiciais associados ao uso de álcool e outras drogas para o usuário, a família e a sociedade.

Com o reconhecimento da estratégia de redução de danos como uma precaução preventiva, assistencial, de promoção da saúde e dos direitos humanos torna-se mais viável um tratamento que atenda a escolha do usuário e, principalmente, o respeito enquanto ser humano priorizando em primeiro lugar sua saúde, sem juízos de valor.

São diversos os conflitos, as surpresas e os bloqueios no serviço, pois ele configura-se em um espaço ímpar do dispositivo. Enfim, compreende-se que a função desempenhada pelo técnico precisa estar pautada no dinamismo e, também o anseio de ser uma constante a reinvenção de novas práticas e do saber/fazer no campo da saúde mental.

O estudo apontou as dificuldades da equipe em trabalhar de forma equânime nas práticas adotadas, mas também demonstrou o quanto a redução de danos está infundida no fazer de cada um dos profissionais e é, de fato, norteadora do cuidado ofertado aos usuários, na perspectiva do respeito aos direitos humanos, mesmo sofrendo situações consideradas violentas e/ou agressivas, acreditam no potencial do trabalho desenvolvido.

Portanto, nota-se que a percepção dos profissionais de saúde do CAPS sobre a Redução de Danos advém de suas experiências de vida e também da formação obtida, com isso os princípios dos direitos humanos foram demonstrados nos relatos de suas práticas. A pesquisa identificou que na percepção dos profissionais permeia o direito às diferenças, o direito às escolhas, o direito à saúde, o direito do usuário de ser quem ele deseja.

É fundamental discutir as formas de tratamento oferecidas aos usuários e confrontar os potenciais instrumentos utilizados no atendimento prestado nos serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) a quem faz uso de álcool e outras drogas e reelaborar planos de ação que respeitem sua autonomia e assegurem o direito que possuem de cuidar da saúde.

Esse estudo demonstrou que não é tarefa fácil realizar uma análise minuciosa sobre a percepção dos profissionais do CAPS em relação as práticas adotadas de Redução de Danos, porém foi possível demonstrar de forma elucidativa as ações e práticas da RD e como os profissionais a percebem no seu ambiente de trabalho. Foi possível perceber que mesmo sendo uma prática que respeita escolhas a RD não se propõe a realizar milagres, sua proposta é lidar com as possibilidades de cada um/a, respeitando as escolhas e limites, porém para alguns profissionais e usuários a RD facilita a continuidade do uso por não trazer exigências para o cuidado.

Percebe-se que os estudos empíricos sobre a RD não são satisfatórios, principalmente quando associada com outros conceitos como o de Direitos Humanos, perceptivelmente deveriam estar em comunhão, mas há poucas evidências de estudos associados. Essa não associação trouxe dificuldades para a pesquisadora em conectar esses conceitos e, com isso ficaram lacunas do conhecimento não preenchidas.

A realização desse estudo pode proporcionar ao serviço um novo olhar sobre a distância entre a teoria institucional e prática executada, principalmente no que concerne ao destaque do serviço que é a Redução de Danos. Parece tão óbvio institucionalmente, quando o serviço se apresenta como um equipamento que se orgulha por propor um cuidado permeado na lógica da Redução de Danos, mas na prática constata-se que tantos os profissionais quanto os usuários não compreendem o modelo que sustenta o serviço.

Por fim, é pertinente valorizar um trabalho que traz a marca de muitas histórias, e vive dias de luta, mas também vive dias de glória. São histórias de quem chega (os/as usuários/as) e histórias de quem acolhe (os/as profissionais) que se entrelaçam e surpreendem com a potência que o atendimento humanizado pode trazer em benefícios. E, também, vivenciam as agruras nesse fazer, são diversos sentimentos e sofrimentos por estarem dia a dia lutando por aquilo que acreditam. E, por fim, reconhecem que há os dias de glória ao demonstrarem a

satisfação de trabalhar e serem reconhecidos por aqueles que confiaram o papel de serem cuidados.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. R. B de. Autoria e protagonismo na construção de práticas institucionais: quais evidências procuramos? IN: FERNANDEZ, O. F. R. L.; ANDRADE, M. M; NERY FILHO, A. (orgs.) **Drogas e políticas públicas**: educação, saúde coletiva e direitos humanos. Salvador: EDUFBA; Brasília: ABRAMD, 2015. p. 165-177.

ALMEIDA, C. B. Conceito de redução de danos: uma apreciação crítica. **Boletim da Saúde**, v. 17, n. 1, 2003. Disponível em: <<http://www.boletimdasaude.rs.gov.br/conteudo/1228/conceito-de-reducao-de-danos:-uma-apreciacao-critica>>. Acesso em: 25 jul. 2018

ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2309-2319, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n11/02.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2015.

AMARANTE, P. Loucos pela Vida: A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

\_\_\_\_\_. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

\_\_\_\_\_; TORRE, E. H. G. Direitos humanos, cultura e loucura no Brasil: um novo lugar social para a diferença e a diversidade. IN: OLIVEIRA, W.; PITTA, A.; AMARANTE, P. (orgs.). **Direitos Humanos & Saúde Mental**. São Paulo: Hucitec, 2017. p. 107-133.

ANDRADE, T. M. de. Redução de danos: um novo paradigma? In: TAVARES, L. A. et al. (Org.). **Drogas**: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo. Salvador: EDUFBA; CETAD/UFBA, 2004. p. 87-95.

ANDREWS, T. et al. A metodologia da teoria fundamentada nos dados clássica: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. **Texto contexto-enferm.**, Florianópolis, v. 26, n. 4, e1560017, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/SciELO.php?cript=sci\\_arttex&pid=S0104-07072017000400602&Ing=pt&nrm=isso](http://www.scielo.br/SciELO.php?cript=sci_arttex&pid=S0104-07072017000400602&Ing=pt&nrm=isso)>. Acesso em: 10 jul. 2018.

ARBEX, D. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração, 2013.

ASSUNÇÃO, L. Direitos humanos e direitos das pessoas que usam drogas: história de uma assimetria político-conceitual. IN: FERNANDEZ, O. F. R. L.; ANDRADE, M. M; NERY FILHO, A. (orgs.) **Drogas e políticas públicas**: educação, saúde coletiva e direitos humanos. Salvador: EDUFBA; Brasília: ABRAMD, 2015. p. 279-289.

BARROSO, W.; VILLAPOUCA, K. C; OLIVEIRA, A. A. S de. Perspectivas epistemológicas da bioética brasileira a partir da teoria de Thomas Kuhn. **Revista Brasileira de Bioética**, Brasília, DF, v. 1, n. 4, p. 363-385, 2005. Disponível em: <<http://conselheiros6.nute.ufsc.br/ebook/medias/pdf/A%20perspectiva%20de%20Thomas%20Kuhn.compressed.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2017.

BASTOS, F. I.; MESQUITA, F. Estratégias de Redução de Danos. In: SEIBEL, S. D.; TOSCANO JÚNIOR, A. **Dependência de drogas**. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 181-190.

BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 11. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

BERTOLOZZI, M. R. et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 43, n. Esp 2, p. 1326-1330, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22s2/3794.pdf>>.

BIANCHINI, A. Título I – Disposições preliminares. In: GOMES, L. F.; et al. 2006. **Nova lei de Drogas comentada artigo por artigo: Lei 11.343/2006**, de 23.08.2006. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais.

BONFIM, E. de M. Direitos Humanos: história e desafios. IN: GUERRA, A. M. C; KIND, L; AFONSO, L; PRADO, M. A. M. (orgs). 2012. **Psicologia Social e Direitos Humanos**. Belo Horizonte, Arte Sá.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral à Usuários de Álcool e outras Drogas**. 2. ed. rev. ampl. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. 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... **Diário Oficial** [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF: Diário Oficial. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2006/Lei/L11343.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11343.htm)>. Acesso em: 15 out. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. Brasília, DF: Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados – 12, Ano 10, nº 12**, outubro de 2015. Brasília, 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde - CNS**. Bioética, 2012. Publicada no Diário Oficial da União nº 12 – quinta-feira, 13 de junho de 2013. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2017.

BUCHELE, F.; COELHO, E. B. S.; LINDNER, S. R. A promoção da saúde enquanto estratégia de prevenção ao uso de drogas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 267-273, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a33v14n1.pdf>>. Acesso em: 31 ago. 2016.

CANOLETTI, B.; SOARES, C. B. Programas de prevenção ao consumo de drogas no Brasil: uma análise da produção científica de 1991 a 2001. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 115-129, set. 2004/fev. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a10.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2015.

CARVALHO, B.; DIMENSTEIN, M. Análise do Discurso sobre Redução de Danos num CAPSad III e em uma Comunidade Terapêutica. *Temas em Psicologia*, Natal, v. 25, n. 2, p. 647-660, junho 2017. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v25n2/v25n2a13.pdf>>. Acesso em 01 jun. 2019.

CAVALLARI, C. A clínica das toxicomanias. In: FERNANDEZ, O. F. R. L.; ANDRADE, M. M.; NERY FILHO, A (Orgs). *Drogas e políticas públicas: educação, saúde coletiva e direitos humanos*. Salvador: EDUFBA; Brasília: ABRAMD, 2015. P.203-209.

DESLAURIERS, J. P.; KÉRISIT, M. O delineamento de pesquisa qualitativa. In: POUPART, J. et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

DUARTE, P. do C. A. V.; DALBOSCO, C. A política e a legislação sobre drogas. In: BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Tratamento da dependência de crack, álcool e outras drogas: aperfeiçoamento para profissionais de saúde e assistência social**. Brasília – DF: SENAD, 2012. p. 187-195.

ESPINHEIRA, G. Os tempos e os espaços das drogas. In: TAVARES, L. A.; ALMEIDA, A. R. B. de; NERY FILHO, A. (Org.). **Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo**. Salvador: EDUFBA; CETAD/UFBA, 2004.

FELÍCIO, J. L.; PESSINI, L. Bioética da proteção: vulnerabilidade e autonomia dos pacientes com transtornos mentais. **Revista Bioética**, Brasília, DF, v. 17, n. 2, p. 203-220, 2009.

FERREIRA, P. L. E. A justiça terapêutica e o conteúdo ideológico da criminalização do uso de drogas no Brasil. **Revista da Faculdade de Direito da UFPR**, Curitiba, v. 43, 2005. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/direito/article/viewArticle/7041>>. Acesso em: 21 abr. 2017.

