



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

THAÍS DINIZ SANTOS MOREIRA

**REDUÇÃO DE DANOS EM UM CAPS AD: DISCURSOS DE PROFISSIONAIS
DE SAÚDE**

FEIRA DE SANTANA – BA

2016

THAÍS DINIZ SANTOS MOREIRA

**REDUÇÃO DE DANOS EM UM CAPS AD: DISCURSOS DE PROFISSIONAIS
DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde.

Linha de Pesquisa: Planejamento, Gestão e Práticas de Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Geralda Gomes Aguiar

FEIRA DE SANTANA – BA

2016

Ficha Catalográfica – Biblioteca Central Julieta Carteadó – UEFS

Moreira, Thaís Diniz Santos

M839 Redução de danos em um CAPS AD : discursos de profissionais de saúde / Thaís Diniz Santos Moreira. – Feira de Santana, 2016.
96 f. : il.

Orientadora: Maria Geralda Gomes Aguiar.

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2016.

1. Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD).
2. Redução de danos. 3. Usuários de drogas - tratamento. 4. Profissionais de saúde. I. Aguiar, Maria Geralda Gomes, orient. II. Universidade Estadual de Feira de Santana. III. Título.

CDU 614:615.851

THAÍS DINIZ SANTOS MOREIRA

**REDUÇÃO DE DANOS EM UM CAPS AD: DISCURSOS DE PROFISSIONAIS
DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde.

Linha de Pesquisa: Planejamento, Gestão e Práticas de Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Geralda Gomes Aguiar

Feira de Santana – BA. Aprovado em 20 setembro de 2016.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Maria Geralda Gomes Aguiar.
Doutora em Educação pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, Bahia,
Brasil.
Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS
Orientadora

Prof^a. Dr^a. Vânia Sampaio Alves
Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia (UFBA),
Salvador, Bahia, Brasil.
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB

Prof^a. Dr^a. Sinara de Lima Souza
Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, São
Paulo, São Paulo, Brasil.
Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS

Para meu pai, que deu o exemplo, mostrou o valor e tanto incentivou.

*Não de foice ou faca
Esquartejada, a alma
amarga
Amassa a lata
Estoura pulmão
Toda pedra acaba
Toda brisa passa
Toda morte chega e laça
(Criolo, 2013).*

DINIZ, T. **Redução de danos em um CAPS AD**: discurso de profissionais de saúde. 96 f. 2016. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva)– Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2016.

RESUMO

O cuidado destinado a pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas historicamente se baseou no isolamento e correção moral. No século XX, surgem as primeiras estratégias de Redução de danos como medida para minimizar os riscos e danos relacionados ao uso abusivo de substâncias psicoativas. A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas apresenta como princípios norteadores a universalidade, integralidade, equidade, clínica ampliada, transversalidade, desinstitucionalização e a Redução de danos. Este estudo tem como objetivo analisar os discursos produzidos por profissionais de saúde de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) sobre Redução de danos. Realizou-se estudo de caso no qual participaram nove profissionais de saúde de um CAPS AD. Utilizou-se a entrevista semiestruturada, a observação sistemática e o método de Análise do discurso. Os resultados evidenciaram que o modo de organização do trabalho pela equipe multidisciplinar repercute no acesso do usuário, no processo de acolhimento e na adesão ao tratamento. O controle do usuário sobre o uso da droga figura no discurso dos participantes como uma questão de força de vontade, demonstrando que elementos compartilhados pelo senso comum, sobretudo a concepção de que o tratamento do usuário depende de seu desejo e força de vontade, estão presentes no discurso dos profissionais e sustentam uma ideia de que o usuário é o único responsável pelo sucesso do seu tratamento. O discurso dos profissionais evidenciou noções sobre a abordagem de Redução de danos, com significados que se distanciam do que preconiza a Política e reduzem a abordagem às estratégias de prevenção ao uso de drogas e de minimização dos agravos relacionados ao manejo de insumos e formas de uso das substâncias. Destacou-se nos discursos a dificuldade de alguns participantes em definir a abordagem e descrever sua operacionalização, o que se soma às falas que referem a ausência dessa prática no cotidiano do serviço, diante do que se conclui que a Redução de danos não é o modelo de atenção predominante no serviço. Os resultados demonstraram ainda que nos discursos dos profissionais estão presentes elementos que reiteram estereótipos negativos sobre os usuários de drogas e, apesar de socialmente compartilhados, repercutem negativamente no olhar do profissional. Considerando a participação de todos os profissionais em diversas modalidades de capacitação, questiona-se acerca de aspectos ideológicos que possam interferir no processo de implementação da Redução de danos, como a noção de que o sucesso do tratamento depende exclusivamente do usuário, a não tolerância a qualquer forma de uso de substâncias, e as resistências à própria abordagem. É necessário, portanto, investimento em ações que promovam a educação permanente na área de álcool e outras drogas, intensificando os aspectos relacionados à Redução de danos e sua operacionalização, reverberando nas práticas e no olhar dos profissionais sobre os usuários e, conseqüentemente, na transformação da situação de saúde de pessoas com problemas relacionados ao uso e abuso de drogas.

Palavras-chave: Redução de danos; CAPS AD; Transtornos relacionados ao uso de substâncias.

DINIZ, T. **Redução de danos em um CAPS AD**: discurso de profissionais de saúde. 2016. 96 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva)-Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2016.

ABSTRACT

Caring for people with drugs problems historically was based on isolation and moral adjustment. In the 20th century, first harm reduction strategies appears as a measure to decrease risks and damage related to abuse use of psychoactive substances. Ministry of Health politics for Integral Attention to Alcohol and other drugs Users introduce as guiding principles: universality, integrality, equity, expanded clinic, crosscutting, deinstitutionalization and harm reduction. This study aims to analyze speeches of health professionals from Center of Psychosocial Attention Alcohol and Drugs (CAPS AD) about Harm reduction. A case study was carried out with nine CAPS AD health professionals. A semi structured interview was used, a systematic observation and a method of speech analysis. Results showed that work organization mode by the multidisciplinary team affects drug user access, reception process and treatment adherence. User control over drug use shows in the participant's speech as a matter of willpower, presenting shared elements between common sense, especially the conception that treatment depends on the user wish and willpower, supporting the idea that user is designed as the single responsible for the treatment success. The discourse of the professionals evidenced their views on Harm reduction approach, with meanings that are far to advocating the policy, reducing the approach to prevention strategies and minimization of the aggravations related to the management of inputs and forms of use of the substances. Shows up the difficulties of some participants to defines the approach and describe its operationalization, which is added to the statements that refer the absence of their practice in the service, on this is concluded that Harm reduction is not the predominant model of attention in the service. The results also demonstrated that in the speeches of professionals are present elements that reiterate negative stereotypes about drug users and, although socially shared, reverberates negatively in the professional's view. Considering the participation of all professionals in many ways of training, questions about the ideological dimension that interferes in the process of implementation of the Harm reduction, such as the notion that treatment success depends solely on the user, non-tolerance to any form of substance use, and the resistance to own approach. It is therefore necessary investments in activities that had improve learning about alcohol and other drugs, strengthening the aspects of Harm reduction and its operationalization, reverberating in the practices and at the look of the professionals on the drug users and, consequently, in the transformation of the health situation of people with problems related to drug use and abuse.

Key-words: Harm reduction; CAPS AD; Substance-Related Disorders

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e aos amigos espirituais que iluminam meus caminhos.

À minha mãe, que sempre me apoiou em minhas empreitadas, agradeço por todo o amor e por ser meu porto seguro.

Ao meu pai que, mesmo diante de tão grande desafio, me mostra a força e a fé de quem não sabe ser vítima.

À minha família, em especial, aos meus irmãos e Nana, por todo o amor, torcida e incentivo.

À minha orientadora, professora Geralda, agradeço pela paciência para lidar com meu percurso intranquilo pelo mestrado e pela aposta em meu potencial.

A Karla acolheu minhas angústias e me ajudou em dolorosos processos. Também pelas contribuições a este trabalho e à minha formação profissional.

Aos amigos, que tenho a sorte de ter muitos, mas especialmente, Ana Clara, Luciana, Lis, Marina, Roberta, Daniel, Mércia, Flávia e Carol pela amizade, carinho e apoio.

Ao Carmo que me deu mais ânimo para o momento conclusivo desta jornada, me encorajando a ser mais.

A minha comadre Renata pelo amor e companheirismo, agradeço por caminhar ao meu lado, mesmo com a distância. Ao meu bebê, Dom, por iluminar minha vida com seu sorriso.

A todos os amigos e companheiros de trilhas e aventuras, com quem encontro fôlego e energia.

À CAPES pelo apoio financeiro.

À equipe do CAPS AD, pela disponibilidade em participar desta pesquisa e pela valiosa contribuição à Saúde Coletiva.

Ao Programa de pós-graduação em saúde coletiva da UEFS, professores, funcionários e colegas por compartilharem tantos conhecimentos e pela vivência fecunda dos últimos anos.

A todos que de alguma forma contribuíram para os significativos aprendizados que obtive no período do mestrado, muito obrigada!

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CONAD	Conselho Nacional Antidrogas
CRR	Centro Regional de Referência em Educação Permanente em Álcool e outras Drogas
NUPEC	Núcleo Integrado de Estudos e Pesquisas sobre Cuidar/Cuidado
RD	Redução de danos
SENAD	Secretaria Nacional sobre Drogas
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SUS	Sistema Único de Saúde
PNAD	Política Nacional sobre Drogas
PTI	Projeto Terapêutico Individual
PTS	Projeto Terapêutico Singular

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	18
3	METODOLOGIA	34
3.1	TIPO DE ESTUDO	34
3.2	CAMPO DE ESTUDO	36
3.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO	37
3.4	COLETA DE DADOS	37
3.5	TÉCNICA DE ANÁLISE DE DADOS	39
3.6	ASPECTOS ÉTICOS	40
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	42
4.1	CAPS AD: MODUS OPERANDI DO COTIDIANO	42
4.2	USO E DEPENDÊNCIA DE DROGAS: UMA QUESTÃO DE FORÇA DE VONTADE?	56
4.3	ARTIGO: CONCEPÇÕES DE REDUÇÃO DE DANOS DE PROFISSIONAIS DE UM CAPS AD	66
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
	REFERÊNCIAS	86
	APÊNDICES	93
	APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA	94
	APÊNDICE B – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO	96
	APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	97

1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa assume como objeto de investigação os discursos sobre Redução de danos produzidos por profissionais que atuam em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), serviço especializado na atenção a usuários de álcool e outras drogas que, de acordo com a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, tem suas ações fundamentadas na abordagem de Redução de danos (BRASIL, 2004a).

O interesse por esta temática surgiu ainda no curso de graduação, quando a pesquisadora participou durante dois anos de um estudo que buscou caracterizar a rede de atenção à saúde de usuários de drogas no município de Santo Antônio de Jesus, Bahia (DINIZ; ALVES, 2011). Os resultados obtidos sinalizaram para uma possível distância entre as ações dos profissionais dos serviços do Sistema Único de Saúde e as Políticas de saúde que orientam as práticas direcionadas aos usuários de substâncias psicoativas, pois o discurso dos profissionais do CAPS AD demonstrou um conhecimento incipiente da Política do Ministério da Saúde para a Atenção a Usuários de álcool e outras drogas, sobretudo no que diz respeito à abordagem de Redução de danos (DINIZ; ALVES, 2013). No ensejo de melhor entender de que forma os discursos dos profissionais do CAPS AD se articulam com as diretrizes da política e como estes trabalhadores têm compreendido a Redução de danos, esta pesquisa foi realizada.

O uso prejudicial de álcool e outras drogas tem se caracterizado como um importante problema para a saúde mental no Brasil. Os primeiros estudos populacionais sobre o consumo de drogas no país foram o I e II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil, realizados nos anos de 2001 e 2005, respectivamente, através de uma parceria entre o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) e a Secretaria Nacional sobre Drogas (SENAD), com amostra constituída por pessoas de ambos os sexos e faixa etária de 12 a 65 anos: 8.589 entrevistados em 2001 e 7.939 em 2005, os estudos revelaram o crescimento da prevalência do uso de álcool e outras drogas, como demonstram os dados a seguir (CARLINI et al., 2006).

A taxa de uso de álcool na vida (pelo menos uma vez, ainda que de forma experimental) em 2001 foi de 68,7%, já em 2005 a taxa foi de 74,6%, enquanto a taxa de

uso de drogas ilícitas na vida foi de 19,4% em 2001 e 22,8% em 2005 (CARLINI et al., 2006). Já os resultados relativos à dependência química de álcool e outras drogas evidenciam o crescimento da demanda por atenção à saúde de pessoas que fazem uso abusivo de tais substâncias, já que em 2001 a taxa de dependência de álcool foi de 11,2%, e no ano de 2005 foi 12,3%.

Estudo epidemiológico realizado na região metropolitana de São Paulo com amostra de 5.037 adultos estimou a prevalência de transtornos mentais na população da maior cidade do Brasil, indicando a taxa de 44,8% para ocorrência de pelo menos um transtorno mental ao longo da vida, dentre os quais, os mais prevalentes são depressão maior, fobias e abuso de álcool, o que demonstra a relevância da questão do uso abusivo de álcool e outras drogas e a necessidade de ações em saúde direcionadas a esta problemática (VIANA; ANDRADE, 2012).