FLICK, U. Entrevista episódica. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013. p. 114-136.

FONSÊCA, C. J. B da. Conhecendo a redução de danos enquanto uma proposta ética. **Psicologia & Saberes**, v. 1, n. 1, p. 11-36, 20012. Disponível em: <<http://revistas.cesmac.edu.br/index.php/psicologia/article/view/42>>. Acesso em: 25 jul. 2018.

FONTES, A. et al. Redução de danos: uma abordagem legítima para lidar com o consumo de substâncias psicoativas. In: FIGLIE, N. B. et al. (Org.). **Aconselhamento em dependência química**. São Paulo: Roca, 2010.

FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. P. 459-474.

GALVÃO, R. C. S. História dos direitos humanos e seu problema fundamental. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, VIII, n. 23, out. 2005. Disponível em: <http://www.ambito->



juridico.com.br/site/index.php?n\_link=revista\_artigos\_leitura&artigo\_id=176> Acesso em maio de 2019.

GOMES, L. F. et al. **Nova lei de drogas comentada artigo por artigo**: Lei 11.343/2006, de 23 de agosto de 2006. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2006.

GUARESHI, N. M. F. et al. Intervenção na condição de vulnerabilidade social: um estudo sobre a proteção de sentidos com adolescentes do programa do trabalho educativo. **Estudos e Pesquisas em Psicologia UERJ**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 20-30, 2007.

OBSERVATÓRIO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS. **Histórico da Política Nacional sobre Drogas**. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/pessoas-sujeitos-drogas-e-sociedade/politicas-e-legislacoes>>. Acesso em: 22 jul. 2018

LANCETTI, A. **Clínica Peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2007.

\_\_\_\_\_. **Contrafissura e plasticidade psíquica**. São Paulo: Hucitec, 2015.

LESSA, M. B. M. F. **Os paradoxos da existência na história do uso das drogas**. 1998. Rio de Janeiro: IFEN. Disponível em: <<http://www.ifen.com.br>>. Acesso em: 13 abr. 2017.

LIMA, L. L. de. et al. A elaboração de projetos terapêuticos singulares: desafios na superação da clínica tradicional no CAPSAD. IN: BESSA JORGE, M. S.; TRAD, L. A. B.; QUINDERÉ, P. H. D.; LIMA, L. L. de. **Olhares plurais sobre o fenômeno do crack**. Fortaleza: EdUECE, 2013. p. 197-228.

MACRAE, E. Antropologia: aspectos sociais, culturais e ritualísticos. In: SEIBEL, S. D.; TOSCANO JÚNIOR, A. **Dependência de drogas**. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 25-34.

MACRAE, E. **A subcultura da droga e prevenção**. NEIP, 2001. Disponível em: <<http://www.neip.info/downloads/edward>>. Acesso em: 9 abr. 2017.

MACRAE, E. **Aspectos socioculturais do uso de drogas e políticas de redução de danos**. [1995?] NEIP. Disponível em: <<http://www.neip.info/downloads/edward2.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2017.

MERHY, E. Anormais do desejo: os novos não-humanos? Os sinais que vêm da vida cotidiana e da rua. In: GRUPO DE TRABALHO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (Org.). **Drogas e Cidadania: em debate**. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia, 2012. p. 9-18.

MINAYO, M. C. de S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul./set. 1993. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/02.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2017.

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 e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 121-138, 2008. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ufba/183/1/Toxicomanias.pdf>>. Acesso em: 28 nov. 2015.

MOREIRA, E. C. Uso do crack nas metrópoles modernas: observações preliminares sobre o fenômeno em Salvador, Bahia. In: NERY FILHO, A. et al. (Org.) **Toxicomanias: incidências clínicas e socioantropológicas**. Salvador: EDUFBA: CETAD, 2009.

NOTO, A. R.; GALGURÓZ, J. C. F. O uso de drogas psicotrópicas e a prevenção no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 145-151. 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n1/7137.pdf>>. Acesso em: 28 nov. 2015.

OLIVEIRA, W. F de. As interfaces entre Direitos Humanos e Saúde mental. IN: OLIVEIRA, W; PITTA, A; AMARANTE, P. (Orgs.) **Direitos humanos e Saúde Mental**. São Paulo: Hucitec, 2017. p. 11-19.

OVIEDO, R. A. M.; CZERESNIA D. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. **Interface Comunicação Saúde Educação.**, Botucatu, v. 19, n. 53, p. 37-249, 2015.

NUNES, M. de O.; ONOCKO-CAMPOS, R. Prevenção, atenção e controle em saúde mental. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. de. **Saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 501-512.

PECEGO, A. C.; COMIS, M. A. Dependência de drogas e HIV: Redução de danos, Vulnerabilidade, Estigmas e Preconceito. IN: In: SILVA, E. A de; ZUGMAN, D. K.; MOURA, Y. G de. **Vulnerabilidades, resiliências e redes: uso, abuso e dependência de drogas**. São Paulo: Red Publicações, 2015. p. 133-154.

PRATTA, E. M. M; SANTOS, M. A dos. O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. **Psic. Teor. e Pesq.**, Brasília, DF, v. 25, n. 2, p. 203-211, abr./jun. 2009. Disponível em: <<http://w.scielo.br/pdf/ptp/v25n2/a08v25n2.pdf>>. Acesso em: 11 jul. 2018.

QUEIROZ, I. S. de. Adoção de ações de redução de danos direcionadas aos usuários de drogas: concepções e valores de equipes do programa de saúde da família. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João Del-Rey, v. 2, n. 1, mar./ago. 2007. Disponível em: <<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:o2DHFhaL7r8J:www.ufsj.edu.br/pportal-repositorio/File/revistalapip/16artigoword.doc+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>>. Acesso em: 28 nov. 2017.

QUINDERÉ, P. H. D.; JORGE, M. S. B.; FRANCO, T. B. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 253-271, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312014000100014>>. Acesso em: 27 jun. 2017.

REGO, M et al. Estratégias clínicas numa instituição para toxicômanos. In: NERY FILHO, A. et al. (Orgs.). **Toxicomanias: incidências clínicas e socioantropológicas**. Salvador: EDUFBA; Salvador: CETAD, 2009.

REGO, S.; P. A et al. **Bioética para profissionais da saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

SANTOS, J. L. G. dos et al. Perspectivas metodológicas para o uso da teoria fundamentada nos dados na pesquisa em enfermagem e saúde. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3,

jul./set. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n3/1414-8145-ean-20-03-20160056.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2017.

SCHENKER, M; CAVALCANTE, F. G. Vulnerabilidade, Família, Abuso, Dependência de Drogas e Violência. In: SILVA, E. A de; ZUGMAN, D. K.; MOURA, Y. G de. **Vulnerabilidades, resiliências e redes: uso, abuso e dependência de drogas.** São Paulo: Red Publicações, 2015. p 23-35.

SCHRAMM, F. R. Proteger os vulnerados e não intervir aonde não se deve. **Revista Brasileira de Bioética**, Brasília, DF, v. 3, n. 3, p. 377-389, 2007. Disponível em: <<https://rbbioetica.files.wordpress.com/2014/11/rbb-3-3.pdf>>. Acesso em: 29 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. Bioética da proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. **Revista Bioética**, Brasília, DF, v. 16, n. 1, p. 11-23, 2008. Disponível em: <[http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/52/55](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/52/55)>. Acesso em: 29 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. A bioética de proteção é pertinente e legítima? **Rev. Bioética**, Brasília, DF, v. 19, n. 3, p. 713-724, 2011. Disponível em: <[http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/673/705](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/673/705)>. Acesso em: 30 mar. 2017.

SILVA, L. C. R. **Justiça terapêutica.** DIREITO, 2002, p. 166-181. Disponível em: <[http://aems.edu.br/publicacao/direito/downloads/Direito\\_Sociedade\\_Alta.pdf#page=166](http://aems.edu.br/publicacao/direito/downloads/Direito_Sociedade_Alta.pdf#page=166)>. Acesso em: 10 ago. 2017.

SILVA, M. V. de O. Relações entre Psicologia e Direitos Humanos no Brasil: construindo a visibilidade. IN: GUERRA, A. M. C; KIND, L.; AFONSO, L.; PRADO, M. A. M. (orgs). **Psicologia Social e Direitos Humanos.** Belo Horizonte: Arte Sã, 2012. p. 53-63.

SIQUEIRA, J. E. de. Ensaio sobre vulnerabilidade humana. In: BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone (Org.). **Bioética, vulnerabilidade e saúde.** São Paulo: Idéias & Letras/S. Camilo, 2007. 388p. (Coleção Bio & Ética).

SODELLI, M. Vulnerabilidade, resiliência e redes sociais: uso, abuso e dependência de drogas. In: SILVA, E. A. da; ZUGMAN, D. K.; MOURA, Y. G. de. **Vulnerabilidades, resiliência, redes: uso, abuso e dependência de drogas.** São Paulo: Red Publicações, 2015. p. 3-21.

\_\_\_\_\_. Destramando o proibicionismo: a Redução de Danos na prevenção. In: FERNANDEZ, O. F. R. L.; ANDRADE, M. M.; NERY FILHO, A (Orgs). **Drogas e políticas públicas: educação, saúde coletiva e direitos humanos.** Salvador: EDUFBA; Brasília: ABRAMD, 2015. P. 125-136.

STRAUS, A.; CORBIN, J. **Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada.** Antioquia, COM: Editorial Universidad de Antioquia. 2012. (Colección Contus).

TOSCANO JÚNIOR, A. Um breve histórico sobre o uso de drogas. In: SEIBEL, S. D.; TOSCANO JÚNIOR, A. **Dependência de drogas**. São Paulo: Atheneu, 2000.

TRAD, S. do N. S. et al. Contribuições das ciências sociais ao estudo sobre drogas e o diálogo com a produção nacional contemporânea. In: BESSA JORGE, M. S. et al. (orgs.). **Olhares plurais sobre o fenômeno do crack**. Fortaleza: Ed UECE, 2013. p. 27-65.

VINADÉ, T. F.; CRUZ, M. S. BARRETO, M. M. **Supera**. Detecção do uso e diagnóstico da dependência de substâncias psicoativas: Mód. 5. Brasília, DF: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), 2014. p. 94-107.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, professora Maria Geralda Gomes Aguiar e Claudia Oliveira Dias (pesquisadoras responsáveis), convidamos você a participar da pesquisa “**Redução de danos na percepção de profissionais de saúde**”, do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre o Cuidar/Cuidado (NUPEC) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). O objetivo da pesquisa é analisar a percepção dos profissionais de saúde de um CAPS AD, no município de Salvador, BA, em relação às práticas adotadas na atenção e acompanhamento de usuários de álcool e outras drogas. Os resultados da pesquisa poderão contribuir para melhor compreensão acerca da prática de profissionais que atuam a partir da redução de danos. O levantamento das informações será realizado por meio de entrevistas. Os possíveis riscos da pesquisa estão relacionados ao receio de tratar dos assuntos propostos, relembrar momentos desagradáveis da rotina de trabalho e constrangimento diante da pesquisadora. Se algum risco/desconforto for identificado a pesquisa será interrompida imediatamente. Os prováveis benefícios da pesquisa envolvem a consideração da experiência do profissional de saúde para fornecer dados que sejam relevantes para auxiliar outros(as) trabalhadores(as) em saúde que desconhecem a prática da redução de danos e desejem inseri-la na prática. Informamos que sua participação é voluntária, de modo que você tem liberdade para recusar ou desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem que haja qualquer problema. Caso aceite participar, a entrevista acontecerá de acordo com a sua disponibilidade, em local, dia e horário previamente agendados. As informações só serão utilizadas mediante sua autorização e ninguém terá conhecimento de quem as forneceu, para preservar sua identidade e evitar qualquer impedimento à livre expressão de suas opiniões, garantindo a confidencialidade, privacidade e sigilo. Para participar desta pesquisa você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira por sua participação, esta é voluntária e a decisão é livre. Caso você tenha alguma despesa pela participação na pesquisa garantimos o ressarcimento. Caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, você terá direito a indenização. Desde que concorde, a entrevista será gravada e você poderá ouvir o áudio, modificar ou retirar trechos ou a entrevista completa, a seu critério. Desde que autorize, as informações serão digitadas e arquivadas no NUPEC – UEFS, por cinco anos e após isto serão destruídas. Nos comprometemos a apresentar os resultados desta pesquisa no campo empírico e para a comunidade científica. Deste modo, serão apresentados e divulgados em congressos e outros eventos científicos, publicados em revistas científicas e livros. Caso haja qualquer dúvida antes, durante ou depois da realização da pesquisa, você poderá entrar em contato com as pesquisadoras no NUPEC, no Módulo VI – UEFS, localizada na Av. Transnordestina, s/n, Novo Horizonte, Feira de Santana – BA. Ou ainda pelo telefone (75) 3161-8365. Caso tenha dúvidas relacionadas às questões éticas, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UEFS por telefone (75) 3161-8067 ou do e-mail: cep@uefs.br. Caso esteja bem informado e concorde em participar, deverá assinar este termo de consentimento em duas vias, permanecendo uma cópia com você e a outra com as pesquisadoras.

Feira de Santana, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) participante

\_\_\_\_\_  
Claudia Oliveira Dias  
Pesquisadora responsável

\_\_\_\_\_  
Maria Geralda Gomes Aguiar  
Pesquisadora responsável

## APÊNDICE B – ROTEIRO ENTREVISTA EPISÓDICA

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_

Horário de início \_\_\_\_:\_\_\_\_ Horário de término \_\_\_\_:\_\_\_\_

Entrevistador(a):

### 1. Identificação

Pseudônimo \_\_\_\_\_ Idade (em anos completos) \_\_\_\_\_

Raça/cor: ( ) Preta ( ) Parda ( ) Indígena ( ) Amarela ( ) Branca

Gênero: \_\_\_\_\_

Escolaridade \_\_\_\_\_ Trabalho/Ocupação \_\_\_\_\_

Trabalha nessa profissão desde: \_\_\_\_\_

### 2. Perguntas norteadoras

Nesta entrevista, eu vou lhe pedir várias vezes que me conte situações em que você teve certas experiências na abordagem com usuários de álcool e outras drogas em tratamento nesse Caps:

1- Relate sobre o que significa tratamento do uso problemático de álcool e outras drogas;

2- Relate como foi seu primeiro contato com um usuário de álcool e outras drogas para tratamento.

3- O que você entende por Redução de Danos?

4- O que influenciou de modo particular suas ideias sobre redução de danos?

5- O que você vincula à expressão redução de danos?

6- Conte-me sobre as ações de redução de danos que são realizadas no serviço. Por favor, descreva as ações de redução de danos que são realizadas por você.

7- Por favor, conte como transcorreu o seu último dia de trabalho e se a redução de danos teve relevância neste dia.

8- O que significa assistência/cuidado ao usuário de álcool e outras drogas? O que você associa a palavra cuidado?

9- Quando você olha para o passado, qual foi sua primeira experiência com a clínica AD? Poderia, por favor, falar sobre isso?

10- Qual foi sua experiência ou contato mais marcante com a clínica de AD nesse Caps? Poderia, por favor, falar-me dessa situação?

11- Qual foi sua primeira experiência mais significativa com respeito ao seu trabalho? Poderia, por favor, falar-me dessa situação?

12- Poderia, por favor, falar-me de uma situação em que você se sente particularmente bem com o seu trabalho?

13- Quando a abordagem se torna um problema para você? Poderia, por favor, falar-me de uma situação deste tipo?



## APÊNDICE C – BLOCO I

Quadro 1 – Prevenção do cuidado

Unidades de Análise	Códigos	Subcategoria	
Tratamento como oportunidade	Tendo oportunidade de tratamento mais humanizado	Tendo tratamento de qualidade e diferenciado	
Tratamento mais humanizado			
É uma redução de danos			
Acolhimento			
Direcionando o tratamento	Tendo diretrizes no tratamento		
Minimizando a dor			
Proporcionando um desempenho melhor			
Recuperando o que pode ter perdido			
Tendo que se tratar	Tendo tratamento diferenciado de outros lugares		
Tendo que se cuidar			
Tendo uma boa referência			

Quadro 2 – Primeiros contatos com o usuário e o medo do desconhecido

Unidades de Análise	Códigos	Subcategoria	
Tendo contato mais secundário por ser do setor administrativo	Fazendo o serviço mais afastado da área assistencial	Chegando com medo no serviço e sentindo-se bem no trabalho, mesmo sendo distanciado da área assistencial	
Fazendo serviço mais afastado da área assistencial			
Tendo contato mais com o trabalho em si do que com os usuários			
Sendo respeitado pelos usuários	Sentindo-se bem no trabalho e respeitado pelos usuários		
Sentindo-se bem no trabalho			
Pensando que técnicos também são usuários como todas as pessoas			
Chegando com insegurança ao iniciar no serviço	Chegando no serviço inseguro e com medo, mesmo tendo vivenciado casos na família que não tiveram acesso ao CAPS AD		
Tendo medo dos usuários no início			
Tendo casos na família de uso de álcool que nunca tiveram acesso a um tratamento em CAPS AD			

Quadro 3 – Percepção sobre Redução de Danos

Unidades de Análise	Códigos	Subcategoria
Ouvindo falar	Tendo interesse em conhecer sobre redução de Danos no serviço	Operacionalizando a Redução de Danos
Escutando as pessoas		
Pesquisando na internet		
Convivendo com as pessoas		
Aprendendo no curso		
Fazendo campo		
Sendo um tratamento mais humanizado	Reduzindo danos como tratamento	
Sendo um tipo de abordagem		
Sendo um tipo de tratamento		
Vendo o indivíduo com dificuldade	Minimizando as dificuldades do sujeito	
Tentando minimizar		
Falando uma palavra de conforto		
Levando a seguir adiante com o trabalho		
Enxergando o outro	Significando a Redução de Danos	
Podendo ser parceiro		
Podendo estar junto		
Vinculando à vida		
Cuidando das pessoas		
Percebendo como uma estratégia de saúde pública		

Quadro 4 – Ações de RD: o acolhimento e o cuidado ao usuário

Unidades de Análise	Códigos	Subcategoria
Sentindo-se acolhedor na diferença	Sentindo-se acolhedor e próximo ao sujeito	
Estando próximo ao sujeito		
Tendo que captar recursos para mobilizar oficinas	Captando recursos e criando várias oficinas	
Criando várias oficinas		
Oferecendo as ferramentas nas oficinas		
Oferecendo cuidado aos usuários		

Operando com a redução	Oferecendo cuidado dentro do serviço como oficinas, conversas, observações na enfermaria, administração de medicamentos	Ofertando acolhimento e cuidado ao usuário intra e extra muros
Tendo muita conversa		
Participando de oficinas no serviço		
Realizando observação na enfermaria		
Administrando medicação oral		
Saindo da reunião para realizar intervenção a uma usuária que chegou demandado cuidados		
Subindo para a enfermaria com a usuária para ela tomar banho e repousar		
Indo ao campo para fazer redução de danos	Oferecendo cuidado fora do serviço, realizando visitas domiciliares e acompanhando usuários em outros serviços	
Realizando visitas domiciliares		
Acompanhando usuários em outros serviços		
Tendo assembleia com muitos conflitos;	Participando de assembleias e discussão de casos.	
Discutindo casos clínicos nas reuniões de PTS.		