Segundo Machado e Miranda (2007), as primeiras intervenções do Estado brasileiro voltadas para usuários de drogas remontam ao início do século XX e se configuravam como ações jurídicas destinadas, exclusivamente, ao combate ao consumo de substâncias psicoativas ilícitas. Desta forma, os usuários eram penalizados com medidas de exclusão social em prisões e manicômios, uma vez que só a partir de 1970 os primeiros serviços destinados à atenção à saúde de usuários de drogas foram propostos, muito embora no modelo manicomial e hospitalocêntrico.

Somente no início deste século, o Ministério da Saúde passa a responsabilizar-se pela oferta de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas e, através de formulação de Política específica para esta questão, é definido o marco teórico e metodológico para as práticas de saúde nesta área em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), adotando-se a abordagem de Redução de danos como sua orientadora central (MACHADO; MIRANDA, 2007).

A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas formulada em 2003, foi revisada e ampliada em 2004, respondendo às deliberações da III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em Brasília (DF) em 2001, no sentido da elaboração de uma política específica para o cuidado de pessoas que usam drogas. Sem perder de vista as conquistas do movimento da Reforma Psiquiátrica e coerente com o imperativo da desinstitucionalização, esta política comunga com os ideais de tratamento humanizado para os usuários da saúde mental, rejeita o

encarceramento físico e subjetivo, preconizando o cuidado territorializado no contexto comunitário (PASSOS, 2010).

Neste sentido, a Política reivindica a incorporação de um novo modelo de atenção centrado no sujeito e em suas necessidades, considerando, sobretudo, sua cidadania, o direito à liberdade, à inserção social e às decisões sobre seu próprio tratamento. Para tanto, é imprescindível repensar o papel dos profissionais de saúde neste contexto em que são necessárias práticas menos tecnicistas, diversificadas em função da demanda dos sujeitos, valorizando a escuta e as falas das pessoas em tratamento, o que implica, portanto, a reestruturação das relações de poder proporcionando horizontalidade à relação profissional-usuário (DELGADO, 1991).

A Política de atenção ao usuário de drogas apresenta quatro objetivos: situar o problema das drogas como uma questão de saúde pública; adotar a Redução de danos como método clínico-político, orientado pelo paradigma da clínica ampliada, nas ações de prevenção e tratamento; desconstruir os estigmas do usuário de drogas como doente e/ou criminoso; envolver a sociedade nas ações de saúde e estimular a participação política (BRASIL, 2004a).

A Política indica seis frentes de ação, quais sejam: intersetorialidade, atenção integral, prevenção, promoção e proteção da saúde, modelo de atenção de base territorial, controle de entorpecentes e outras substâncias. A intersetorialidade, considerando que os problemas relacionados ao abuso de drogas não se restringem ao campo da saúde, torna necessárias ações transversalizadoras que incluam no enfrentamento desta questão, dispositivos da justiça, educação, assistência social, na perspectiva de abranger a totalidade do fenômeno.

Nesta mesma direção, a atenção integral é apresentada como diretriz e pressupõe ações abrangendo prevenção, tratamento, reabilitação, inserção social, promoção da saúde, defesa da vida, e inclusive questões estruturantes desta problemática e que extrapolam as práticas de saúde, como o repúdio às leis que criminalizam o usuário de drogas, a testagem de uso de droga compulsória em empresas e instituições, além de outras práticas sociais que reiteram o estigma que afasta o usuário do convívio social e das ofertas de cuidado em saúde (BRASIL, 2004a).

Outros dois direcionamentos são a prevenção e a promoção da saúde. A prevenção, orientada pela Redução de danos, busca diminuir os fatores de vulnerabilidade ao início do uso e ao uso problemático e reforçar os fatores de proteção tanto para o

consumo precoce, quanto para o uso abusivo. A promoção e proteção da saúde também contemplam a Redução de danos e visam diminuir os riscos relacionados ao uso de drogas e promover práticas saudáveis e medidas de proteção a doenças, agravos e à violência.

No tocante à assistência à saúde de usuários de drogas, eixo fundamental desta Política, o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e drogas (CAPS AD) é apresentado como um dispositivo estratégico que, em conjunto com outros serviços de saúde mental e da atenção básica, além de hospitais gerais e órgãos de outros setores, compõem uma rede de assistência. Cabe ao CAPS AD então ofertar cuidado segundo as normativas da Política de atenção a usuários de drogas e organizar a rede local de atenção a esta demanda. Assim, os CAPS AD, especializados na atenção a usuários de drogas, são fundamentais para o desenvolvimento das propostas da Política e devem ser qualificados para garantir ação efetiva e resolutiva sobre o fenômeno do consumo problemático de substâncias psicoativas (BRASIL, 2004a).

A última proposta apresentada pela Política consiste no controle dos entorpecentes e substâncias de abuso com *status* legalizado, mas de uso médico controlado, competindo à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) executar as medidas de regulação dessas substâncias. Além disso, cabe à ANVISA a fiscalização das ofertas de iniciativa privada ou filantrópica para a atenção a usuários de drogas, principalmente aquelas que atuam com práticas de reclusão e restrição de liberdade.

No bojo desta Política, a Redução de danos é caracterizada como um método clínico-político. Esta interface é inerente ao campo da saúde mental que lida com os cuidados à saúde dos sujeitos, mas, sobretudo, não pode ignorar a produção social do estigma do louco e do drogado que repercute na vida desses sujeitos que vivenciam cotidianamente a exclusão, a discriminação, o não-lugar na dinâmica familiar e na sociedade de um modo geral, ou o lugar de criminoso e potencialmente nocivo (PASSOS, 2010).

O método da Redução de danos pressupõe que o contexto clínico-político seja considerado nas práticas de saúde, assim, tais aspectos intangíveis apenas pela clínica, requerem o compromisso ético e político dos profissionais da saúde para questionarem e se oporem a toda forma de exclusão e estigmatização dos usuários da saúde mental, colaborando para a construção de políticas que favoreçam estes sujeitos a se constituírem como cidadãos de direitos, principalmente o direito de não serem encarcerados por conta

de seu transtorno mental e de serem protagonistas dos processos que envolvem a atenção à sua saúde.

É necessário compreender que o fato de haver uma política pública elaborada especificamente para a saúde de usuários de drogas demonstra a importância deste problema para o país. Assim, na medida em que o Estado se propõe a agir sobre esta questão, a sociedade passa a esperar esforços que garantam como retorno, soluções reais e efetiva transformação do cenário adverso em questão.

Embora não haja consenso na literatura sobre o que são políticas públicas, os diversos conceitos convergem ao considerar que estas são determinadas pelos governos segundo interesses e objetivos específicos. Souza (2006) apresenta os conceitos de políticas públicas mais utilizados no campo da ciência política, dentre eles o de Peters, para quem as políticas públicas são um conjunto de discursos e práticas de um governo, executadas diretamente ou outorgadas a instituições, que repercutem na vida dos sujeitos e sociedade.

Após serem formuladas, as políticas se desenvolvem através de projetos ou programas, visando sua implementação, e posteriormente devem ser acompanhadas e avaliadas, sendo reformuladas, se necessário. As políticas públicas se aprimoram seguindo este movimento de execução, avaliação e revisão, o que permite que seus objetivos e estratégias sejam revistos a partir dos resultados alcançados com as ações realizadas.

Assim, considerando que o Ministério da Saúde preconiza o método clínico-político da Redução de danos como orientador das práticas dos CAPS AD, se faz necessária a produção de conhecimento científico a respeito da forma como este método tem sido apropriado pelos profissionais de saúde e implementado na realidade local, já que isto incide diretamente na qualidade da atenção ofertada pelo CAPS AD às pessoas com transtornos decorrentes do consumo abusivo e/ou dependência de substâncias psicoativas e de suas famílias.

A Redução de danos é referida na literatura com uma diversidade de terminologias que a designam como estratégia, abordagem, método e paradigma, sinalizando a polissemia do conceito. Neste estudo, compreende-se a Redução de danos como uma abordagem, que abarca um conjunto de diferentes estratégias, singulares para cada caso, direcionadas à diminuição dos prejuízos decorrentes do abuso de drogas, conforme definem Fonseca e Bastos (2005).

Neste contexto, esta pesquisa parte da seguinte questão norteadora: Como os discursos sobre Redução de danos produzidos por profissionais de saúde de um CAPS AD se (des)articulam com os princípios da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas? Entende-se que o processo de apropriação dos princípios e diretrizes que compõem a Política incide no modo como as práticas de atenção são desenvolvidas, sofrendo interpretações, avaliações e eventuais ajustes, no sentido de haver uma adesão ou não do profissional de saúde àquela proposta.

O objetivo geral desta pesquisa é analisar os discursos produzidos por profissionais de saúde de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) acerca da Redução de danos. Os objetivos específicos são: descrever os discursos dos profissionais de saúde de um CAPS AD; e analisar as suas distinções e compatibilidades com a Política de Atenção a Usuários de Álcool e outras Drogas, com ênfase na abordagem de Redução de danos.

Espera-se que a pesquisa contribua para a compreensão crítica dos discursos sobre Redução de danos entre os profissionais de saúde diretamente envolvidos na efetivação deste modelo de atenção, favorecendo à qualificação das ações de Redução de danos na medida em que os resultados podem evidenciar potencialidades, desafios e entraves do processo de implementação da Política de atenção a usuários de drogas, oportunizando aos profissionais de saúde uma reflexão a respeito das práticas desenvolvidas no CAPS AD. Da mesma forma, com a análise dos discursos sobre Redução de danos, possibilita compreender os aspectos envolvidos no processo de apropriação da abordagem pelos profissionais de saúde, que podem aderir totalmente, parcialmente ou mesmo não comungar com as orientações da Política.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O movimento da Reforma Sanitária brasileira ocorreu no bojo do processo de redemocratização do país, quando os movimentos sociais lutavam por direitos sociais básicos e cidadania. A Reforma Sanitária propunha a transformação da situação de saúde do país, questionando a participação do Estado nas ações de saúde da população, criticando o paradigma sanitário vigente, propondo uma Saúde Coletiva com acesso igualitário, práticas situadas na realidade social, e ampliação da noção de saúde considerando os determinantes sociais do processo saúde-doença (POLIGNANO, 2012).

Este movimento culmina na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e na garantia constitucional da saúde como direito de todos e dever do Estado. Concomitante à Reforma Sanitária outra questão vinha sendo debatida por trabalhadores da saúde, especificamente no âmbito da assistência psiquiátrica, buscando profundas transformações no modelo de atenção às pessoas com transtornos mentais no país, o movimento da Reforma Psiquiátrica.

Historicamente, a loucura foi compreendida de maneiras diversas, como um tipo de conexão com o divino, uma possessão por demônios ou uma excentricidade, assim, até o século XVIII não havia nenhum tipo de cuidado em saúde direcionado aos loucos, apenas medidas de controle como castigos físicos e encarceramento com o intuito de manter a ordem. Com o advento da psiquiatria, a loucura é apropriada pelo discurso médico e qualificada como doença mental a partir das contribuições de Pinel, conhecido como pai da psiquiatria, que considerou a loucura como perda da razão, alienando o sujeito de si mesmo e requerendo um tratamento médico centrado na recuperação moral, disciplina e reclusão do sujeito (RAMMINGER, 2014).

Neste sentido, há um deslocamento da função do afastamento do louco do convívio social, antes justificado pela periculosidade e desordem causadas, com a psiquiatria ganha um sentido terapêutico que passa a justificar práticas opressoras. Para Ramminger (2014, p. 36), “esta dupla função – de cuidado e controle, de terapêutica e dominação, proteção e tutela, clínica e política – vai acompanhar não apenas a psiquiatria, mas também as demais disciplinas e tecnologias que se ocupam da loucura”. Assim os manicômios foram propostos, para resguardar a sociedade do ‘perigo’ representado pelo

louco e para tratar a loucura em uma estrutura carcerária, com práticas de vigilância, isolamento e disciplina moral.

Até o final do século XX as práticas psiquiátricas no Brasil eram centradas nos manicômios. Com o movimento da Reforma Psiquiátrica e a luta pela desinstitucionalização, este modelo hospitalocêntrico centrado na internação passa a ser questionado por sua incompatibilidade com os princípios de cidadania e dos Direitos Humanos, além de ser considerado pouco efetivo e cronificador da condição de sujeitos com transtorno psíquico. Numa postura contra hegemônica, “o projeto de desinstitucionalização busca a reconstrução do objeto (enquanto sujeito histórico) que o modelo tradicional reduziu e simplificou”. (HIRDES, 2009, p. 300).

A Saúde Coletiva apresenta estreita relação com as mudanças propostas pela Reforma Psiquiátrica que preconiza uma abordagem interdisciplinar dos problemas de saúde, o cuidado de base territorial e a integralidade. Tal mudança no modelo de atenção exige a revisão dos conceitos que sustentam as práticas dos profissionais de saúde, pois são necessárias profundas transformações dos modos de lidar com a loucura, da organização dos serviços de saúde e, sobretudo, da concepção de sujeito que orienta as práticas profissionais.

Cabe definir o que são modelos de atenção e salientar a co-existência de diferentes modelos a partir de processos de transição dos modos de agir em saúde e de práticas contra-hegemônicas que inauguram novas racionalidades, como é o caso da atenção a usuários de drogas. Segundo Paim, modelos de atenção à saúde são desenvolvidos em função de problemas de saúde e seus determinantes, envolvendo “formas de articulação das relações entre sujeitos (trabalhadores da saúde e usuários) mediadas por tecnologias (materiais e não-materiais) utilizadas no processo de trabalho em saúde”. (PAIM, 2002, p. 571).