Quadro 5 – Satisfação no trabalho apesar das situações de vulnerabilidade

Unidades de Análise	Códigos	Subcategoria
Vivendo experiências de situações extremas de agressões, brigas entre usuários e conflitos	Vivendo situações de conflito	
Mobilizando-se para evitar situações de agressões físicas		
Utilizando o diálogo como mediador das situações de conflito	Promovendo diálogos e narrações de histórias	
Promovendo diálogos com os usuários		

Narrando histórias criadas		
Vivenciando momentos alegres relacionados com atividades culturais com a integração dos profissionais com os usuários	Sentindo-se contente por participar e realizar atividades culturais, científicas e das oficinas	
Realizando as primeiras atividades culturais e científicas		
Sentindo-se feliz e agradecido por todas as experiências de oficinas incomuns		
Vendo que a arte é necessária	Acreditando na arte como necessidade para o tratamento	
Achando que a arte faz parte do alimento das pessoas		
Sendo apaixonado pelo trabalho	Sentindo-se satisfeito com o trabalho	
Fazendo o trabalho com muita satisfação		
Dando valor ao que faz		
Fazendo as oficinas abertas e fechadas	Sentindo a aproximação dos usuários nas oficinas fechadas	
Rendendo mais nas oficinas fechadas por poder se aproximar mais dos usuários		
Sendo abordada por um usuário no campo	Sendo abordada no campo e convidando o usuário para conhecer o CAPS	
Convidando o usuário para conhecer o CAPS		

Sentindo-se satisfeito com o trabalho e com a realização de atividades artísticas e culturais, mesmo acontecendo situações de agressões

Quadro 6 – Estresse do/a trabalhador/a

Unidades de Análise	Códigos	Subcategoria
Vivenciando situações de agressão	Vivenciando situações de agressão e tentando dialogar	Tentando resolver situações de agressões e sendo interrompido(a)/atrapalhado(a) por colegas
Tentando conversar com os usuários mais agitados		
Ficando na periferia, sem se aproximar das pessoas	Ficando afastado dos usuários	
Tentando abordar um usuário e sendo interrompido por um/a colega.	Sentindo que sua abordagem foi interrompida por	
Resolvendo alguma situação e sendo		

atrapalhado pelo colega.	colegas	
--------------------------	---------	--

## APÊNDICE D – BLOCO II

Quadro 7 – Promoção do cuidado

Unidades de Análise	Códigos	Subcategoria
Tratando o usuário na clínica psicossocial	Sendo uma combinação de vários recursos disponíveis na atenção psicossocial norteado a partir do plano terapêutico singular.	Combinando vários recursos da clínica psicossocial promovendo a relação e o cuidado na perspectiva da redução de danos.
Fazendo o acompanhamento psicossocial na clínica ampliada		
Sendo norteado a partir do plano terapêutico		
Sendo uma combinação de vários recursos disponíveis na atenção psicossocial para poder acompanhar cada caso singularmente		
Envolvendo desde atendimentos individuais, de tratamento medicamentoso ou de visitas domiciliares e acompanhamento terapêutico		
Acolhendo o usuário e/ou familiar com alguma demanda de sofrimento pelo uso de substância	Acolhendo usuário e/ou familiar na busca de melhora da qualidade de vida das pessoas com a oferta de reabilitação física e psicológica além do fortalecimento da rede de apoio.	
Buscando a melhora dessa pessoa		
Melhorando a qualidade de vida do sujeito		
Dando muita importância a reabilitação psicológica		
Identificando o problema para poder cuidar		
Pensando que o que é oferecido é uma reabilitação clínica (tanto física quanto psicológica)		
Minimizando o sofrimento por atendimentos individuais e atendimentos coletivos		
Atuando sobre os sintomas que se constituíram na expressão dos conteúdos		
Dando condições para o sujeito buscar uma reabilitação social		
Fortalecendo a rede de apoio do indivíduo		

Achando que deve possibilitar tratamento para que o sujeito tenha uma opção melhor na vida		
Entendendo que na perspectiva da redução de danos não se exige a abstinência	Entendendo o que é cuidado na perspectiva da redução de danos	
Entendendo o que é cuidado		
Entendendo que o resultado das nossas ações é imprevisível		
Verificando se o uso da pessoa compromete a vida dela, o trabalho, o lazer, a relação que ela tem com a sociedade	Verificando o comprometimento que a droga tem na vida do sujeito para reeducá-lo quanto ao uso e habilitá-lo para retomar projetos e novas possibilidades de vida.	
Buscando sempre lograr as perspectivas de vida do sujeito, habilitar a pessoa a retomar projetos e criar novas possibilidades para si		
Acreditando em um processo de reeducação consciente da droga que o sujeito usa		
Entendendo que o usuário tá somente naquilo de usar droga		
Entendendo como uma relação profissional	Envolvendo o encontro de duas pessoas que favorece a expressão de conteúdos inconscientes e de sua história de vida.	
Entendendo que envolve o encontro de duas pessoas		
Sabendo o que é se propor a esse tipo de relação profissional usuário		
Favorecendo a expressão de conteúdos inconscientes		

Quadro 8 – Primeiros contatos com o usuário e o medo do desconhecido

Unidades de Análise	Códigos	Subcategoria
Enfrentando dificuldades por falta de estruturação da equipe	Enfrentando dificuldades com a estruturação da equipe e sem saber como lidar com o usuário.	
Ficando um pouco sem saber o que fazer ou como lidar com o usuário		
Sentindo-se insegura por receber usuários de referência que não chegaram por meio da construção de vínculo		
Tendo que assumir um lugar de referência sem ter vínculo		
Herdando referência de pessoas que tinham vínculo com o serviço		

Estagiando em um ambulatório de tratamento para usuário de álcool e outras drogas	Tendo primeiro contato com usuários de drogas como estagiário.	Enfrentando dificuldades com a equipe e aprendendo a lidar com os usuários a partir da escuta
Tendo primeiro contato como estagiário		
Lembrando de um caso específico de uma mulher com dependência de medicamento	Atendendo um caso de dependência de medicação, aprendendo a ouvir a história das pessoas	
Aprendendo que teria que ouvir a história da usuária		
Percebendo que as pessoas têm necessidade de falar, elaborar questões		
Sentindo-se mais confortável em pegar referências pós acolhimento		
Supervisionando equipe que trabalhava com pessoas em situação de rua e que faziam uso de substâncias psicoativas	Sendo supervisora de equipe que atendia as pessoas em situação de rua usuárias de drogas	
Indo ao campo encontrar com usuários de drogas	Encontrando com usuárias no campo, ofertando insumos e oferecendo escuta	
Encontrando com pacientes no campo		
Querendo conhecer as pessoas com as quais iria trabalhar de perto no seu próprio espaço e com suas limitações		
Vendo onde as pessoas faziam uso de drogas		
Ofertando insumos, camisinhas, folders no campo e conversando com as pessoas abordadas		

Quadro 9 – Percepção sobre Redução de Danos

Unidades de Análise	Códigos	Subcategoria
Vendo a redução de danos como uma política pública		
Sendo uma política que vai muito além dessa forma de tratar pela diminuição do uso apenas		
Acreditando que é uma política, não só de cuidados de saúde, mas uma política		



<p>peçoal de cuidado</p> <p>Pensando que é uma política interna de vida individual</p> <p>Sendo uma política que norteia os serviços e oferece à pessoa um processo de educação</p> <p>Pensando redução de danos com uma política pública que norteia os serviços AD</p> <p>Sendo como um conjunto de legislações, de estratégias, de uma política pública</p> <p>Vinculando a política</p> <p>Vinculando a defesa daqueles que não tem voz</p> <p>Vinculando a defesa daqueles saberes que não são tão valorizados como outros</p>	<p>Sendo uma política pública que norteia os serviços AD, a defesa daqueles que não têm voz e dos saberes que não são valorizados</p>	<p>Tendo vivido experiências particulares que geraram sofrimento e acreditando na eficácia da redução de danos</p>
<p>Percebendo que o eixo da redução de danos não está centrado apenas na diminuição do uso</p> <p>Saindo do lugar que se sinta detentor da verdade e do saber técnico</p> <p>Significando uma mudança de olhar</p> <p>Entendendo que é um processo de reeducação</p> <p>Significando refletir sobre o uso</p> <p>Pensando enquanto um novo modelo de atenção em que faz o contraponto a abstinência</p> <p>Entendendo a escolha do outro</p> <p>Respeitando e possibilitando informações e acesso a coisas que não vá prejudica-lo futuramente</p> <p>Tendo sentido o tratamento se tiver desejo por parte da pessoa</p> <p>Sendo a redução de danos o respeito ao desejo da pessoa</p> <p>Sendo importante se colocar no lugar do outro</p>	<p>Entendendo a redução como processo de reeducação, reflexão que respeita a escolha da pessoa.</p>	
<p>Sendo uma estratégia para melhorar a relação do sujeito com a sociedade</p> <p>Significando reduzir os riscos e os danos que a droga causa na vida da pessoa</p> <p>Minimizando os riscos e danos desde as formas mais simples até as formas complexas</p> <p>Evitando o excesso</p>	<p>Sendo uma estratégia de evitar excesso e reduzir riscos e danos que a droga</p>	

Reduzindo os riscos para dar menos margem aos danos e os prejuízos	causa na vida das pessoas.	
Sabendo que tudo tem que ser dosado		
Observando o usuário fazendo uso da droga e sabendo cuidar do corpo também		
Tentando ajudar essa pessoa no seu cuidado integral	Tentando manejar a partir do vínculo que a pessoa se organize no seu cuidado integral e que se responsabilize pelas decisões tomadas.	
Tendo a ver com a pessoa sair de um determinado lugar		
Precisando outorgar que a pessoa tome a decisão		
Sendo a redução de danos uma saída de um olhar que a pessoa é treinada pela vida toda a assumir: a responsabilidade, o comando da situação, o domínio do conhecimento para si		
Tendo como objetivo de que enquanto houver vida há possibilidade tanto da pessoa parar ou não de usar		
Acreditando que seja fazer escolhas conscientes do que quer		
Tendo uma vinculação com o usuário e sabendo manejar		
Enxergando que é o único caminho possível para o tratamento da dependência de álcool e outras drogas	Considerando a redução como único caminho para o tratamento da dependência de álcool e outras drogas a partir das formações acadêmicas e experiências no serviço	
Sendo válido para qualquer área de tratamento		
Tendo experiências em clínicas particulares com o funcionamento manicomial		
Tendo que conhecer a história do paciente		
Aprendendo muita coisa no serviço		
Lendo mais e passando a entender e vivenciar o quanto é difícil para as pessoas que fazem uso chegarem à abstinência		
Tomando conhecimento da política pública		
Apropriando por meio das inspirações do professor Tarcísio		
Fazendo a residência em saúde mental		
Tendo uma formação teórica e uma formação prática		
Iniciando o trabalho no CAPS		

Tendo vários eventos na vida acadêmica que influenciaram		
Sendo questionador sobre tudo		
Tendo interesse pela psiquiatria, um meio excêntrico		
Sendo estagiários de redução de danos		
Aplicando a redução de danos na vida		
Sendo uma pessoa fora do centro, excêntrica	Sendo uma pessoa diferenciada, que sofreu <i>bullying</i> , tendo pais usuários, participando de <i>raves</i> e conhecendo coletivos de redução de danos	
Sentindo-se fora do centro, mesmo tendo uma vida confortável		
Tendo sofrido <i>bullying</i> na infância		
Sentindo-se sem preconceitos		
Sendo filha de usuário		
Participando das <i>raves</i> e conhecendo os coletivos de redução de danos		
Tendo ligação com as escolhas dos relacionamentos	Tendo a ver com a sexualidade e a escolha dos relacionamentos	
Tendo a ver com a sexualidade		
Vinculando RD a qualidade de vida	Vinculando a qualidade de vida onde inclui: cuidado, autonomia, liberdade	
Vinculando a cuidado		
Vinculando a autonomia		
Vinculando a liberdade		
Vinculando a prevenção		
Vinculando ao próprio vínculo	prevenção e vínculo	