O processo de transição do modelo de atenção proposto pela Reforma Psiquiátrica atinge uma dimensão historicamente construída e arraigada nas mais diversas sociedades, o poder médico, que se expressa também – mas não somente – na relação médico-paciente que sujeita e subjuga o doente desde a perspectiva subjetiva até o encarceramento propriamente dito. A Reforma Psiquiátrica no Brasil se fundamenta na desinstitucionalização que requer o abandono de tais práticas e a incorporação de um novo modelo de atenção centrado no sujeito adoecido e em suas necessidades,

considerando, sobretudo sua cidadania e no direito à liberdade, à inserção social e às decisões sobre seu próprio tratamento (DELGADO, 1991).

Para tanto, é imprescindível repensar o papel dos profissionais de saúde neste contexto, considerando o risco de que as práticas institucionalizadas no manicômio se reproduzam nos novos cenários da atenção em saúde mental, na medida em que, quando o discurso da reforma não é apropriado pelos atores da saúde, as mudanças propostas não se expressam no cenário concreto. Assim, para Delgado (1991, p. 19):

[...] uma transformação autêntica só seria efetivada quando se pudesse perceber o paciente como um ser total, com afetos, dores, sofrimentos e, simultaneamente, com possibilidades de opção, luta, reorganização pessoal e exercício pleno da cidadania.

O fim dos manicômios exige que os profissionais da saúde sejam flexíveis e criativos, criando estratégias para o cuidado que contemplem as particularidades de cada sujeito, abandonando protocolos e práticas massificadoras (HIRDES, 2009). Em 2003, a transferência da responsabilidade pela atenção aos usuários de drogas das instâncias jurídicas para o Ministério da Saúde representou mais uma vitória do movimento da Reforma Psiquiátrica na reordenação do cuidado em saúde mental (SILVA, 2014).

A partir da década de 1980, o consumo de substâncias psicoativas passou a representar uma preocupação para a saúde pública no Brasil e em outros países devido, principalmente, aos casos de AIDS que se alastraram entre usuários de drogas injetáveis (SOUZA, 2007). Desde então, passa-se a dedicar maior atenção à saúde dos usuários de álcool e outras drogas, sendo intensificadas pesquisas acerca desta temática, além do desenvolvimento de programas direcionados à prevenção do uso abusivo de drogas e à redução dos riscos e danos do uso de substâncias (CANOLETTI; SOARES, 2005; PRATTA; SANTOS, 2009).

É neste momento histórico que a Redução de danos ganha mais visibilidade no cenário internacional. No entanto, ações para minimizar riscos e danos do uso de drogas datam de 1926, quando um documento elaborado por um Colegiado de Médicos Britânicos, intitulado Relatório Rolleston, sugeria ao governo inglês que “opiáceos fossem prescritos pelos médicos clínicos para os dependentes dessas drogas como forma de ajudá-los a levar uma vida mais estável e socialmente útil”. (ANDRADE, 2004, p. 87).

Andrade (2004) define Redução de danos como ações ou estratégias que se orientem para a minimização dos riscos e danos biológicos, psicossociais e econômicos

decorrentes do uso ou abuso de drogas sem que seja preconizada a abstinência imediata. A Redução de danos se fundamenta no respeito ao sujeito e no seu direito de consumir drogas, compreendendo que o desenvolvimento da autonomia dos usuários de drogas em seu autocuidado com a saúde e na sua organização social são indicativos de uma relação menos prejudicial com as drogas.

A abordagem da Redução de danos foi primeiramente desenvolvida na Holanda, especificamente nas cidades de Amsterdã e Roterdã na década de 1970, por iniciativa de grupos organizados de usuários de substâncias psicoativas, grupos de profissionais da área da saúde e autoridades locais. Problemas como óbitos por overdose, rede de assistência à saúde precária e ineficácia da repressão policial, foram os estímulos para a reorientação do modelo de atenção às questões relacionadas ao uso de drogas, que passou a ser considerado um problema de saúde pública (BUNING, 2006).

Com a questão do abuso de drogas situada como um problema de saúde pública e considerando a urgência em minimizar os contágios por HIV entre usuários, surgem os primeiros programas de distribuição e troca de seringas para usuários de drogas injetáveis. Assim, a Redução de danos começa a ser melhor delineada em sua definição e seus princípios norteadores, se contrapondo ao “modelo moral/criminal” e “modelo de doença” na compreensão do uso de drogas. Tais modelos preconizam a imposição da abstinência como maneira mais efetiva de tratamento, além de prescreverem medidas de combate à oferta e à demanda por drogas como forma de prevenção ao seu consumo, neste sentido, o uso de drogas é considerado ato delituoso e necessita de intervenção moral, legal e médica (MARLATT, 1999).

Na perspectiva da Redução de danos, é possível haver uso controlado de substâncias, buscando a minimização dos danos sociais e pessoais. Segundo MacRae (2001), o consumo de álcool e outras drogas perpassa a história da humanidade estando vinculado à religiosidade, às práticas de cura e posteriormente médicas, além do uso recreativo. No entanto, a falta de reguladores sociais e culturais para o consumo de drogas, uma das características historicamente recentes, pode estar associada a padrões de consumo abusivos e prejudiciais.

Segundo Moraes (2008, p. 123), o modelo de compreensão do uso de drogas que orienta a abordagem de Redução de danos está construído sobre dois argumentos: "1) é impossível uma sociedade completamente sem drogas; 2) a guerra às drogas contraria os princípios éticos e direitos civis das pessoas, ferindo o direito à liberdade do uso do

corpo e da mente". Assim, não há julgamento sobre o comportamento aditivo e seus aspectos morais, criminais e patológicos, mas, busca por meio de uma abordagem pragmática, construir estratégias que consideram os recursos que o sujeito dispõe para alcançar a redução dos prejuízos que o abuso de drogas, além de outros comportamentos de risco, podem trazer à pessoa e à sociedade em que está inserida (MARLATT, 1999).

Para a Associação Internacional de Redução de Danos, “as intervenções de Redução de danos para drogas são baseadas num forte compromisso com a saúde pública e os direitos humanos” (INTERNATIONAL HARM REDUCTION ASSOCIATION, 2010, p. 1), se constituem então em ações que objetivam preservar a vida de populações em situação de risco através de atitudes não coercitivas e fundamentadas nas necessidades dos sujeitos, sendo o profissional de saúde o facilitador do processo de produção de saúde no qual o protagonista das intervenções é o usuário de substâncias psicoativas.

Neste sentido, a Redução de danos tem forte compatibilidade com a proposta de valorização do sujeito também defendida na Reforma Sanitária e, conseqüentemente, coerente com os princípios e diretrizes do SUS. A luta pelo acesso irrestrito à saúde acompanha a trajetória da atenção à saúde de usuários de drogas, na medida em que, a estes sujeitos foram relegadas ações punitivas e excludentes, consequência de uma construção social que estigmatiza o usuário de drogas como criminoso. A Redução de danos encontra-se em consonância com a Saúde Coletiva, uma vez que ambas pressupõem a democratização da saúde, a integralidade do cuidado e a territorialização da oferta de ações e serviços.

Em 2005, marcando uma mudança histórica na maneira como são tratadas as questões relacionadas às drogas pelo Estado brasileiro, a Política Nacional sobre Drogas (PNAD) foi instituída tendo como eixo central de ação a redução da demanda e da oferta de drogas e, estando alinhada às tendências mundiais sobre esta questão, se configura como um grande avanço para o Brasil. A elaboração desta Política prezou pela ampla participação da sociedade civil, profissionais da saúde, educação, assistência social, justiça, entre outros, que através de cinco eventos regionais prévios, puderam discutir todos os itens da PNAD.

A Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), principal articuladora das políticas públicas sobre drogas no Brasil é o órgão responsável pela implementação da PNAD, que se baseia na responsabilidade compartilhada entre Estado e demais âmbitos governamentais, além da iniciativa privada e da sociedade civil, considerando

imprescindível a intersectorialidade e descentralização das ações direcionadas à problemática das drogas (BRASIL, 2005).

Entre os pressupostos da PNAD, destacam-se aqueles relacionados à atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas, como o direito a cuidados em saúde adequados, a indistinção no tratamento de usuários de drogas lícitas e ilícitas, a priorização das ações de prevenção e Redução de danos, o incentivo a novas ações de atenção a usuários de drogas e o aperfeiçoamento das ações existentes, além do estímulo às pesquisas nesta área e ao uso de seus resultados na fundamentação das práticas direcionadas a usuários de drogas (BRASIL, 2005).

Os objetivos da Política versam sobre a redução da demanda e oferta de drogas. No que tange à saúde, propõe-se a implementação de rede assistencial articulada, intersectorial, da qual participem a iniciativa pública e privada com serviços estruturados segundo normas mínimas de funcionamento e com práticas cientificamente respaldadas. É também objetivo da PNAD avaliar as diversas modalidades de cuidado ao usuário de drogas com vistas a favorecer às que se mostrem efetivas.

O texto da Política situa a Redução de danos como uma ação assegurada pelo artigo 196 da Constituição Federal, que deve ter garantida sua implementação intersectorial por iniciativas do Estado, sociedade civil organizada e setor privado. Compreendendo o papel fundamental dos trabalhadores de diversos setores para a implementação da Redução de danos, a PNAD apresenta como uma de suas diretrizes a garantia de capacitação, treinamento e supervisão técnica das ações relacionadas à Redução de danos e inclui o agente redutor de danos como profissional de saúde (BRASIL, 2005).

É proposta pela PNAD a ampla divulgação da Redução de danos como estratégia de saúde para toda a sociedade e na educação em todos os níveis. As pesquisas que visem “o aprimoramento e a adequação da política e de suas estratégias” (BRASIL, 2005, p. 20) são apoiadas pela PNAD, o que respalda a proposta deste estudo que pretende compreender os discursos dos profissionais de saúde de um CAPS AD sobre a Redução de danos, entendendo que assim será possível identificar as articulações e desarticulações dos discursos com as orientações das políticas públicas para a atenção a usuários de álcool e outras drogas.

É fundamental destacar que a Redução de danos se contrapõe ao proibicionismo, compreendido como uma estratégia de combate à demanda por drogas

que se mostrou ineficaz nas mais diversas culturas, haja vista que o uso de substâncias ilícitas é uma realidade incontestável. No cerne da Redução de danos está a compreensão de que a proibição da produção e consumo de determinadas drogas tem como efeito colateral o surgimento do tráfico de drogas que, em decorrência da violência inerente às atividades ilícitas, representa um dos piores danos relacionados às drogas. Neste sentido, a PNAD propõe que através da participação popular e argumentos respaldados cientificamente possam ser propostas modificações nas legislações vigentes no Brasil.

Os danos sociais relacionados ao uso abusivo de drogas precisam ser tratados com o mesmo afincamento que aqueles que comprometem a saúde dos usuários, assim, é fundamental que sejam criadas estratégias para lidar com os impactos desta questão na organização social dos sujeitos. Desta forma, a PNAD propõe que sejam viabilizadas políticas públicas de geração de trabalho e renda como medidas de diminuição da vulnerabilidade social de pessoas com problemas relacionados ao abuso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2005).

Diante da necessidade de ampliar as ações de Redução de danos, diminuir a incidência crescente do contágio por HIV e hepatites entre usuários de drogas injetáveis, e considerando o impacto social e para a saúde do consumo problemático de álcool, a Portaria nº 1.028, de 1º de julho de 2005, instituída pelo Ministério da Saúde e baseada nas orientações da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral dos Usuários de Álcool e outras Drogas, passa a regular as ações de Redução de danos sociais e à saúde relacionados ao uso de álcool e outras drogas.

A referida Portaria preconiza que a Redução de danos se desenvolva através de ações de saúde direcionadas a pessoas que não querem ou não conseguem abster-se do uso de substâncias, buscando diminuir o impacto social e à saúde decorrente deste consumo (BRASIL, 2008). Neste sentido, as ações de Redução de danos devem contemplar a perspectiva da atenção integral à saúde dos usuários na medida de sua necessidade.

No que tange à integralidade, a educação em saúde e o aconselhamento se fazem fundamentais, devendo haver orientações quanto a comportamentos mais prudentes para o uso de drogas e práticas sexuais seguras. Segundo a Portaria nº 1.028/05, tais ações devem contemplar informações sobre: os riscos e danos do uso de álcool e outras drogas; os malefícios decorrentes do compartilhamento de insumos para consumo de drogas; prevenção e conduta em caso de intoxicação; medidas de prevenção ao

contágio de diversas doenças; práticas sexuais seguras; dispositivos setoriais e intersetoriais; além de informações sobre os direitos fundamentais do cidadão (BRASIL, 2008).

Além da disponibilização das referidas informações, a Portaria nº 1.028/05 preconiza a dispensação de insumos para o uso seguro de drogas e práticas sexuais protegidas. Devem ser garantidos sempre que requeridos pelos usuários de álcool e outras drogas, o tratamento à dependência química, o diagnóstico e tratamento para HIV/AIDS, DSTs e hepatites virais, assim com a imunização quando possível.

A intersetorialidade também é apresentada como diretriz desta Portaria como medida para fortalecer as ações de saúde. Neste sentido, as ações de Redução de danos não devem se restringir aos serviços de saúde, devendo acontecer em todos os locais onde aconteça o uso de drogas ou onde haja vulnerabilidade aos danos deste consumo. Outro ponto fundamental da Portaria nº 1.028/05 é a priorização da participação de pessoas inseridas nas comunidades onde são realizadas as ações de Redução de danos, considerando esta como uma prática territorial na qual é necessário o conhecimento das particularidades do território, suas potencialidades e nós críticos, de modo a favorecer o uso adequado dos recursos disponíveis e o manejo dos entraves existentes (BRASIL, 2008).

Em 2006, o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) é instituído pela Lei nº 11.343 e se configura como coordenador das ações relacionadas à problemática das drogas, como a atenção à saúde de usuários no que tange à prevenção, tratamento e reinserção social, além de questões relacionadas à repressão do tráfico de drogas.

O SISNAD apresenta como princípios: o respeito aos Direitos Humanos e às particularidades dos diversos grupos populacionais, promovendo valores culturais e éticos que possam funcionar como fatores de proteção ao uso problemático de drogas; a valorização da participação social nas atividades do SISNAD com vistas à responsabilidade compartilhada entre Estado e sociedade; a intersetorialidade; a articulação com as medidas nacionais e internacionais para redução da demanda e da oferta de drogas; a busca pela cooperação dos Poderes Legislativo, Judiciário e Ministério Público nas ações do SISNAD; a ênfase na multidisciplinaridade nas ações do SISNAD; e a “observância às orientações e normas emanadas do Conselho Nacional Antidrogas - CONAD”. (BRASIL, 2006, p. 29).

A atenção a usuários de drogas é compreendida como ações direcionadas à melhoria da qualidade de vida e à redução dos riscos e danos relacionados ao uso abusivo de substâncias psicoativas. Para nortear tais práticas, a Lei nº 11.343 estabelece princípios e diretrizes, quais sejam: a consonância com os preceitos do SUS e da Declaração Universal dos Direitos do Homem; a conformação das práticas de saúde com o contexto sociocultural; a construção de projeto terapêutico individualizado visando a reinserção social e a Redução de danos; a multidisciplinaridade nas ações de saúde; e a conformidade das práticas de saúde com as decisões do CONAD e outros órgãos relacionados à problemática em questão (BRASIL, 2006).

Dadas tais diretrizes, a Lei nº 11.343 determina que toda a rede de serviços públicos e privados cujas práticas sejam direcionadas a pessoas que usam drogas e seus familiares, de forma preventiva ou assistencial, devem seguir os princípios e diretrizes estabelecidos, sobretudo, a abordagem de Redução de danos. É possível perceber que há uma clara coerência entre as políticas, leis e outras normativas relacionadas à questão das drogas, na medida em que a Redução de danos figura em todas elas como norteadora das ações do Estado sobre o problema.

Outra Política de grande relevância para a condução das problemáticas relacionadas às drogas é a Política Nacional sobre o Álcool, criada em 2008, sendo um conjunto de medidas proposto para responder aos problemas sociais e de saúde relacionados ao álcool. Considerando a complexidade dos danos decorrentes do uso problemático de bebidas alcoólicas, a política se orienta pelas perspectivas da integralidade e intersetorialidade, buscando compreender os mais variados âmbitos do problema e suas consequências e propor intervenções envolvendo diversos setores como saúde, educação, justiça, entre outros.

Assim, são preconizadas providências como fiscalização dos meios de divulgação e comercialização de bebidas, medidas restritivas visando a redução da demanda, ações educativas sobre o álcool, fortalecimento dos fatores de proteção ao uso abusivo de álcool, e outros direcionamentos no sentido de minimizar a vulnerabilidade social aos problemas relacionados ao álcool.

No que tange à assistência à saúde, a Política Nacional sobre o Álcool recomenda “utilizar a lógica ampliada do conceito de Redução de danos como referencial para as ações políticas, educativas, terapêuticas e preventivas relativas ao uso de álcool, em todos os níveis de governo” (BRASIL, 2008, p. 80), adotando o conceito de Redução

de danos enquanto estratégias em saúde pública que visem à redução dos riscos e danos à saúde resultante do consumo de álcool. Em conformidade com os avanços da Saúde Coletiva, a Política reforça a importância de ações territorializadas e da estruturação de uma rede de atenção diversificada e integrada.

É de absoluta importância para este estudo a elucidação do momento histórico em que o cuidado a usuários de álcool e outras drogas passa a ser absorvido pelo Ministério da Saúde como uma de suas responsabilidades, sendo que tal processo dispara a criação das demais políticas direcionadas ao uso e ao usuário de drogas. Em 2003, o Ministério da Saúde passa a agregar esforços para a construção de uma Política de saúde para os usuários de drogas reunindo vários atores da sociedade civil organizada, comunidade científica, profissionais dos campos da saúde mental e DST/AIDS, além de pessoas vinculadas ao Ministério da Saúde. Assim, diferentes propostas clínico-políticas dialogaram em uma perspectiva transdisciplinar que se concretizou na Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas.

Como norteadores desta política, Souza (2007) destaca os princípios do SUS: universalidade, integralidade e equidade, além da clínica ampliada, a transversalidade, a desinstitucionalização e a Redução de danos. No texto da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, a Redução de danos figura como um de seus principais objetivos:

Indicar o paradigma da Redução de danos – estratégia de saúde pública que visa a reduzir os danos causados pelo abuso de drogas lícitas e ilícitas, resgatando o usuário em seu papel autorregulador, sem a preconização imediata da abstinência e incentivando-o à mobilização social – nas ações de prevenção e de tratamento, como um método clínico-político de ação territorial inserido na perspectiva da clínica ampliada. (BRASIL, 2004a, p. 24).

A Redução de danos se configura como uma abordagem de baixa exigência, já que não requer a abstinência para o acesso aos serviços de atenção à saúde, sendo uma alternativa aos modelos tradicionais de tratamento do uso abusivo de drogas, como os Centros de recuperação e a irmandade Alcolicos Anônimos, que não se mostram igualmente eficazes para todos os sujeitos, sendo então demandadas outras estratégias de atenção que deem conta da complexidade do fenômeno.

Outro aspecto relevante apontado pelo documento do Ministério da Saúde é a dimensão política do método da Redução de danos que requer dos profissionais de saúde um investimento nos sujeitos para além dos cuidados no âmbito físico, acompanhando seu desenvolvimento pessoal e social. É necessário ponderar também que as práticas em saúde devem considerar as singularidades e as inúmeras possibilidades que o trabalho com cada vida humana oferece ao profissional. Desta forma, práticas padronizadas são desestimuladas, e a escuta e o acolhimento se fazem fundamentais nas ações de saúde (BRASIL, 2004a).

Esta pesquisa recorta uma dimensão importante da atenção ao usuário de drogas; se detém sobre as diretrizes contidas na Política do Ministério da Saúde para a Atenção a Usuários de Álcool e outras Drogas, e seu alcance delimita-se ao CAPS AD, como palco privilegiado para a implementação da Política de atenção a usuários de drogas, entre outros serviços que compõem a rede assistencial do Sistema Único de Saúde.

Neste sentido, o profissional de saúde do CAPS AD, atuando com usuários de drogas é fundamental para a concretização da proposta desta Política, na medida em que seu vínculo com o usuário funciona como o ponto de partida para o desenvolvimento da abordagem de Redução de danos. Assim, o profissional deve operar como facilitador do processo de produção de saúde, o que requer “um trabalhador implicado política e afetivamente com a transformação dos modos de cuidar e se relacionar com a loucura, que trabalhe de forma interdisciplinar, em uma articulação da gestão com a clínica” (RAMMINGER, 2014, p. 41).

Segundo Souza (2007), a abordagem de Redução de danos se configura como um novo paradigma em cuidado que apresenta como diretrizes metodológicas a clínica ampliada, a transversalidade, a ação no território, bem como a gestão comum aliada à corresponsabilidade e cooperação. Neste sentido, a Redução de danos propõe a transformação do modelo de atenção biomédico, hegemônico nas práticas direcionadas a usuários de drogas.

A Clínica Ampliada, uma das diretrizes da abordagem de Redução de danos, esbarra nas lógicas que sustentam as práticas tradicionais em saúde, e que se mostram reducionistas ao não abarcar a complexidade do processo saúde-doença que extrapola a dimensão biomédica e envolve outros condicionantes. A partir do século XIX as ciências

humanas começam a se inserir no campo da saúde problematizando as práticas e questionando os conceitos de normalidade, de saúde e de doença.

Entende-se que a Clínica Ampliada requer a ressignificação das práticas em saúde, superando o discurso biomédico, adotando o conceito ampliado de saúde e expandindo também as práticas dos profissionais de saúde. O discurso da Clínica Ampliada surge então como contraponto à hegemonia do saber médico e inaugura novas concepções como multi e interdisciplinaridade, horizontalidade nas relações multiprofissionais e, sobretudo a ampliação dos determinantes do processo saúde/doença, incluindo aspectos sociais, culturais, econômicos, ideológicos, políticos, psicológicos e subjetivos (CAMPOS, 2003).

O que se preconiza é uma escuta qualificada com práticas de acolhimento e voltada para o estabelecimento de vínculo; intersetorialidade; integralidade do cuidado; democratização do acesso da população aos serviços públicos; extinção da relação de submissão entre profissionais e usuários; promoção da saúde e do autocuidado para os usuários; práticas territorializadas e conectadas com as demandas reais da população; e, especialmente práticas voltadas para o desenvolvimento da autonomia dos usuários (CAMPOS, 2003).

Neste sentido, Souza (2007, p. 83) ressalta que, “ao contrário da clínica reduzida, que tem como procedimento a remissão do sintoma, a clínica ampliada adota como direção a produção de saúde, sendo esta entendida como produção de sujeitos autônomos”. Assim, a Clínica Ampliada se configura como racionalidade para a atuação em Redução de danos, valorizando a promoção da autonomia e protagonismo dos usuários sobre seu autocuidado e desenvolvimento pessoal.

Outra diretriz metodológica da abordagem de Redução de danos é a transversalidade, que busca estabelecer uma noção crítica sobre saúde, a partir das contribuições das diversas disciplinas para a construção de novos olhares e práticas sobre um fenômeno complexo, integrando as especificidades de cada núcleo de saber.

A perspectiva transversal na Redução de danos se efetiva como um movimento espontâneo, à medida que populações marginalizadas são acessadas e tem-se como conduta clínica o reconhecimento das necessidades apresentadas pelo usuário, as demandas que surgem são de diversas ordens, de modo que a Redução de danos não se restringe ao universo das drogas, mas alcança as demandas legítimas do sujeito e em sua

tentativa de produzir sujeitos autônomos adentra outros territórios clínicos e políticos, se direcionando para a integralidade do cuidado (SOUZA, 2007).

Com relação à gestão comum ou compartilhada, este aspecto expressa mais claramente a dimensão política do método da Redução de danos com repercussões clínicas. Refere-se à inserção de usuários de drogas em espaços de gestão dos serviços públicos – inclusive os serviços de atenção à saúde, nos conselhos abertos à participação social, além do seu próprio território. A participação coletiva e a gestão da coletividade reverberam no autocuidado, na medida em que o governo comum implica no governo de si (ANDRADE, 2004). Desta forma, o sujeito, ao se comprometer com objetivos coletivos, passa a constituir um outro lugar social e existencial, e mantê-lo pode requerer autocuidado e uma relação menos prejudicial com as drogas.

A corresponsabilidade implica no investimento do profissional no usuário, sendo corresponsável por sua trajetória no serviço, se apresenta então como resultado do vínculo estabelecido entre usuário e profissional de saúde, partindo do entendimento que as ações assistenciais devem ser produzidas a partir da experiência de cada usuário, das demandas particulares dos sujeitos e da qualidade de sua vinculação com o profissional de saúde (SOUZA, 2007).

A cooperação compreende que as práticas de Redução de danos deslocam os lugares sociais do usuário e do profissional ao incentivar o protagonismo dos sujeitos, sua autonomia e a gestão compartilhada dos serviços. Neste sentido, as relações são horizontalizadas dentro na clínica, não havendo espaço para condutas de tutela ou subjugação das individualidades dos usuários.

Outra diretriz da Redução de danos é a ação no território, considerando que todas as outras diretrizes se efetivam no território, a Redução de danos é uma modalidade clínica que pode ser operacionalizada *in loco*. Assim, é necessário extrapolar os muros dos serviços de saúde e alcançar o contexto social e cultural no qual se inserem os usuários de drogas, de modo que as ações dos profissionais estejam afinadas com as necessidades dos sujeitos e sua realidade concreta.

A abordagem da Redução de danos possui aspectos pragmáticos supracitados, orientando o fazer cotidiano dos profissionais que atuam com usuários de drogas, além de dimensões norteadoras da ação política e social que requerem uma ampliação da concepção de saúde e uma nova compreensão do papel dos profissionais da saúde que

ultrapasse o fazer técnico e médico-centrado, superando o modelo biomédico, para que a abordagem de Redução de danos seja de fato implementada nos serviços.

Neste sentido, os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) figuram como espaços privilegiados à implementação da abordagem de Redução de danos. Os CAPS AD, serviços destinados ao tratamento de pessoas com transtornos decorrentes do uso abusivo de drogas, integram o SUS e tiveram seu funcionamento regulamentado em 2002, sendo previstos para cidades com população maior que 100.000 habitantes, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a). Configuram-se como dispositivos de atenção que expressam os novos direcionamentos dados à saúde mental a partir da Reforma Psiquiátrica e com a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas.

Estes serviços são destinados a pessoas com transtorno psíquico decorrente do uso prejudicial de álcool e outras drogas, adotando o modelo da saúde pública para fundamentar suas ações e considerando, especialmente, a inter-relação entre o sujeito, o ambiente e as substâncias psicoativas para compreender o fenômeno da dependência química (PERRENOUD; RIBEIRO, 2011). Os CAPS AD oferecem atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, cuidados de enfermagem, entre outros), além de atendimentos em grupo, oficinas terapêuticas, visita domiciliar e leitos para desintoxicação (BRASIL, 2004b).