Quadro 10 - Eixo 4 - Ações de RD: o acolhimento e o cuidado ao usuário

Unidades de Análise	Códigos	Subcategoria
Podendo preferir um espaço, um conforto, uma escuta, uma resposta a uma demanda		
Estando disponível para todos e todas		
Acolhendo a todos e todas com suas idiossincrasias		
Aceitando os usuários do jeito que eles são		
Tendo uma aproximação sensível aos usuários	Acolhendo	
Valorizando o indivíduo	usuário de forma	
Conversando com os usuários no		

serviço	sensível	Ofertando acolhimento e cuidado ao usuário dentro e fora do serviço mesmo vivendo tensões nos manejos da crise
Fazendo uma escuta sensível		
Buscando conversar com a usuária e colhendo informações sobre a história de vida dela		
Conversando com alguns usuários sem considerar que tenha feito intervenção em redução de danos		
Estando na portaria observando e acolhendo pessoas que chegam ao serviço		
Aproximando a família	Tentando	
Tentando resgatar laços, quando possível	resgatar laços e aproximar os usuários da família	
Reencontrando a pessoa, quando está desaparecida	Formando	
Vinculando ao usuário	vínculo com o usuário e procurando quando desaparece do serviço	
Orientando sobre preservação, autocuidado e valorização de si mesmo	Indo a campo,	
Tendo que fazer um trabalho de educação e saúde	fazendo orientações em saúde,	
Falando de drogas com os usuários	acompanhamentos fora do serviço	
Tendo ações voltadas para diversos públicos (profissionais do sexo, pessoas em situação de rua)		
Acompanhando usuários do serviço em questões jurídicas		
Realizando acompanhamento durante momento de internação, de prisão		
Indo a campo com os redutores		
Sendo constantemente demandado como médico		
Sendo solicitada por um adolescente para ajudar a sair da rua		
Orientando sobre os riscos de usos inadequados		
Lidando com redução de danos o tempo todo		
Observando a demanda que o sujeito traz para o serviço	Respeitando as	
Oferecendo ao sujeito a possibilidade dele se perceber, se conhecer	práticas de cada usuário e oferecendo a possibilidade dele se	

Respeitando as práticas de cada usuário, sua cultura	conhecer	
Estimulando para que os usuários vivam a vida		
Aproximando dos atores ou público-alvo do serviço		
Percebendo a RD nas relações com o outro	Mediando relações a partir das práticas de RD, tanto com a equipe quanto com os usuários	
Sendo mediadores, trabalhando as relações		
Manejando e mediando relações		
Construindo o campo junto com a equipe		
Planejando o PTS		
Participando de reunião no serviço		
Contabilizando relatórios		
Participando de reunião de equipe		
Articulando com a rede outros serviços que auxiliem na diminuição do uso	Articulando com a rede o cuidado a partir de matriciamento de casos e realizando capacitações	
Identificando/dialogando com o território onde o usuário está inserido		
Articulando com a rede e outros serviços		
Compreendendo o território para identificar quais são as populações ainda que não vêm ao serviço		
Fazendo formações e capacitações para serviços de outros municípios do Estado		
Realizando ações de matriciamento e discussões de casos com outros serviços		
Sendo técnica de referência a alguns usuários do serviço e construindo um plano terapêutico a partir da demanda		
Mediando uma situação complexa de uma usuária em articulação com a unidade de saúde		
Tentando sair um pouco do escopo da psiquiatria	Vivendo tensões com manejos conflitantes de mudança no serviço	
Sendo um tanto tenso		
Manejando com os pacientes, situações conflitantes de mudança no serviço		

Quadro 11 - Eixo 5 – Satisfação no trabalho apesar das situações de vulnerabilidade

Unidades de Análise	Códigos	Subcategoria	
Promovendo diálogo nas convivências	Sentindo-se realizado por promover diálogo na convivência e estabelecer uma relação de ser humano para ser humano ao escutar os usuários	Sentindo-se satisfeito/a com os resultados obtidos com o trabalho mesmo vivenciando perdas de usuários e acontecendo situações de conflito e insegurança	
Sentindo-se realizado na convivência			
Sentindo-se bem ao falar sobre algo que consiga fazer uma conexão humana			
Conseguindo estabelecer uma relação de ser humano para ser humano			
Sentindo-se bem em escutar os usuários			
Sentindo-se satisfeita em trocar ideias com os usuários			
Trabalhando pela primeira vez na vida e tendo que atender as pessoas sozinho, sendo recém-formado	Iniciando o trabalho com insegurança, medo e impotência e preocupado em se responsabilizar por outras pessoas		
Tendo preocupação em se responsabilizar por outra pessoa e de não causar nenhum mal			
Tendo experiências de medo e de impotência diante de algumas situações			
Acompanhando uma usuária muito nova que não se encaixa nas atividades que são ofertadas no serviço			
Sentindo-se mobilizado por ver um usuário chegar a um ponto crítico	Ficando mobilizado com situações críticas de usuários e até de perdas		
Vivendo a perda de um usuário			
Vendo a pessoa se recuperando	Percebendo casos progredindo e usuários se recuperando		
Acompanhando um usuário desde criança			
Conseguindo alcançar algum objetivo com o usuário			
Percebendo que o caso está progredindo			
Percebendo que o usuário está participando do seu próprio cuidado e ajudando a definir as direções			
Trazendo música para o trabalho, coisas de filme, de literatura, de artes, coisas de cultura	Percebendo resultados em oficinas e atividades artísticas e culturais		
Sentindo efeito de transformação nos			

usuários que participam da oficina de informática		
Percebendo resultados com a oficina de informática		
Lembrando-se de situações em que o vínculo foi acionado para pensar em soluções conflitantes de usuários	Criando vínculo e percebendo que ele é o facilitador nas situações conflitantes de usuários	
Criando o vínculo com o usuário		
Precisando montar gerenciamento de caso com outras instituições	Gerenciando casos com outras instituições	
Experienciando casos mais complexos que demandavam outros serviços gerenciando o caso em conjunto		
Conseguindo avaliar que todos os recursos que o serviço tem a disposição estão sendo bem utilizados	Fazendo bom uso dos recursos que o serviço oferece	
Sentindo-se feliz com o reconhecimento do usuário	Sentindo feliz com as respostas positivas e reconhecimento de carinho dos pacientes	
Recebendo carinho na resposta do paciente		
Recebendo respostas positivas dos pacientes		

Quadro 12 – Estresse do/a trabalhador/a

Unidades de Análise	Códigos	Subcategoria
Enfrentando manejos mais difíceis	Sentindo-se incomodada com situações que envolvem violência e agressividade além do uso de drogas dentro do serviço	Sofrendo com as situações de agressões e violência e
Enfrentando o uso de drogas dentro do serviço		
Enfrentando crise com manifestações de agressividade		
Vivenciando situações de violência		
Sentindo-se incomodada quando envolve violência		
Tendo a abordagem rejeitada por usuários que estão com raiva		
Acontecendo situações de violência		
Sentindo incomodada com o sofrimento que causa as vivências de agressão		

		sendo interrompido(a)/atrapalhado(a) por colegas nas abordagens e continuando a pensar no trabalho depois do expediente
Continuando a pensar no trabalho depois do expediente	Sofrendo em casa com os pensamentos sobre situações ruins ocorridas no serviço	
Remoendo depois em casa sobre situações ruins que aconteceram		
Sendo um problema pensar sobre o que aconteceu no trabalho		
Sentindo sofrimento por algo que não conseguiu cumprir no trabalho		
Saindo do trabalho e carregando alguma coisa das situações que aconteceram		
Fazendo uma abordagem com um usuário e algum colega interrompe ou faz diferente	Sendo interrompido por algum colega durante abordagem ao usuário no serviço	
Sendo atingido por uma questão particular	Sentindo-se tocado por questões particulares ou pontos considerados vulneráveis	
Sendo tocado em pontos considerado vulneráveis		
Abordando paciente demasiado alcoolizado	Realizando abordagem de usuários muito alcoolizados ou que não tenha um bom vínculo	
Precisando manejar situações com usuários que envolvam questões institucionais sem ter vínculo		



### APÊNCIDE E – BLOCO III

Quadro 13 – Promoção do cuidado

Unidades de Análise	Códigos	Subcategoria
Recuperando o ser humano	Operando a recuperação e reinserção do indivíduo na sociedade	Promovendo o cuidado e a autonomia do sujeito.
Inserindo na sociedade e no mercado de trabalho		
Ajudando a reinserção do indivíduo na sociedade		
Discordando do termo tratamento	Tendo a perspectiva diferente da ideia do serviço de tratar alguma coisa	
Pensando que tratamento passa a ideia de tratar de alguma forma		
Argumentando que não é a perspectiva do serviço		
Entendendo que é o cuidado com a autonomia, com a vida, com as escolhas, decisões	Entendendo que é o cuidado com a autonomia e as escolhas	
Acompanhando a diminuição do uso	Acompanhando a diminuição, troca de substância, diminuição do uso.	
Acompanhando a redução		
Acompanhando a troca da substância		

Quadro 14 - Primeiros contatos com o usuário e o medo do desconhecido

Unidade de Análise	Códigos	Subcategoria
Lembrando uma situação de violência	Sentindo-se assustada e triste com as situações de violência	Sentindo-se assustado/a com as situações de violência no serviço e tendo conhecimento sobre o uso de drogas na família, em outros trabalhos e por meio da mídia
Sendo assustador		
Sendo muito triste encontrar o serviço superlotado, cheio de usuários em situação de rua, várias confusões		
Trabalhando na saúde da família	Tendo experiências na Saúde da Família, na zona rural e no próprio CAPS	
Experienciando na residência na zona rural, onde produziam cachaça, o uso de álcool		
Vivendo com mais intensidade no CAPS		
Entrando em contato com usuário de	Tendo	