Em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde, os CAPS AD preconizam também a atenção integral a seus usuários, desenvolvendo ações de prevenção, tratamento, Redução de danos, reinserção social e promoção de saúde. Devem garantir o acesso de todos ao serviço, respeitar o princípio da equidade e atuar de forma articulada com outros serviços de saúde e assistência social, garantindo a intersetorialidade (BRASIL, 2004b).

Instrumento fundamental para o desenvolvimento das práticas assistenciais do CAPS AD, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) expressa a corresponsabilidade na relação profissional-usuário, orientando o percurso do sujeito no serviço a partir de uma construção compartilhada na qual as demandas do usuário sejam abarcadas. O protagonismo do usuário na elaboração do PTS e a corresponsabilidade do profissional de saúde neste processo são indispensáveis para a atenção psicossocial considerando que:

É fundamental conceber o indivíduo como sujeito social, capaz de traçar projetos próprios de desenvolvimento e ser co-partícipe no

cuidado ofertado a ele ao considerar que o processo de mudança geralmente envolve interesses diversos, mas dificilmente serão consensuais em relação à necessidade de rupturas. Isto porque cada sujeito social tem certo grau de autogoverno e imprime no cotidiano das práticas em saúde distintos processos instituintes que operam em várias direções dentro de seu espaço de governabilidade. (ASSIS et al., 2010, p. 16).

Na tentativa de qualificar as ações direcionadas à problemática das drogas o Governo Federal lançou o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, que desde 2010, por meio da Secretaria Nacional de Política sobre Drogas (SENAD), vem ofertando, em parceria com universidades federais, cursos de capacitação na modalidade de ensino a distância, e também presencial, direcionados aos profissionais das áreas de saúde, assistência social, justiça, segurança pública, conselheiros, educação lideranças comunitárias e religiosas (BRASIL, 2010).

Outra iniciativa abraçada pelo governo federal é a proposta das Escolas de Redução de danos (BRASIL, 2012a), que visa à qualificação das ações de Redução de danos nos dispositivos do Sistema Único de Saúde, considerando que tais ações têm sido incipientes diante da demanda crescente por atenção à saúde de usuários de drogas. No entanto, a Bahia possui apenas duas destas escolas, o que demonstra a necessidade de maiores investimentos em capacitação profissional direcionada aos trabalhadores da saúde.

Um estudo realizado no Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos (CPTT) de Vitória, ES, objetivou analisar o processo municipal de implementação da Política de atenção aos usuários de álcool e outras drogas. Destacou como aspecto relevante, a precarização do vínculo dos profissionais mediante contrato temporário que compromete a continuidade das ações desenvolvidas e o acompanhamento dos usuários. Evidenciou também que a adoção da abordagem de Redução de danos não ocorre sem resistências internas e externas (REIS; GARCIA, 2008).

Foi realizada uma investigação em um CAPS AD com o objetivo de conhecer as intervenções previstas pelos documentos das políticas públicas sobre o tema, observar estas intervenções no dia-a-dia e problematizar possíveis fragilidades destas práticas. Os resultados da pesquisa revelaram progressos como a presença da intersetorialidade e da integralidade nas ações do serviço, além de práticas envolvendo o ambiente social. No entanto, algumas fragilidades foram apontadas, entre as quais destaco a dificuldade em implementar ações de busca ativa e Redução de danos (SOUZA et al., 2012).

Segundo Passos e Souza (2011), os CAPS AD demonstram baixa adesão à Redução de danos, o que impede a institucionalização da abordagem no SUS. Considerando que o Ministério da Saúde preconiza a Redução de danos como orientadora das práticas dos CAPS AD, se faz necessária a produção de conhecimento científico visando compreender como os profissionais de saúde se apropriam desta abordagem, aderindo, rejeitando ou adequando este modelo de atenção. Assim, poderão ser identificadas possíveis lacunas na oferta de cuidados para usuários de álcool e outras drogas, e propostas estratégias que visem à qualificação das práticas de Redução de danos.

3 METODOLOGIA

A metodologia explicita o caminho percorrido na construção do conhecimento científico, o que requer um percurso bem delineado em função da singularidade do objeto com vistas a alcançar o objetivo proposto na pesquisa (MINAYO, 2010).

3.1 Tipo de estudo

Estudo de caso desenvolvido na abordagem qualitativa, de natureza descritiva. Segundo Martins (2004), esta metodologia é ideal para analisar realidades amplas, de modo a elaborar uma compreensão de determinado fenômeno. De acordo com Nakamura (2011), saúde, doença, formas de tratamento e de cuidado são fenômenos socioculturais e devem ser compreendidos em sua totalidade, aspecto importante, pois qualquer tentativa de entender o todo a partir do conjunto de suas partes corre o risco de ser reducionista e perder de vista a complexidade dos fenômenos socioculturais.

No estudo de caso qualitativo ou naturalístico, no qual o objeto de estudo é concebido como único, “multidimensional e historicamente situado” (LUDKE; ANDRÉ, 1986, p. 21), podendo tratar-se de um indivíduo, uma empresa, um bairro, uma cidade, neste caso, a abordagem de redução de dados em um serviço público de saúde. Estudo de caso é um método de pesquisa frequentemente utilizado na psicologia, sociologia, antropologia e educação, que busca atender à necessidade de compreensão de fenômenos sociais complexos, sejam eles individuais, grupais ou organizacionais (YIN, 2010). Na área da saúde, o método do estudo de caso costuma ser adotado em investigações da medicina e da enfermagem para estudos diagnósticos, ainda timidamente utilizado em estudos da saúde coletiva, área na qual os seus resultados têm o potencial de contribuir para a gestão dos serviços, planejamento das ações, além da implementação e avaliação de intervenções.

Yin (2010, p. 39) define o método de estudo de caso como: “[...] uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo em profundidade e em

seu contexto de vida real, especificamente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente evidentes”. O estudo de caso é mais pertinente às pesquisas cuja questão de investigação seja do tipo “como” e “porque”, nas quais não exista controle sobre o objeto por parte do pesquisador, e naqueles que pretendem abordar fenômenos contemporâneos, como nesta pesquisa, que enfocou os modos como os discursos sobre Redução de danos dos profissionais de saúde de um CAPS AD se (des)articulam com a Política de atenção a usuários de drogas.

Este método busca contemplar a integralidade do objeto de investigação, reconhecido como complexo, contemporâneo e incontrolável pelo pesquisador, considerando sua multidimensionalidade e enfatizando a interação de seus elementos entre si e com o contexto. A ênfase no contexto social é fundamental para os estudos de caso, pois a especificidade do caso também é resultado de sua dinâmica contextual, entre outros aspectos. A importância e dinamicidade do contexto se refletem em outra característica do estudo de caso que é não possuir arcabouço teórico acabado, já que a imersão no campo pode revelar nuances antes desconhecidas e suscitar a elaboração de novos questionamentos e novas respostas (LUDKE; ANDRÉ, 1986; YIN, 2010).

Uma característica fundamental do estudo de caso que o diferencia de outras abordagens é a generalização naturalística, que se refere à possibilidade de que sujeitos, não participantes do caso (leitores, pesquisadores), possam reconhecer nos elementos encontrados no caso estudado aspectos da sua própria experiência, associando as construções teóricas decorrentes do estudo a outras realidades (LUDKE; ANDRÉ, 1986).

O estudo de caso se desenvolveu em três fases: exploratória, na qual ocorreu a aproximação do fenômeno mediante o planejamento do estudo, apreciação da literatura sobre o tema e definição das questões de investigação; delimitação do estudo, momento em que foi eleito o foco da investigação, pois, em função do tempo e da complexidade do objeto se fez necessário estabelecer os aspectos sobre os quais o estudo se deteve, além disso, nesta fase realizou-se a coleta dos dados através de técnica escolhida considerando as características do objeto de estudo; análise sistemática dos dados e elaboração do relatório, momento que exigiu a adoção de uma técnica de análise de dados qualitativos (LUDKE; ANDRÉ, 1986).

Destaca-se que a apresentação dos resultados do estudo de caso não exige a formalidade da linguagem acadêmica, estes são relatados de forma narrativa, utilizando a linguagem característica dos participantes que vivenciam a realidade, conservando assim

singularidades de suas expressões verbais, presentes nos trechos de discursos que ilustram a pesquisa, transmitindo a experiência vivencial do pesquisado. Neste sentido, conforme Pereira e Costa (2008), o produto do estudo de caso é uma descrição densa do objeto estudado.

3.2 Campo de estudo

O estudo foi realizado no CAPS AD de uma cidade do interior da Bahia. O referido serviço é o único dispositivo do Sistema Único de Saúde especializado na atenção integral a usuários de álcool e outras drogas no município, sendo referência nesta demanda para uma população estimada em 556.642 pessoas e para os municípios do entorno (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Localizado à rua Prudêncio de Moraes, número 160, bairro Ponto Central, o CAPS AD Dr. Gutemberg Santos Almeida integra a rede de saúde mental do município juntamente com um CAPS i, um CAPS II, um CAPS III, o Programa da Volta para Casa, Serviços Residenciais Terapêuticos, o Hospital Especializado Lopes Rodrigues e leitos psiquiátricos em hospital geral (VARJÃO, 2007).

O serviço funciona de segunda a sexta-feira, das 8 às 18 horas, havendo interrupção dos atendimentos na quarta-feira pela manhã, quando é realizada reunião da equipe multiprofissional para planejamento e acompanhamento das ações do serviço e discussões de caso. O CAPS AD oferta a seus usuários acolhimento, atendimento individual (atendimento médico, de enfermagem, psicoterapia), atendimento coletivo nas modalidades de grupos terapêuticos – grupo de álcool, grupo de tabaco, grupo D, grupo de comorbidades e grupo de família –, além de oficinas terapêuticas.

Na organização do processo de trabalho, o CAPS AD conta com um coordenador que se dedica à gestão, colaborando com a equipe assistencial nas discussões de caso que ocorrem em reunião semanal. Os profissionais são vinculados a uma cooperativa que presta serviços à prefeitura, uma transição recente que foi considerada pelos participantes como uma desvantagem para os profissionais. O regime de trabalho varia entre os profissionais. Todos os médicos trabalham em carga horária de 20 horas, os demais profissionais têm regimes de 30 e 40 horas.

3.3 Participantes do estudo

De acordo com o Ministério da Saúde, a equipe técnica do CAPS AD é multiprofissional com composição mínima de um médico psiquiatra, um enfermeiro com formação em saúde mental, um médico clínico, quatro profissionais de nível superior (com formação em psicologia, serviço social, enfermagem, terapia ocupacional ou pedagogia), seis profissionais de nível médio (técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão) (BRASIL, 2004b).

Participaram deste estudo nove profissionais de saúde que compõem a equipe multiprofissional do CAPS AD onde o estudo foi realizado, os quais não terão referida a profissão a fim de dificultar sua identificação. Foram convidados todos os profissionais de saúde de nível superior que atuam diretamente com os usuários do serviço, independentemente de sua especialidade e formação, totalizando 15 profissionais de nível superior. Admitiu-se como critério de inclusão o tempo de atuação no serviço maior que três meses, considerando a alta rotatividade dos trabalhadores nos serviços de saúde. Não foram considerados como participantes os profissionais que se encontravam afastados das atividades no serviço por estarem de férias ou licença de qualquer tipo, constituindo-se como critério de exclusão no qual se enquadraram quatro profissionais. Dois profissionais não expressaram interesse em participar da pesquisa.

3.4 Coleta de dados

A aproximação do campo ocorreu mediante o envio de um ofício do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva endereçado à Secretaria Municipal de Saúde e à equipe do CAPS AD, solicitando permissão para realizar a pesquisa. A pesquisa foi apresentada à coordenação do serviço, ressaltando-se sua relevância científica, indicando as contribuições do estudo para o serviço e para o campo da atenção a usuários de álcool e outras drogas, além de esclarecer sobre a necessidade de realização de entrevistas com os profissionais.

Para o desenvolvimento desta pesquisa buscou-se conhecer os participantes do estudo, seu cotidiano no serviço e seus discursos a respeito da Redução de Danos. Para tanto foram utilizadas as técnicas de entrevista semiestruturada e de observação sistemática, empregando os instrumentos de caracterização profissional dos participantes, contando com o apoio de roteiros, conforme os Apêndices A (Roteiro de entrevista semiestruturada) e B (Roteiro de observação).

A observação sistemática consiste numa técnica orientada por um roteiro direcionado aos objetivos da pesquisa, que permite apreender hábitos, atitudes, relações interpessoais e outras características da realidade observada, captando o fenômeno de maneira mais próxima daquela que ocorre, ainda que não participe da dinâmica do serviço (LUDKE; ANDRÉ, 1986).

A entrevista semiestruturada é orientada por roteiro elaborado considerando os objetivos da pesquisa e os aspectos que a literatura indica como aspectos pertinentes a serem explorados para melhor compreensão do objeto de estudo sem, contudo, perder de vista que na interação com os participantes poderiam surgir outros elementos, contemplados pela literatura ou não, que foram melhor compreendidos mediante perguntas adicionais (MANZINI, 2003).

A coleta de dados iniciou-se no mês de outubro de 2015, após aprovação da Secretaria Municipal de Saúde e da Coordenação do serviço e finalizada no mês de abril de 2016. Inicialmente realizaram-se visitas com o intuito de apresentar a pesquisa à equipe, no entanto, na impossibilidade de reunir a todos, foram realizadas várias apresentações a pequenos grupos e mesmo individualmente, nas quais os profissionais puderam manifestar consentimento. As observações sistemáticas ocorreram duas vezes por semana, durando cerca de uma hora e registradas posteriormente em diário de campo, buscando ser minucioso na descrição da dinâmica do serviço e dos eventos que chamaram a atenção da pesquisadora.