álcool	experiências na própria família com o uso de álcool e com pessoas próximas que fazem uso da maconha	
Vivenciando experiências com pessoas próximas que cultivavam maconha e foram presas		
Tendo alcoolista na família		
Tendo experiências na família com uso do álcool		
Tendo experiências depois com amigos na escola e na faculdade		
Cuidando dos bêbados lá do assentamento, do interior		
Tendo conhecimento de experiências por meio da mídia sobre uso de drogas e tratamento	Sabendo sobre uso de drogas e tratamento por meio da mídia	

Quadro 15 – Percepção sobre Redução de Danos

Unidades de Análise	Códigos	Subcategoria	
Tendo início quando a gente nasce	Tendo início desde o nascimento como processo do viver, sendo praticado por toda a vida	Entendend o como uma dimensão ideológica não moralista que respeita o desejo das pessoas e propõe estratégias de cuidado com o uso	
Vendo a redução de danos como parte do processo de viver			
Tendo início com o aparecimento de drogas			
Praticando redução de danos por toda a vida			
Sendo algo que a gente produz a partir da necessidade, das possibilidades, dos limites do sujeito	Sendo produzido a partir do respeito pelo desejo da pessoa, com suas limitações e possibilidades		
Sendo um cuidado produzido a partir do outro, das potencialidades e das limitações do que o outro tem			
Acreditando na produção da diferença, da singularidade			
Vinculando ao respeito pelo desejo, pelas limitações, pela possibilidade do outro, respeito pelo outro			
Sendo a troca da substância	Sendo entendida como a troca da substância, redução do uso, como um processo contínuo de cuidado		
Observando o desejo dos usuários em querer estar no serviço			
Reduzindo o uso, prolonga mais a vida			
Tendo consciência da necessidade de parar, mas não sendo direcionado a fazê-lo			

Integrando na vida cotidiana		
Vendo a RD como um processo contínuo		
Indo além do uso de drogas ilícitas		
Vinculando a cuidado		
Possuindo uma dimensão ideológica	Possuindo uma dimensão ideológica e não moralista.	
Vinculando a uma visão não moralista		

Quadro 16 - Ações de RD: o acolhimento e o cuidado ao usuário

Unidades de Análise	Códigos	Subcategoria
Desconhecendo o diálogo entre técnicos e usuários	Desconhecendo como acontece a abordagem com os usuários	Ofertando acolhimento e cuidado ao usuário dentro e fora do serviço mesmo vivendo tensões nos manejos das crises
Tendo a reunião interrompida		
Afirmando que não houve redução de danos		
Tendo um diálogo com um usuário	Realizando atendimentos e intervenções com base na redução de danos	
Realizando atendimentos, consultas na conduta baseada da RD		
Discutindo com o usuário na perspectiva de orientar pra reduzir ou formas de lidar com o uso		
Fazendo intervenção clínica individual na perspectiva da redução de dano		
Fazendo aconselhamento breve nas consultas clínicas		
Fazendo escuta, apesar de sentir-se impaciente		
Intervindo em algumas situações com usuários que tem vínculo		
Coordenando um grupo terapêutico	Realizando atividades em grupo, participando das reuniões e sentindo-se apoiado pelos colegas	
Participando de reunião técnica		
Sendo capacitado para trabalhar com coisas novas no que diz respeito a RD		
Acontecendo de forma tranquila		
Tendo apoio dos colegas		
Tendo contato com outros serviços	Realizando articulação de rede	
Fazendo articulação com a rede		
Tendo conhecimento de situação de	Vivenciando	

violência externa envolvendo usuários	conflitos e situação de violência	
Tendo conflito importante com os usuários do serviço		
Desejando estar no serviço para intervir, mas solicitado pelos usuários para que não participasse	Precisando se afastar do serviço para evitar mais conflitos com os usuários	
Optando contra a vontade de me afastar do conflito		

Quadro 17 – Satisfação no trabalho apesar das situações de vulnerabilidade

Unidades de Análise	Códigos	Subcategoria	
Vivenciando situações de muita violência que mexe com a equipe e atrapalha o trabalho	Vivenciando as experiências de violência e agressões	Sentindo-se satisfeito com casos considerados bem-sucedidos, apesar das situações de violência	
Vivendo as situações de violência			
Sendo a experiência mais marcante, as confusões			
Sendo marcante quando alguém foi seriamente ameaçado ou se sentiu seriamente agredido			
Sendo marcante o ódio enquanto uma doença, uma patologia	Vendo o ódio como produtor de sintomas, uma patologia		
Vendo o ódio como produtor de sintomas			
Acompanhando casos considerados bem-sucedidos de usuários que diminuíram bastante o uso e outros que pararam mesmo	Sentindo-se satisfeito ao ver casos bem-sucedidos, poder interagir com os usuários, recebendo <i>feedback</i> positivo		
Tendo uma interação legal com determinado usuário			
Sentindo-se satisfeito com o trabalho quando tudo dá certo			
Tendo prazer em fazer o trabalho, mas sendo atrapalhado pela violência			
Sentindo-se bem tendo conversas com os usuários			
Realizando um trabalho coletivo que funciona			
Recebendo <i>feedback</i> positivo			
Sentindo-se bem em vir trabalhar			
Sentindo-se satisfeita em trabalhar no CAPS			

Tendo que iniciar o trabalho do zero quando chegou no Caps	Tendo experiências insatisfatórias com fechamento do serviço pela equipe, demissão de profissional, não haver consenso na equipe	
Tendo experiências insatisfatórias		
Sendo difícil quando a equipe decidiu fechar o serviço		
Tendo que demitir um profissional		
Sentindo dificuldade de seguir um caminho e muitas vezes. onde não é um consenso e o coordenador assume aí os riscos dos erros e dos acertos		
Fazendo aquilo a que se propõe	Conseguindo realizar o que foi proposto	
Tendo enfrentamentos para captação de recursos		
Correndo atrás, essa coisa toda, faz com que você se considere útil no trabalho		

Quadro 18 – Estresse do/a trabalhador/a

Unidades de Análise	Códigos	Subcategoria
Tendo problemas com as situações de violência	Tendo problemas com as situações de violência.	Sofrendo com as situações de violência e falta de consenso da equipe.
Vivendo situações de violência		
Percebendo que não tem um entendimento na equipe	Sentindo-se cansado em lidar com a incapacidade de consenso da equipe.	
Sendo cansativo lidar com a incapacidade de consenso da equipe		
Intervindo em situações que considera que pode conter e a situação se vira contra você	Acreditando que pode intervir sem alcançar o objetivo.	

## APÊNDICE F – BLOCO IV

Quadro 19 – Promoção do cuidado

Unidades de Análise	Códigos	Subcategoria
Entendendo que é uma maneira das pessoas se conscientizarem do uso de substância como danoso para a saúde e socialmente	Percebendo que é uma forma das pessoas tomarem consciência do uso danoso tanto na saúde quanto no social	Promovendo o cuidado e a autonomia do sujeito
Significando cuidado, assistência, compromisso, amor, empatia com o outro	Entendendo que é cuidado, assistência, compromisso, amor, empatia com o outro	
Sendo nosso trabalho levar ao conhecimento das pessoas sobre uma melhor maneira de usar sem causar transtornos para outras pessoas	Ofertando informações e orientações em saúde	
Levando informação para as pessoas que não fazem uso também		
Tentando ajudar o usuário dependente a reduzir os danos		
Considerando a oferta da conversa e de orientações em saúde		

Quadro 20 - Primeiros contatos com o usuário e o medo do desconhecido

Unidades de Análise	Códigos	Subcategoria
Sendo capacitada na década de 90 para trabalhar com pessoas que fazem uso de drogas	Sendo capacitada e convidada a trabalhar como redutor de danos	Sentindo-se satisfeito/a com o trabalho
Sendo convidada a trabalhar como redutora de danos		
Considerando que foi legal levar as informações;	Sentindo-se bem em realizar o trabalho de abordagem e oferta da escuta e das orientações em saúde	
Sentindo-se bem em abordar e prestar orientações.		
Fazendo orientações sobre DST's		
Sentindo-se gratificado ao conquistar a escuta do usuário no campo		

Tendo contato inicial com usuários de álcool do bairro que reside	Tendo contato com vizinhas, travesti e outras pessoas que fazem uso nas ruas	
Fazendo o trabalho de rd antes de chegar ao CAPS		
Tendo primeiro contato com uma travesti		
Vivenciando primeiro contato com uma vizinha que se tornou alcoolista		
Tendo contato nas ruas, fazendo abordagem a usuários pela via da saúde clínica		
Tendo experiência em ajudar a vizinha alcoolista		
Sendo impactante inicialmente	Tendo pânico em assistir pessoas fazendo uso	
Sendo rejeitado pelos usuários nas abordagens		
Vendo uma pessoa fazendo uso de <i>crack</i> e em seguida ela começou a se esconder		
Ficando em pânico ao ver a pessoa em uso do crack		
Buscando o máximo de cuidado na maneira de falar com os usuários	Conseguindo aproximar-se dos usuários com bastante cuidado na maneira de falar	
Conseguindo se aproximar posteriormente e explicar a proposta da RD		

Quadro 21 – Percepção sobre Redução de Danos

Unidades de Análise	Códigos	Subcategoria
Entendendo que é uma política com informações de que não se deve abusar das substâncias	Percebendo uma política e estratégia de saúde que possibilita às pessoas em situação de vulnerabilidade se cuidarem	Entendendo como uma política e uma estratégia de saúde para um uso de drogas consciente e com segurança
Entendendo como uma estratégia de saúde pública que possibilita às pessoas em situação de vulnerabilidade a cuidarem da saúde		
Entendendo o que é orientar o usuário para reduzir o dano	Entendendo que está vinculado a tudo na vida, desde o uso consciente à segurança	
Vinculando ao uso consciente de uma substância		
Vinculando a segurança		
Vinculando a tudo na vida		

Entendendo que a RD é frágil porque não oferece o suporte necessário que o usuário precisa	Entendendo como uma prática frágil	
Sendo uma usuária de álcool	Tendo familiares e amigos usuários e também sendo usuário de álcool	
Tendo familiares que faziam o uso problemático do álcool		
Sentindo-se na obrigação de ajuda-los		
Tendo um amigo usuário de droga injetável		
Sendo convidada a fazer o curso de redução de danos	Recebendo convite para fazer o curso, conhecendo o projeto da RD	
Sendo a redução de danos um ato de amor		
Conhecendo o projeto da redução de danos por meio do amigo		
Tendo acesso por meio de uma antropóloga que foi residir no bairro		