As entrevistas aconteceram em momentos combinados com os participantes, foram realizadas em salas do serviço que garantiam privacidade e duraram em média 34 minutos. O registro das entrevistas realizou-se através de gravação com equipamento do tipo mp3. As entrevistas gravadas foram transcritas integralmente observando-se a fidelidade ao discurso por meio de escuta atenta e responsável das gravações considerando todas as informações de relevância para a pesquisa e preservando os participantes suprimindo trechos que os identificassem e atribuindo-lhes pseudônimos.

3.5 Técnica de análise de dados

Para a análise dos dados utilizou-se a técnica de Análise do Discurso. Gill (2012) aponta uma variedade de modalidades de análise do discurso com orientações teóricas e metodológicas diversas. Assim, a técnica utilizada nesta pesquisa se situa epistemologicamente no paradigma construtivista, que considera que os discursos, assim como os fenômenos da vida social, são construídos historicamente e culturalmente. Rejeitando a noção de sujeito unificado e coerente, considera que todo discurso é intencional, almeja um objetivo, é persuasivo, revela aspectos inerentes à interação social e à posição ideológica do sujeito.

Utilizou-se a técnica de análise do discurso de acordo com Fiorin (2003), na qual o discurso é compreendido como uma construção determinada pelas formações ideológicas socialmente compartilhadas. Entende-se que as vivências dos sujeitos, a configuração social na qual estão inseridos, isto é, o modo como as relações interpessoais se estabelecem e como são interpretados os fenômenos sociais, compõem as ideias, crenças e representações elaboradas a respeito do mundo, e se expressam nos discursos de modo explícito ou velado (BARROS, 2013).

O discurso transmitido contém em si, como parte da visão de mundo que veicula, um sistema de valores, isto é, estereótipos dos comportamentos humanos que são valorizados positivamente ou negativamente. Ela veicula os tabus comportamentais. A sociedade transmite aos indivíduos – com a linguagem e graças a ela – certos estereótipos, que determinam certos comportamentos. Esses estereótipos embrenham-se de tal modo na consciência que acabam por ser considerados naturais [...]. Não devemos esquecer que os estereótipos só estão na linguagem porque representam a condensação de uma prática social. (FIORIN, 2003, p. 55).

Os discursos expressam os sentidos atribuídos pelos profissionais de saúde ao processo saúde-doença. Assim, analisar o discurso permite inferir sobre o olhar do sujeito a respeito de determinado fenômeno, entendendo que este olhar é condicionado pela posição social e pelas formações ideológicas em torno do evento em questão.

Discurso, desta forma, transcende a linguagem, e sua análise é um processo de identificação de sujeitos, de argumentação, de subjetivação e de construção da realidade, onde sentidos são revelados e

determinados ideologicamente. (PIOVESAN, 2006 apud MACEDO et al., 2008, p. 650).

Enquanto materialização das formações ideológicas, os discursos são compostos elementos discursivos que são identificados a partir da recorrência, redundância, repetição que dão coerência ao que é dito, as figuras e temas (COELHO; FONSECA, 2004). O discurso se organiza em níveis de abstração nos quais os mais superficiais e concretos são imediatamente percebidos, sem evidenciar claramente a construção ideológica por trás do discurso, as figuras. Em aprofundamento progressivo, buscou-se identificar os níveis mais abstratos do discurso que revelam os significados da fala e compõem temas da análise (FIORIN, 2003).

A análise dos dados por meio da técnica de Análise de dados observou os seguintes passos: Leitura exaustiva do material coletado, buscando localizar as recorrências (figuras e temas) que dão coerência ao discurso; Agrupamento das figuras e temas de acordo com a similitude dos significados; Depreensão dos temas centrais e das categorias empíricas; Análise e discussão das categorias.

A construção das categorias analíticas se deu a partir do agrupamento de temas recorrentes e com significados similares considerando os objetivos do estudo e buscando responder à questão de investigação. A interpretação e discussão se baseou nas considerações críticas sobre os discursos e o contexto teórico que embasa o referencial deste estudo. Desta forma, foi possível descrever os discursos dos profissionais de saúde, identificar nos discursos a compreensão dos profissionais sobre a abordagem de Redução de danos, além de analisar como os discursos produzidos pelos profissionais se (des)articulam com a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas.

3.6 Aspectos éticos da pesquisa

O trabalho de campo se iniciou após submissão e posterior aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), mediante Parecer nº. 1.298.63. Este foi apresentado aos profissionais de saúde do CAPS AD que foram esclarecidos quanto

ao anonimato e sigilo em relação às informações prestadas, bem como a liberdade de retirar seu consentimento no momento que assim decidissem, sem prejuízo de nenhum tipo, em consonância com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b). Os profissionais expressaram concordância em participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C).

Os participantes foram respeitados em sua dignidade e autonomia, sua identidade foi preservada. A realização da entrevista ocorreu em ambiente reservado, prezando pela não exposição do participante e de seu discurso, ao qual apenas o mesmo e a pesquisadora tiveram acesso. Os dados encontram-se guardados no Núcleo Integrado de Estudos e Pesquisas sobre o Cuidar/Cuidado (NUPEC) em poder da orientadora durante cinco anos. Tendo em vista a responsabilidade social da pesquisadora, será realizada uma reunião com os participantes para apresentação dos resultados do estudo.

O princípio ético da justiça foi garantido mediante tratamento equânime a todos, sem qualquer tipo de distinção, assegurado por critérios de inclusão e exclusão equitativos e pelo tratamento igualitário dos discursos dos participantes no momento da transcrição e análise dos dados. A confidencialidade e privacidade foram garantidos pela proteção do participante no momento da entrevista e posteriormente com o uso de pseudônimo.

Por entender que a pesquisa envolve riscos, ainda que mínimos, os participantes foram informados que poderiam se sentir desconfortáveis ou mesmo constrangidos em algum momento da entrevista em razão de fato ocorrido em seu ambiente de trabalho ao qual se reportasse no momento desta, assim, teriam liberdade para interrompe-la a qualquer momento, o que não ocorreu. A pesquisadora se comprometeu a minimizar qualquer tipo de dano que poderia ser causado pela participação na pesquisa e buscou oportunizar o máximo de benefícios.

Quanto aos benefícios, entende-se que a pesquisa pode contribuir tanto para o desenvolvimento profissional dos participantes, pois poderão ser reconhecidas as competências profissionais e relacionais. Há contribuição ainda para o desenvolvimento das políticas de saúde, especificamente aquelas relacionadas à atenção à saúde de usuários de drogas. Além disso, os resultados da pesquisa poderão repercutir na qualificação das ações do CAPS AD, na medida em que os discursos refletem as práticas relacionadas ao cuidado do usuário do serviço.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram deste estudo nove profissionais de saúde, de nível superior de ambos os sexos com média de idade de 36 anos. Todos declararam haver participado de ações de educação permanente na área de álcool e outras drogas, no entanto, apenas dois participantes referiram experiência profissional na área, anterior à contratação pelo CAPS AD. O tempo de atuação no serviço variou entre seis meses e sete anos, com média de dois anos. Quanto às atividades exercidas pelos profissionais, corresponderam às ações comuns entre eles, atendimentos individuais, em grupo, oficinas terapêuticas e visitas domiciliares, à exceção de profissionais médicos que atuam apenas na atenção ambulatorial, realizando consultas com prescrição de medicações para o tratamento da abstinência e comorbidades.

No processo de análise do discurso emergiram temas que, organizados em blocos de significação que originaram as seguintes categorias: CAPS AD: modus operandi do cotidiano, Uso e dependência de drogas: uma questão da força de vontade? e, Concepções de Redução de danos de profissionais de um CAPS AD, a qual foi recortada a fim de compor o artigo apresentado.

4.1 CAPS AD: MODUS OPERANDI DO COTIDIANO

Os CAPS AD foram propostos em conformidade com o modelo de atenção psicossocial, o qual pressupõe a superação do modelo biomédico, considerando que este não contempla a complexidade do problema de saúde do usuário, pois a demanda deste envolve dimensões biológicas, sociais e psicológicas que se expressam num cenário complexo, requerendo que as práticas de saúde abranjam tais nuances. Para tanto, a interdisciplinaridade se mostra indispensável, na medida em que, rompe a barreira da fragmentação da atenção à saúde para, a partir de uma perspectiva integralizadora, cuja centralidade reside no sujeito da atenção à saúde, possibilitar a atenção às múltiplas dimensões das demandas apresentadas.

Em que pese o fato da atenção integral requerer amplo acesso ao serviço pela população, foi referido pelos participantes haver três vagas por turno para o acolhimento de pessoas não cadastradas, o que limita o acesso da população ao serviço, problemática que se destaca no discurso de Helena.

Não precisa marcar, a pessoa vem, chega aqui e quem chegar, por ordem de chegada, tem as três vagas. A gente não coloca um atendimento maior do que as três vagas para fazer num único dia porque é uma demanda que demora para você fazer o acolhimento. (Helena).

Supõe-se que o contato inicial do usuário com o serviço e a equipe do CAPS AD envolve uma trajetória de reflexões do usuário sobre sua relação com a droga, que o leva a buscar soluções para este problema complexo, exigindo um grande investimento psíquico de sua parte. Assim, é fundamental que o acesso ao serviço seja garantido por meio do acolhimento, o qual de acordo com a Política de atenção a usuários de drogas, deve estar disponível àqueles que demandam (BRASIL, 2004a).

Um profissional manifesta em seu discurso: “[...] o acolhimento é de livre demanda” (Cláudia), corroborando as diretrizes da Política. No entanto, observou-se que na recepção do serviço havia um cartaz com a seguinte advertência: “Atenção: Para acolhimento será obrigatório a apresentação do RG, CPF e Cartão SUS!!! Os pacientes já cadastrados, que ainda não trouxeram os documentos acima citados, favor providenciá-los para não haver suspensão dos atendimentos. Aqueles pacientes que ainda não possuem cartão SUS, favor procurar a recepção com urgência”.

O discurso do cartaz subordina o acolhimento à apresentação de determinados documentos que, independentemente de serem necessários para a gestão do serviço, acabam por limitar o acesso ao serviço. É importante considerar ainda que para a realização do acolhimento não é imprescindível a admissão do usuário no serviço, podendo acontecer, inclusive fora dos muros do CAPS AD, se configurando como uma atitude de apoio e amparo ao sujeito em sofrimento (CAMPOS, 2003). Assim, é referendado pela Política de atenção a usuários de álcool e outras drogas, que tem como prerrogativa a concepção de que os CAPS AD e demais serviços do SUS: “Devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento”. (BRASIL, 2004a, p. 10).

Nas situações em que há uma demanda para acolhimento maior do que o número de vagas estabelecido, fica a critério da equipe realizar uma avaliação sobre o desejo do usuário em tratar-se, para que então, seja marcada uma data para o primeiro atendimento. Cada situação é avaliada individualmente e arranjos podem ser feitos, como exemplificado neste discurso: “[...] você vê que aquela pessoa realmente tem o desejo de se tratar, então a gente tenta, ‘não, a gente não marca, mas como você veio aqui duas, três vezes, vamos abrir uma exceção, você vai ficar marcado para tal data, tal horário, assim’”. (Helena).

O acolhimento, enquanto prerrogativa da humanização em saúde, pressupõe a garantia do acesso dos sujeitos ao serviço através de uma escuta genuinamente interessada e responsabilização do profissional de saúde quanto à resolubilidade do problema apresentado (SOLLA, 2005). Deste modo, a implementação do acolhimento requer uma transformação institucional na qual o cuidado não esteja subordinado à admissão do usuário no serviço, e sobretudo, que o acolhimento seja transversalizado nas práticas do CAPS AD e a assistência centrada no sujeito e não na doença/transtorno.

O discurso dos participantes explicitou que a organização da equipe multidisciplinar para o atendimento aos usuários ocorre na forma de plantões diários, de modo que há sempre um profissional de saúde responsável pelo acolhimento daquelas pessoas que buscam o serviço pela primeira vez, e de usuários já cadastrados que querem retomar o tratamento, além de outras intercorrências pertinentes à dinâmica do serviço, enquanto os demais profissionais de saúde ficam responsáveis pelos atendimentos individuais e coletivos como grupos e oficinas terapêuticas. Este modo de organização do processo de trabalho, no entanto, não contempla o profissional médico, o qual é responsável pelos atendimentos ambulatoriais pré-agendados e prescrição de medicações para os usuários.

Há diferenciação entre as categorias profissionais no que tange à participação nas ofertas do serviço, o que decorre de fatores como a variação de carga horária e função exercida na equipe. Assim, existem profissionais sobrecarregados com demandas da gestão e pouco atuantes na assistência, além de haver categoria profissional cuja ação se restringe ao saber técnico específico, atuando de modo individualizado e desconectado da interdisciplinaridade, e nem mesmo realiza grupos e oficinas terapêuticas.

Descrevendo sua prática, Poliana relata: “[...] faço atendimentos individuais, grupo terapêutico, oficina, visita domiciliar, busca ativa, estudos de caso, relatórios

quando necessários, palestras em escolas, comunidades”. A atuação em escolas e outros ambientes comunitários por meio de palestras, assim como a visita domiciliar e a busca ativa, são estratégias valorosas para o alcance da atenção integral, prevenção e promoção da saúde, o que exige que as ações das equipes dos CAPS AD extrapolem os muros dos serviços, aproximem-se da realidade social onde os fenômenos acontecem, compreendendo os fatores de proteção e de risco para os sujeitos e comunidades, o que pode favorecer práticas mais conectadas às necessidades dos usuários, portanto, mais efetivas e consistentes.