Quadro 22 - Ações de RD: o acolhimento e o cuidado ao usuário

Unidades de Análise	Códigos	Subcategoria
Sendo muito atribulado dentro do serviço não percebe ações de RD	Percebendo que não nota ações de RD no serviço por ser muito atribulado	Sendo pouco notadas as ações de redução de danos e gerando insatisfação em não alcançar o efeito esperado
Ficando insatisfeita por não ter alcançado o objetivo	Sentindo-se insatisfeita em não alcançar o objetivo	
Procurando sempre fazer o papel da redução de danos	Realizando o papel da redução de danos e preocupando-se com o bem-estar e a saúde do usuário	
Levando informações de RD aos usuários		
Entendendo que dentro do serviço a preocupação é com o bem-estar e a saúde do usuário		
Ofertando insumos no campo		
Fazendo orientações em saúde		
Realizando visitas domiciliares		
Realizando busca-ativa quando o usuário some do serviço		
Capacitando estudantes de medicina		



Manejando crises de usuários que tenha bom vínculo		
Realizando escuta		
Participando de reuniões		
Acompanhando usuários em outros serviços		
Conseguindo bolo para os meninos que jogam o baba		

Quadro 23 – Satisfação no trabalho apesar das situações de vulnerabilidade

Unidades de Análise	Códigos	Subcategoria
Abordando usuários no serviço em uso, mas não interferindo naquele momento a pedido dele	Podendo facilitar as demandas dos pacientes	Obtendo resultados positivos nas demandas dos usuários e sofrendo com as perdas e situações de violência no serviço
Sendo marcante facilitar algo para o paciente		
Sendo marcante o cuidar, ter aquela responsabilidade com o paciente		
Sendo marcante a condução de um caso de um paciente que precisou uma vez do serviço e depois passou a se cuidar		
Tendo conhecimento de uma usuária em situação de rua que conseguiu retomar os estudos		
Podendo auxiliar na procura de um cantinho para o usuário morar		
Aproximando de usuárias que se mostravam resistentes à abordagem	Sentindo resistência no campo e quebrando essa resistência ao poder conversar com os usuários	
Sentindo-se bem indo pra campo, pra rua e conversar com os usuários		
Sentindo-se fortalecida e apoiada pela comunidade	Tendo suporte da comunidade	
Podendo falar o que sente		
Lembrando de um usuário que passou pelo serviço e faleceu de forma violenta e era muito querido por todos	Sentindo falta de um usuário que faleceu de forma violenta	

Quadro 24 – Estresse do/a trabalhador/a

Unidades de Análise	Códigos	Subcategoria
Realizando a abordagem e a pessoa não aceita a proposta da redução de danos	Abordando a usuária e ela não aceita a proposta	Sentindo -se despreparada em abordar os usuários no serviço e tendo dificuldades com as interrupções dos colegas nas abordagens
Sentindo-se despreparada para fazer abordagens dentro do serviço	Sentindo-se despreparada para realizar abordagens dentro do serviço	
Fazendo uma abordagem com um usuário e algum colega interrompe e aborda de outra maneira	Sendo interrompido por algum/a colega enquanto faz a abordagem	

## APÊNDICE G – BLOCO V

Quadro 25 – Promoção do cuidado

Unidades de Análise	Códigos	Subcategoria
Ouvindo um usuário que chega alcoolizado ou agressivo no serviço	Ofertando escuta ao usuário alcoolizado e/ou agressivo	Promovendo o cuidado e a autonomia do sujeito
Fazendo com que o usuário permaneça no serviço sem fazer uso	Fazendo com que o usuário permaneça no serviço sem fazer uso	

Quadro 26 - Primeiros contatos com o usuário e o medo do desconhecido

Unidades de Análise	Códigos	Subcategoria
Entrando em contato com um adolescente no serviço	Tendo o primeiro contato com um adolescente	Sentindo-se assustado/a com as situações de violência no serviço e tendo vivido experiências de uso de drogas na família e no período escolar
Descobrimo que o usuário gostava de ler revistas em quadrinhos e de pudim		
Sendo o primeiro contato complicado	Enfrentando situações complicadas com brigas e sentindo-se assustado	
Presenciando briga de usuário com funcionários		
Sentindo-se assustado com a violência		
Tendo familiares que faziam uso	Tendo experiência de uso na família e na escola	
Sendo impactado na escola pelo uso de alguns colegas e envolvimento com o tráfico		

Quadro 27 – Percepção sobre Redução de Danos

Unidades de Análise	Códigos	Subcategoria
Achando que falhou	Considerando falha por não colocar em prática a atenção, o	
Considerando que não coloca em prática a atenção, o cuidado e a higiene		

	cuidado e a higiene	Entendendo como uma estratégia falha, mas podendo aumentar a expectativa de vida do usuário que permanece no serviço.
Considerando o uso de camisinha no sexo	Sendo considerada a redução do uso abusivo de álcool e drogas além do uso da camisinha	
Reduzindo danos no uso de álcool, as drogas, o sexo		
Entendendo a diminuição da quantidade do uso		
Vinculando a redução do uso abusivo de drogas e de álcool		
Entendendo que o usuário permanecer durante o dia no serviço faz redução de danos	Permanecendo no serviço acontece redução e aumenta a vida dos usuários	
Entendendo que é aumentar a vida dos usuários		
Vinculando a salvação		
Aprendendo com os técnicos de redução de danos do serviço	Aprendendo sobre RD no serviço	
Aprendendo no dia a dia do serviço		
Presenciando cenas de uso e tráfico no bairro onde mora		
Conhecendo as diferentes histórias das pessoas em sofrimento		

Quadro 28 - Ações de RD: o acolhimento e o cuidado ao usuário

Unidades de Análise	Códigos	Subcategoria
Achando bonito alguns técnicos que vão a campo fazer redução com amor	Admirando o trabalho dos colegas	Ofertando acolhimento e cuidado ao usuário do serviço
Montando uma força tarefa com outros colegas para cuidar de um usuário		
Preocupando com o usuário	Oferecendo cuidado para o bem-estar do usuário	
Oferecendo água a um paciente que chega alcoolizado		
Oferecendo a escuta aos usuários que chegam ao serviço		
Intervindo com conversas e cuidado quando percebia que o usuário ia fazer uso da droga		
Entendendo que a redução é uma conversa com o usuário		
Podendo ofertar comida, lanche, medicamento		
Entregando roupa para os usuários		

Quadro 29 – Satisfação no trabalho apesar das situações de vulnerabilidade

Unidades de Análise	Códigos	Subcategoria	
Sentindo-se importante por perceber que faz muita coisa pelos usuários	Sentindo-se importante, respeitada e reconhecido/a pelos usuários dentro e fora do serviço	Sentindo-se reconhecido/a pelos usuários dentro e fora do serviço	
Sentindo-se respeitada pelos usuários do serviço			
Sendo reconhecido fora do serviço pelos usuários			
Sendo procurada pelos usuários para conversar	Podendo ajudar o usuário e sendo procurada por ele		
Sabendo que pode contribuir em alguma coisa para ajudar o usuário			
Presenciando a chegada de um usuário que foi agredido e havia perdido tudo por fazer uso problemático do álcool	Cuidando dos usuários no serviço		
Tentando intervir em uma situação que o usuário chegou bastante alterado no serviço e foi baleado pela polícia			
Cuidando deles no quesito da higiene pessoal			

Quadro 30 – Estresse do/a trabalhador/a

Unidades de Análise	Códigos	Subcategoria	
Percebendo que não consigo lidar chamo outra pessoa pra fazer a intervenção	Pedindo ajuda a outros colegas para intervirem quando não consegue lidar com a situação	Sentindo-se insegura nas situações de violência e pedindo auxílio aos/as colegas	
Acontecendo agressão e xingamentos não se aproxima			
Vivenciando situações de insegurança	Sendo um problema as situações de insegurança e descumprimento das regras do serviço		
Tendo descumprimento das regras do serviço por parte dos usuários			
Criando expectativas de que as normas serão cumpridas	Acreditando que as normas poderiam ser cumpridas		

### APÊNDICE H – SUBCATEGORIAS

Subcategorias – Bloco I					
Categoria 1	Categoria 2	Categoria 3	Categoria 4	Categoria 5	Categoria 6
Tendo tratamento de qualidade e diferenciado.	Chegando com medo ao serviço e sentindo-se bem no trabalho mesmo sendo distanciado da área assistencial.	Operacionalizando a Redução de Danos.	Ofertando acolhimento e cuidado ao usuário intra e extra muros.	Sentindo-se satisfeito com o trabalho e com a realização de atividades artísticas e culturais mesmo acontecendo situações de agressões.	Tentando resolver situações de agressões e sendo interrompido(a)/atrapalhado(a) por colegas.
Subcategorias – Bloco II					
Categoria 1	Categoria 2	Categoria 3	Categoria 4	Categoria 5	Categoria 6
Combinando vários recursos da clínica psicossocial promovendo a relação e o cuidado na perspectiva da redução de danos.	Enfrentando dificuldades com a equipe e aprendendo a lidar com os usuários a partir da escuta.	Tendo vivido experiências particulares que geraram sofrimento e acreditando na eficácia da redução de danos.	Ofertando acolhimento e cuidado ao usuário intra e extramuros mesmo vivendo tensões nos manejos de crises.	Sentindo-se satisfeito com os resultados obtidos com o trabalho mesmo vivenciando perdas de usuários e acontecendo situações de conflitos e insegurança.	Sofrendo com as situações de agressões e violência no serviço e sendo interrompido/a-trapalhado por colegas nas abordagens.
Subcategorias – Bloco III					
Categoria 1	Categoria 2	Categoria 3	Categoria 4	Categoria 5	Categoria 6
Promovendo o cuidado e a autonomia do sujeito.	Sentindo-se assustado/a com as situações de violência no serviço e tendo conhecimento sobre o uso de drogas na família, em outros trabalhos e	Entendendo como uma dimensão ideológica não moralista que respeita o desejo das pessoas e propõe estratégias de cuidado com o uso.	Ofertando acolhimento e cuidado ao usuário intra e extramuros mesmo vivendo tensões nos manejos das crises.	Sentindo-se satisfeito com casos considerados bem-sucedidos apesar das situações de violência.	Sofrendo com as situações de violência e falta de consenso da equipe.

	por meio da mídia.				
Subcategorias – Bloco IV					
Categoria 1	Categoria 2	Categoria 3	Categoria 4	Categoria 5	Categoria 6
Promovendo o cuidado e a autonomia do sujeito.	Sentindo-se satisfeito/a com o trabalho.	Entendendo como uma política e estratégia de saúde para um uso de drogas consciente e com segurança.	Sendo pouco notadas as ações de redução de danos e gerando insatisfação por não alcançar o efeito desejado.	Obtendo resultados positivos nas demandas dos pacientes e sofrendo com as perdas e situações de violência no serviço.	Sentindo despreparado/a em abordar os usuários no serviço e tendo dificuldades com as interrupções dos colegas nas abordagens.
Subcategorias – Bloco V					
Categoria 1	Categoria 2	Categoria 3	Categoria 4	Categoria 5	Categoria 6
Promovendo o cuidado e a autonomia do sujeito.	Sentindo-se assustado/a com as situações de violência no serviço e tendo vivido experiências de uso de drogas na família e no período escolar.	Entendendo como uma estratégia falha, mas podendo aumentar a expectativa de vida do usuário que permanece no serviço.	Ofertando acolhimento e cuidado ao usuário no serviço.	Sentindo-se reconhecido/a pelos usuários/as dentro e fora do serviço.	Sentindo-se inseguro/a nas situações de violência no serviço e pedindo auxílio aos colegas.