Eliana descreve sua rotina de trabalho no CAPS AD, a qual envolve a realização de grupos terapêuticos, atendimento ambulatorial e dispensação e administração de medicamentos. “Faço grupo, atendo retorno, acolhimento, elaboração de relatórios se o paciente for minha referência, relatório de acompanhamento. Faço escala mensal, liberação de medicação e outras coisas”. Nota-se que a descrição de seu fazer no serviço se limita às ações executadas apenas por ela, caracterizada por uma atuação mais individual, portanto, distante das trocas interdisciplinares.

A Política de atenção a usuários de drogas se sustenta no modelo de atenção psicossocial e propõe que as práticas das equipes dos CAPS AD sejam orientadas pela Redução de danos que se fundamenta metodologicamente na Clínica Ampliada. Assim, o trabalho interdisciplinar, a horizontalidade das relações no serviço, a inovação e criatividade na busca pela promoção da autonomia dos usuários devem perpassar as ações do serviço de modo transversal (BRASIL, 2004a).

O atendimento no CAPS AD tem como principal recurso o PTS ou, como surgiu no discurso dos profissionais, o Projeto Terapêutico Individual (PTI), que se pretende uma construção compartilhada entre profissional e usuário.

A gente acolhe o paciente e junto com ele a gente faz o PTI, que é o Plano Terapêutico Individual. Então junto com ele a gente vai traçando, a gente vai explicando o que é que o CAPS oferece e aí ele vai dizendo: ‘quero ser inserido nesse grupo’, ‘não quero ser inserido nesse grupo’, entendeu? (Augusto).

Pode-se notar no discurso do profissional que a participação do usuário na criação do PTS parece restrita à concordância ou discordância quanto à participação nas atividades realizadas pelo serviço. Considerando que, tanto a Clínica ampliada quanto a Redução de danos se propõem a promover o desenvolvimento de sujeitos autônomos e

estimular o protagonismo social, cabe ao CAPS AD, em consonância com as políticas que regulamentam suas práticas, constituir-se como um espaço de exercício de autogoverno e desenvolvimento pessoal, fomentado a participação e a autonomia dos usuários, garantindo a efetivação das diretrizes de co-gestão, corresponsabilidade e cooperação.

Aspecto fundamental exposto por Helena: “todas as atividades que a gente costuma traçar no acolhimento inicial, na realização do PTI que é feito juntamente com o paciente, e normalmente, ele ali tem essa oportunidade de estar sinalizando as atividades que ele gostaria de estar participando”. A cooperação profissional-usuário na elaboração do projeto terapêutico requer o estabelecimento de um vínculo suficientemente fortalecido e autêntico para que as necessidades de saúde do sujeito sejam contempladas, garantindo a integralidade do cuidado, o que demanda tempo para a construção de um vínculo genuíno capaz de propiciar a confiança necessária para tanto.

É necessário então, que os profissionais de saúde compreendam o sujeito em sua totalidade, vislumbrando o fenômeno da dependência química, para além dos sinais e sintomas, focando aspectos relacionados à manutenção do comportamento de uso abusivo e seus gatilhos e consequências. Desta forma, será possível construir no encontro clínico, estratégias para mudanças de comportamento fundamentadas nos recursos reais do sujeito, que neste encontro é ativo, autêntico e protagonista de seu processo terapêutico (PRATTA; SANTOS, 2009).

Para Cadore (2012), o PTS representa uma das inovações que acompanham o processo de transição paradigmática da assistência em saúde mental no Brasil, que torna possível encontrar aspectos do modelo asilar convivendo com estratégias do modelo psicossocial nos espaços de atenção ao sofrimento mental. Faz-se assim, necessária a ruptura com práticas tradicionais e já comprovadamente ineficientes, para a consolidação de estratégias promotoras de autonomia e protagonismo, como o PTS e a Redução de danos.

A oferta de atendimento coletivo ocorre por meio da realização de grupos terapêuticos, dentre os quais os profissionais destacam o grupo de família, que consiste em um grupo aberto cujo público alvo são os familiares de usuários de drogas cadastrados ou não no serviço. No discurso de Augusto, ele constata que existe uma relação entre a adesão dos usuários ao serviço e a adesão dos familiares ao grupo, assim crê que o vínculo do usuário com os profissionais repercute na participação do familiar no grupo

terapêutico. Deste modo, garantir e favorecer a participação dos familiares no serviço é uma estratégia fundamental para contemplar aspectos preconizados pela Política de atenção a usuários de drogas que buscam aproximar o serviço da comunidade, considerando que:

[...] a atenção psicossocial a pacientes com dependência e/ou uso prejudicial de álcool e outras drogas deve se basear em uma rede de dispositivos comunitários, integrados ao meio cultural, e articulados à rede assistencial em saúde mental e aos princípios da Reforma Psiquiátrica. (BRASIL, 2004a, p. 23).

Quanto aos grupos terapêuticos, estes são organizados tendo como referência uma divisão entre os usuários de drogas lícitas e ilícitas, a partir disso, criam-se grupos de acordo com a substância de consumo dos usuários, há o grupo de álcool, o grupo de tabaco, por exemplo. Em que pese a diversidade de substâncias ilegais, os usuários destas são todos alocados no grupo de drogas, o denominado “grupo D”. Considera-se que tal indistinção das drogas ilícitas reduz e simplifica o amplo espectro das substâncias criminalizadas que são de vários tipos, com formas de uso e efeitos diversos.

Segundo Espinheira (2004), há uma tendência à homogeneização dos usuários de drogas a partir da qual não são feitas distinções quanto à experiência do consumo e a trajetória de cada sujeito que o leva à situação de uso abusivo ou de dependência química. O autor defende: “a ideia de heterogeneidade social e cultural dos usuários enquanto tais e isso tem relação direta com as formas de atenção dadas a eles”. (ESPINHEIRA, 2004, p. 11). Assim, mesmo entre usuários de uma mesma droga, a abordagem de Redução de danos considerará a singularidade, história de vida, e sobretudo, a autonomia dos sujeitos na elaboração de estratégia de minimização dos prejuízos relacionados às drogas.

Esta forma de organização do “grupo D” também pode incidir no reforço do estigma que orbita em torno dos usuários de substâncias ilícitas, considerados partícipes de crimes associados à atividade de uso e às formas de obtenção da droga em nossa sociedade. O discurso de Marisa explicita esta problemática: “[...] usuário de álcool e cigarro não aceita ficar no mesmo grupo de quem usa crack, aí criamos o grupo D”. Neste sentido, torna-se relevante que os profissionais de saúde contribuam com a desconstrução de imaginários sociais que promovem a estigmatização e discriminação de usuários de drogas de qualquer tipo (BRASIL, 2004a).

No discurso de Augusto o "grupo D" é definido como um grupo de ajuda mútua no qual são realizadas dinâmicas e, com o auxílio de recursos como filmes e músicas, os profissionais conduzem uma reflexão que, invariavelmente envolve o uso de drogas. Tal forma de condução do grupo se mostra incoerente, pois, os grupos de ajuda mútua, como a irmandade de Alcoólicos Anônimos, são caracterizados pela horizontalidade das relações entre os membros. Assim, a condução do grupo é realizada por um ou mais participantes que representam os demais membros por terem experiências da mesma natureza, produzindo uma forma de equivalência/equidade no compartilhamento de histórias de vida, saberes e práticas, movimento que promove a ressignificação das experiências relacionadas às drogas (MONTEIRO, 1997).

Parece ainda haver uma distância entre o que se preconiza como grupo de ajuda mútua e a descrição abaixo acerca da dinâmica do grupo. Parece incoerente um grupo de ajuda mútua no qual profissionais, destacados dos demais participantes, atuem como direcionadores dos processos grupais ofertando atividades planejadas sem a participação dos usuários que, mesmo alegando desinteresse pelo tema, continuam debatendo-o inevitavelmente:

Mesmo que independente da dinâmica, da proposta que a gente traga, ou seja, uma dinâmica, ou uma música, um filme, um documentário, o que for, lógico que na reflexão daquilo ali, sempre estará recorrendo a questão do uso, que isso é inevitável. (Augusto).

Compreende-se que temas relativos às drogas e suas possibilidades de uso são fundamentais para a atenção aos problemas dela decorrentes. No entanto, Eliana relata que em um dos grupos terapêuticos os usuários demonstram estar entediados com as discussões sobre drogas: "[...] alguns pacientes falam: 'ah, a gente fica só falando de drogas'. Eles já têm essa questão da droga". Considerando que o desinteresse dos usuários pelas atividades desenvolvidas nos grupos repercute na adesão à proposta terapêutica do serviço, é de absoluta relevância que os usuários do CAPS AD participem do planejamento das ações para que as práticas do serviço sejam mais próximas quanto possível de suas expectativas e necessidades reais.

Compõem a organização do serviço, reuniões de equipe que acontecem semanalmente às quartas-feiras no turno matutino, período em que o serviço não realiza atendimento ao público. Conforme discurso de Patrícia, nestas reuniões são realizados:

“[...] estudo de caso, com leituras de ofícios, a coordenadora faz ofícios, são feitas atas, relatório, plantão, relatório mensal das atividades que a gente fez no mês”.

Supõe-se que o contato entre os profissionais nas reuniões cria a possibilidade de afinar seus discursos e tornar as práticas mais consistentes e efetivas. Esta dinâmica instituída pelo serviço oportuniza aos profissionais a discussão de casos, o acompanhamento da gestão, o planejamento compartilhado de ações pela equipe, o que promove uma interação interdisciplinar e favorece a integralidade, demonstrando coerência com a Clínica Ampliada e com a Política de atenção a usuários de álcool e outras drogas.

Para a admissão no serviço há requisitos formais como a apresentação da documentação que inclui o cartão SUS, RG, CPF e comprovante de endereço. Considerando que os serviços de saúde devem estar abertos a acolher aqueles que demandem por atenção em saúde, e também que a oferta de cuidado a usuários de álcool e outras drogas inclui uma população desprovida de direitos básicos, além da falta de suporte familiar e social e outros recursos que favoreçam um fácil acesso ao serviço, é importante refletir sobre a flexibilidade do serviço, tendo em vista a assistência às pessoas em situação de rua e àqueles que, por qualquer motivo não possam atender a tais exigências.

Estudo realizado no Rio de Janeiro analisou a oferta de serviços de atenção em álcool, crack e outras drogas na cidade e observou barreiras de acesso para serviços públicos especializados e de caráter comunitário de 24 horas, concluindo que “[...] a oferta de serviços de CAPS e outros de atenção primária é inadequada, especialmente no suporte a pessoas em condições críticas e às suas famílias”. (RIBEIRO et al., 2016, p. 79). Assim, o acesso e o acolhimento são aspectos fundamentais para a garantia da consolidação da Política de atenção ao usuário de álcool e outras drogas, na medida em que facilitam a permanência e a chegada dos usuários ao serviço.

Um dos participantes aponta ainda como critérios para a admissão de usuários no CAPS AD a existência de um transtorno mental decorrente do uso de substâncias psicoativas, ressaltando a diferenciação entre os transtornos de base a partir dos quais pode ser desenvolvida a dependência química e o abuso de drogas. No entanto, segundo a Política de atenção a usuários de drogas (BRASIL, 2004a), os CAPS AD se destinam àqueles que, independentemente de comorbidades associadas, apresentam como

problema de maior relevância e impacto para a saúde e vida social o uso problemático de drogas.

O discurso dos participantes evidencia que o uso da droga é considerado o principal impasse para a adesão: “[...] a adesão ao tratamento não é tanto assim. Não pela equipe, mas pela questão mesmo do uso da substância que faz com que eles não queiram voltar” (Marisa). Pode-se depreender deste discurso que o uso de drogas é compreendido a partir de uma perspectiva determinista. Nota-se ainda, que há um critério de resolubilidade fundamentado na interrupção do consumo de drogas. Deste modo, os profissionais de saúde consideram que usuários que não se mantêm abstinente não aderiram à proposta terapêutica do CAPS AD.

Tal imperativo da abstinência se sustenta no ideal de um mundo livre de drogas. Os resultados do estudo de Queiroz e outros (2014) indicam que coexistem entre os profissionais de um CAPS AD posturas conservadoras, pautadas no ideal de abstinência, e concepções mais atuais, afinadas com a Redução de danos. Aspecto relevante, uma vez que o olhar do profissional sobre o usuário repercute no modo como as práticas do serviço se efetivam. Neste sentido, de acordo com Moraes (2008), o usuário compreendido a partir de ideais morais, justifica práticas que tem como meta a abstinência, deixando a abordagem de Redução de danos em segundo plano nas ações do CAPS AD.

O tratamento direcionado para o alcance da abstinência pode constituir um fator que dificulta a adesão, na medida em que, aqueles usuários que não queiram ou não consigam se manter abstinente, dificilmente irão aderir ao tratamento. Desta forma, a Política de atenção a usuários de drogas propõe a Redução de danos como modelo de atenção para o CAPS AD, concebido como um modelo de baixa exigência e que abarca as necessidades e desejos de diferentes sujeitos: aqueles que querem e conseguem alcançar a abstinência; e aqueles que querem estabelecer uma relação menos prejudicial com a droga sem abandonar seu uso, de modo que os projetos terapêuticos sejam construídos em função das demandas específicas de cada usuário.