**ANEXOS**



**ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**  
**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**1. DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Redução de danos na percepção de profissionais de saúde

**Pesquisador:** CLAUDIA OLIVEIRA DIAS

**2. Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 77359817.4.0000.0053

**3. Instituição Proponente:**

**Patrocinador Principal:** Universidade Estadual de Feira de Santana

**4. DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.420.644

**5. Apresentação do Projeto:**

Projeto de pesquisa da mestranda CLAUDIA OLIVEIRA DIAS apresentado ao Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, como requisito parcial para qualificação, sob orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Geralda Gomes Aguiar.

A pesquisa apresenta robusta fundamentação teórica, partindo de breve histórico sobre uso de drogas, passando pela bioética de proteção ligada aos usuários de drogas, redução de danos e detalhada metodologia. Possui validade social, científica e viabilidade técnica. Há relação entre tema e formação do Pesquisador Responsável.

Propõe uma pesquisa de abordagem qualitativa, que será realizada na unidade de saúde mental do Centro Histórico de Salvador/Bahia, o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas Gregório de Matos. Serão participantes do estudo pelo menos um profissional de cada categoria (profissionais de nível superior, técnicos de nível médio – redutores de danos e administrativos e nível médio – higienização e motoristas), que desenvolva ações de assistência até a gerência e que acompanhe usuários no serviço há pelo menos um ano, sendo o único critério de inclusão estabelecido.

A coleta de dados será através da entrevista episódica que será realizada no próprio serviço com solicitação de sala reservada para tal fim no dia e horário previsto para cada entrevista.” (Informações Básicas do Projeto, página 06).

Cronograma com coleta de dados em dezembro de 2017 e previsão de finalização em julho de 2018. Orçamento presente, com contrapartida institucional.

## **6. Objetivo da Pesquisa:**

“Objetivo Primário:

Analisar a percepção dos profissionais de saúde de um CAPS AD, no município de Salvador, em relação às práticas adotadas na atenção e acompanhamento de usuários de álcool e outras drogas.

Objetivo Secundário:

- Apreender a percepção dos profissionais de saúde sobre os usuários de álcool e outras drogas;
- Descrever as ações de redução de danos realizadas pelos profissionais de saúde de um CAPS AD, no município de Salvador.” (Informações Básicas do Projeto, página 06).

## **7. Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

“Riscos:

Poderá trazer como possíveis riscos lembranças desagradáveis e/ou constrangimento diante da pesquisadora ao tratar das práticas com o fenômeno das drogas no cotidiano. (Informações Básicas do Projeto, página 06)

“Os possíveis riscos/desconfortos relacionados à participação referem-se ao receio de tratar dos assuntos propostos, relembrar momentos da rotina do trabalho e constrangimento diante da pesquisadora. Se algum risco/desconforto for identificado a pesquisa será interrompida imediatamente. Os prováveis benefícios da pesquisa envolvem a consideração da experiência do profissional de saúde para fornecer dados que sejam relevantes para auxiliar outros trabalhadores em saúde que desconhecem a prática da redução de danos e desejem inseri-la na prática.” ( TCLE)

Benefícios:

"Os prováveis benefícios da pesquisa envolvem a consideração da experiência do profissional de saúde para fornecer dados que sejam relevantes para auxiliar outros trabalhadores em saúde que desconhecem a prática da redução de danos e desejem inseri-la na prática." (informações básicas p.5)

"Os resultados da pesquisa poderão contribuir para melhor compreensão acerca da prática de profissionais que atuam a partir da redução de danos./ Os prováveis benefícios da pesquisa envolvem a consideração da experiência do profissional de saúde para fornecer dados que sejam relevantes

para auxiliar outros trabalhadores em saúde que desconhecem a prática da redução de danos e desejem inseri-la na prática" (TCLE).

**8. Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa com viabilidade ética, relevância social. A pesquisadora demonstra compromisso com o que é preconizado pela resolução 466/2012.

**9. Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Protocolo completo conforme resolução 466/2012.

**10. Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Após o atendimento das pendências, o Projeto está aprovado para execução, pois atende aos princípios bioéticos para pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a Resolução nº 466/12 (CNS).

**11. Considerações Finais a critério do CEP:**

Tenho muita satisfação em informar-lhe que seu Projeto de Pesquisa satisfaz às exigências da Res. 466/12 e 510/2016. Assim, seu projeto foi Aprovado, podendo ser iniciada a coleta de dados com os participantes da pesquisa conforme orienta o Cap. X.3, alínea a - Res. 466/12 e Cap II da Res 510/2016. Relembro que conforme institui a Res. 466/12 e 510/2016, Vossa Senhoria deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída. Em nome dos membros CEP/UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano, este CEP aguardará o recebimento dos referidos relatórios.

**12. Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1001591.pdf	22/11/2017 21:31:58	CLAUDIA OLIVEIRA DIAS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_detalhado_alterado.docx	22/11/2017 21:31:21	CLAUDIA OLIVEIRA DIAS	Aceito
Outros	Oficio_CEP.pdf	22/11/2017 21:26:22	CLAUDIA OLIVEIRA DIAS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_Autorizacao_Instituicao.pdf	22/11/2017 21:24:13	CLAUDIA OLIVEIRA DIAS	Aceito
Cronograma	cronograma_alterado.docx	22/11/2017 21:19:21	CLAUDIA OLIVEIRA DIAS	Aceito
Outros	Resumo.docx	21/09/2017 18:28:12	CLAUDIA OLIVEIRA DIAS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_detalhado.docx	21/09/2017 18:27:54	CLAUDIA OLIVEIRA DIAS	Aceito
Outros	declaracao_relatorio_cep.pdf	21/09/2017 18:26:39	CLAUDIA OLIVEIRA DIAS	Aceito
Outros	declaracao_pesquisa_nao_iniciada.pdf	21/09/2017 18:25:14	CLAUDIA OLIVEIRA DIAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	solicitacao_de_autorizacao_do_servico.pdf	21/09/2017 18:23:12	CLAUDIA OLIVEIRA DIAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	21/09/2017 18:18:27	CLAUDIA OLIVEIRA DIAS	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	21/09/2017 18:17:54	CLAUDIA OLIVEIRA DIAS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_pesquisadora.pdf	21/09/2017 18:16:46	CLAUDIA OLIVEIRA DIAS	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	21/09/2017 18:14:12	CLAUDIA OLIVEIRA DIAS	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.PDF	21/09/2017 18:11:40	CLAUDIA OLIVEIRA DIAS	Aceito

FEIRA DE SANTANA, 07 de Dezembro de 2017

---

Assinado por

**Pollyana Pereira Portela**

(Coordenador)

**ANEXO B – Música: DIAS DE LUTA, DIAS DE GLÓRIA**

Canto minha vida com orgulho  
 Na minha vida tudo acontece  
 Mas quanto mais a gente rala, mais a gente cresce  
 Hoje estou feliz porque eu sonhei com você  
 E amanhã posso chorar por não poder te ver  
 Mas o seu sorriso vale mais que um diamante  
 Se você vier comigo, aí nós vamos adiante  
 Com a cabeça erguida e mantendo a fé em Deus  
 O seu dia mais feliz vai ser o mesmo que o meu  
 A vida me ensinou a nunca desistir  
 Nem ganhar, nem perder mas procurar evoluir  
 Podem me tirar tudo que tenho  
 Só não podem me tirar as coisas boas que eu já fiz pra quem eu amo  
 E eu sou feliz e canto e o universo é uma canção  
 E eu vou que vou  
 História, nossas histórias  
 Dias de luta, dias de glória  
 História, nossas histórias  
 Dias de luta, dias de glória  
 História, nossas histórias  
 Dias de luta, dias de glória  
 História, nossas histórias  
 Dias de luta, dias de glória  
 Oh minha gata, morada dos meus sonhos  
 Todo dia, se pudesse eu ia estar com você  
 Já te via muito antes nos meus sonhos  
 Eu procurei a vida inteira por alguém como você  
 Por isso eu canto a minha vida com orgulho  
 Com melodia, alegria e barulho  
 Eu sou feliz e rodo pelo mundo  
 Sou correria mas também sou vagabundo  
 Mas hoje dou valor de verdade pra minha saúde,  
 Pra minha liberdade  
 Que bom te encontrar nessa cidade  
 Esse brilho intenso me lembra você  
 História, nossas histórias  
 Dias de luta, dias de glória  
 História, nossas histórias  
 Dias de luta, dias de glória  
 História, nossas histórias  
 Dias de luta, dias de glória  
 História, nossas histórias  
 Dias de luta, dias de glória  
 História, nossas histórias  
 Dias de luta, dias de glória  
 Hoje estou feliz, acordei com o pé direito  
 E vou fazer de novo, vou fazer muito bem feito  
 Sintonia, telepatia, comunicação pelo cortex bum bye bye  
 Compositores: Alexandre Magno Abrao / Thiago Rahael Castanho. Intérprete: Charles Brown Jr.