A adesão ao tratamento figura no discurso do participante diretamente relacionada ao desejo do usuário: “quem procura o serviço é porque está querendo [se tratar]” (Maurício). Assim, aqueles que chegam ao serviço conduzidos pelo desejo de terceiros, familiares ou mesmo a justiça, costumam não aderir à terapêutica. É pertinente considerar, no entanto, que mesmo os usuários que, num primeiro momento, não se

mostrem desejanter pelo tratamento podem ser beneficiados pelo contato com o serviço e os profissionais através da construção do vínculo e outras estratégias de aproximação.

Já para Tamires, o desejo do usuário pelo tratamento não é suficiente para que haja adesão.

Às vezes, você percebe até o desejo naquele momento do paciente, mas, posteriormente a isso, que a gente não sabe o que é que acontece, e eles acabam, muitos vêm apenas para o registro, faz o registro e depois não vem para as atividades propostas. (Tamires).

Entende-se que a busca do usuário por tratamento não representa uma dificuldade para o serviço. No entanto, entre o primeiro contato e a adesão à proposta do serviço, há uma lacuna que precisa ser compreendida e confrontada para que haja o fortalecimento da adesão.

Os discursos dos profissionais convergem ao considerar a baixa adesão dos usuários à proposta terapêutica do CAPS AD como um obstáculo para o alcance dos objetivos do serviço e, conseqüentemente, para a implementação efetiva da Política de atenção a usuários de drogas. Assim, o absenteísmo dos usuários nos grupos terapêuticos e no acompanhamento individual com profissionais não-médicos pode indicar que o tratamento medicamentoso é privilegiado pelos usuários, o que se configura como um importante desafio para o modelo psicossocial e para a adesão e permanência dos usuários no serviço, conforme evidenciado no discurso de Eliana.

O correto é, existe um médico, tinha um médico aqui na unidade, que se o paciente não tivesse participando de nada, ele não atendia. Ele dizia: 'ele vai passar pelo plantão, quando ele voltar para as atividades, eu atendo', entendeu? Mas, os outros não fazem muito isso. A gente está até querendo ver com eles se dá para fazer. E aí, os pacientes aderiam mesmo, porque, na verdade, o que eles queriam era a medicação. (Eliana).

A situação exemplificada pela profissional expõe a natureza das interações estabelecidas entre os atores sociais dentro do serviço, em que se expressam as relações de poder que se efetivam em condutas de controle/condicionamento do comportamento do usuário, utilizando como artifício a negociação dos recursos dos quais esse necessita e que são de domínio dos médicos e outros profissionais de saúde. Trata-se de uma relação vertical na qual os usuários estão submetidos ao poder biomédico que detém o saber e a autoridade sob o sujeito, tendo como subterfúgio o argumento da ação em saúde, se

configurando numa prática desarticulada dos princípios da Política de atenção aos usuários de drogas e da Redução de danos.

Neste sentido, Cláudia considera: “Será que esse ambiente aqui, a estrutura física, em relação à equipe, é um lugar super prazeroso para um paciente que já tem todas essas questões, conflitos, querer sair de casa?” A profissional cita como fatores que repercutem na adesão, a atuação da equipe e a gestão do serviço, mas enfatiza o desejo do usuário enquanto promotor da adesão. É necessário, no entanto, considerar que o desejo do sujeito não se constitui isolado de condicionantes que estão relacionados à qualidade da oferta do serviço. Assim, Poliana pondera que: “[...] a adesão poderia ser um pouco maior e aí cabe também à equipe tentar ver o que poderia mudar para que a adesão fosse maior”.

Outra questão inquietante foi a rotatividade de profissionais na equipe apontada por Tamires como um dos fatores que influenciam negativamente na adesão dos usuários, sugerindo a importância do vínculo que o sujeito estabelece com os profissionais para a efetividade das ações do serviço.

[...] essa rotatividade de profissional, eu acredito também que dificulta, porque, às vezes, tem o profissional ali que está ali fazendo um projeto, caminhando, fazendo um percurso, está alcançando alguns resultados, vai tentar fazer algo e aí quando sai, aí volta, né, outro, chega outro profissional, enfim. (Tamires).

Desta forma, é notório que esta problemática incide diretamente na qualidade da oferta de atenção aos usuários na medida em que, com a rotatividade de profissionais na equipe, a interdisciplinaridade e integralidade – princípios do SUS e da Política de atenção de atenção a usuários de drogas – se fragilizam com a instabilidade da equipe, pois ficam comprometidos o planejamento e a sequencialidade das ações do serviço.

Ribeiro e outros (2016) analisaram a implementação da Política de atenção aos usuários de álcool e outras drogas no município de Vitória, Espírito Santo, mediante estudo realizado no Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos (CPTT), observando que a precarização do vínculo dos profissionais por contrato temporário foi apontada como fator que compromete a continuidade das ações desenvolvidas e o acompanhamento dos usuários. Além de terem evidenciado que o processo de adoção da abordagem de Redução de danos não ocorre sem resistências.

A rotatividade de profissionais na equipe e a precariedade dos vínculos repercutem na qualidade da assistência ofertada, na medida em que há uma fragilidade das ações diante da descontinuidade das práticas, pois é necessária afinidade e coerência entre as práxis daqueles que compõem a equipe, o que exige tempo, diálogo, acordos e a construção do posicionamento clínico-político da equipe, que por vezes exigirá rupturas de paradigmas incompatíveis com as Políticas atuais, mas ainda presentes na formação de muitos profissionais (SOUZA, 2007).

Quanto à permanência do usuário no serviço, segundo Cláudia, existem regras que orientam o comportamento do usuário, embora não haja sanção do acesso ao CAPS AD. A permanência de usuários que não se enquadrem no perfil do serviço ou que tenham conflitos em relação às normas estabelecidas é discutida em reunião da equipe interdisciplinar:

[...] é feito sempre estudo de caso, algumas regras para participação na unidade; também não pode vir sob efeito, se vier sob efeito, a gente chama, conversa, mas não participa do grupo. Então, assim, as regras são mais para como participar das atividades aqui e os estudos de caso são para ver se o paciente necessita continuar o tratamento ou se já pode ter alta. (Cláudia).

Nos espaços coletivos há normas de convivência estabelecidas explicitamente ou veladas, instituídas pelas relações de poder. Assim, em articulação com a proposta da Clínica ampliada e com as diretrizes da Redução de danos, os CAPS AD devem favorecer o desenvolvimento do protagonismo social dos sujeitos, repercutindo na transformação da situação de vida do usuário, familiares e comunidade. Esta concepção é fundamentada na diretriz da co-gestão que implica na participação ativa dos usuários do CAPS AD na gestão do serviço, na construção dos projetos terapêuticos singulares, na avaliação do serviço e no planejamento das ações assistenciais, promovendo o deslocamento do lugar socialmente estabelecido para o usuário e apresentando possibilidades de reinserção social e autonomia.

De acordo com Tamires, a permanência do usuário no serviço é condicionada: “Então, normalmente, o critério é esse: participar das atividades, existem as consultas médicas, os atendimentos psicológicos, e estar realmente estar envolvido no tratamento”. No entanto, este critério pode se mostrar controverso, pois o envolvimento do usuário no tratamento está relacionado a outros fatores que dificultam a adesão, como a rotatividade de profissionais no serviço, as práticas descontextualizadas, a clínica biomédica

excludente, e até mesmo razões socioeconômicas como falta de transporte e recursos financeiros para custear o deslocamento do usuário. Se constitui como desafio a organização do serviço de modo flexível em função da especificidade dos casos, garantindo acesso e resolubilidade.

Figura no discurso dos profissionais de saúde uma concepção sobre o usuário do serviço como alguém que não consegue aderir ao tratamento pela “natureza” de seu transtorno:

[...] a adesão é difícil, por conta do próprio tipo de paciente que a gente tem. São pacientes que eles estão agora em abstinência, mas chega no final de semana voltam a utilizar (Cláudia).

O usuário dependente químico, ele, realmente, ele tem uma dificuldade de aderir ao tratamento (Patrícia).

A adesão do usuário eu acho que depende da motivação. Quando o usuário se determina: ‘eu quero’, é uma motivação. Então, ele se adere (Marisa).

Tal concepção a respeito do usuário do serviço repercute na prática dos profissionais, pois, na medida em que não se acredita na mudança do comportamento do usuário, pode-se incorrer em práticas repetitivas e na postura fatalista do insucesso esperado. Neste sentido, ideias preconcebidas e valores morais dos profissionais “influenciam diretamente o manejo com os usuários de SPA no cotidiano dos serviços”. (SILVA; SILVA; KNOBLOCH, 2016, p. 332).

Já o discurso de Patrícia revela um impasse importante para a integralidade do cuidado a usuários de álcool e outras drogas, representado pelo estigma que envolve os sujeitos e se expressa na dificuldade em transitar pela rede de atenção à saúde, comprometendo o alcance da integralidade e o deslocamento do lugar social ocupado pelos usuários de drogas: “a gente tem muita dificuldade, como eu falei, por conta, da questão do preconceito com o usuário”. (Patrícia). Helena também reconhece que o estigma que acompanha os usuários do CAPS AD interfere na continuidade do tratamento na rede de atenção à saúde e relata a criação do grupo terapêutico de comorbidades como estratégia para lidar com a rejeição sofrida pelos usuários na atenção básica e mesmo especializada (outros CAPS): “[...] dificuldade de transferência, tudo isso, de aceitação foi criado um grupo de comorbidades. Foi criado esse grupo para que o paciente não ficasse desassistido”. (Helena).

Supõe-se que o trabalho no CAPS AD seja articulado em rede, no entanto, conforme o discurso dos profissionais, existe uma problemática significativa no que tange à efetivação das referências e contrarreferências e, conseqüentemente, o funcionamento da rede assistencial em saúde.

[...] a partir do momento que ele já está mais estabilizado, a gente já pode estar tentando encaminhar para as unidades de atenção básica. Tem uma certa dificuldade porque muitas vezes o usuário é muito estigmatizado, então essas unidades se falar usuário, se chegar com alguma coisa referente a CAPS AD, elas têm uma resistência. (Marisa).

Sabe-se que o sistema de referência e contrarreferência é parte dos recursos que favorecem a qualificação da assistência, fortalecendo os dispositivos da rede e impactando amplamente na realidade local, pois uma rede bem articulada expressa os princípios fundantes do SUS, a universalidade, equidade e integralidade, contemplando os níveis de atenção e alcançando os diversos condicionantes sociais da saúde (MENDES, 2011).

Na atenção em saúde mental, a referência e contrarreferência são estratégias essenciais para a efetiva territorialização do cuidado, fortalecendo os recursos sociais e comunitários, repercutindo numa frente de ação preconizada pela reforma psiquiátrica que propõe a transformação do imaginário social sobre os transtornos mentais e os sujeitos em adoecimento psíquico. O cuidado ao usuário de álcool e outras drogas em todos os níveis de atenção tem sido uma preocupação da SENAD que vem investindo na formação dos profissionais da atenção básica, hospitalar, além da assistência social e jurídica, através de cursos de aperfeiçoamento e capacitação, desenvolvidos por instituições públicas de ensino em parceria com a gestão municipal (BRASIL, 2010).

O modo de organização e funcionamento do CAPS AD emergiu no discurso dos profissionais com ênfase nos problemas encontrados no cotidiano, não sendo muito evidentes os êxitos nas ações do serviço e na atenção a usuários de drogas. Os discursos revelaram distanciamentos da abordagem de Redução de danos e do modelo de atenção psicossocial no que se refere à oferta do acolhimento; estratégias para promover a adesão; à ação interdisciplinar da equipe; e à participação dos usuários na gestão do serviço, sobretudo no que tange às atividades coletivas, como os grupos terapêuticos.

Souza e outros (2007) destacam a influência da formação médico hospitalocêntrica nas práticas dos profissionais, bem como falta de engajamento de alguns

deles como importantes de desafios para a consolidação da nova proposta de assistência nos CAPS AD. Desta forma, é fundamental que o processo formativo do profissional de saúde seja permanentemente revisto considerando os nós críticos que as pesquisas realizadas nos serviços do SUS trazem à tona, de modo que tenhamos cada vez mais profissionais preparados para atender às reais demandas que se apresentam no cotidiano e atores afinados com as atuais propostas de atuação em saúde.

4.2 USO E DEPENDÊNCIA DE DROGAS: UMA QUESTÃO DE FORÇA DE VONTADE?

Os discursos dos profissionais de saúde sobre uso de drogas e dependência química evidenciam suas concepções, modos de pensar/agir e, sobretudo, indicadores do lugar atribuído ao usuário neste fenômeno. Neste sentido, desponta o estigma que envolve o usuário de drogas pelo qual se concebe o uso como uma escolha do sujeito, ainda que seja por fraqueza moral ou falta de força de vontade para realizar escolhas outras, como não fazer uso, o que revelaria uma força de caráter tal, que pode ser fortalecida pelo valor da família e do trabalho.

[...] eu acho que isso está dentro da característica do usuário, oscilar. Hoje está pensando dessa forma, amanhã, por ventura, por alguma situação. Às vezes, paciente aqui em abstinência, tem um caso de oito anos sem beber. A família perdeu os pais, ele perdeu os pais, os irmãos entraram em guerra, conflito por conta de herança, ele foi lá e recaiu. (Augusto).

O estigma funciona como uma forma de responsabilização total do sujeito por sua condição, desconsiderando a complexidade do fenômeno do uso problemático de drogas, como corrobora o discurso de Augusto ao relatar o que seria o pensamento de outrem: “[...] e alguns olham para eles, para essa pessoa, como um sujeito descarado, que não tem vergonha na cara, a gente vê muito nas famílias”.

Maurício chama atenção para o modo como o estigma sobre o usuário de drogas impacta na relação do sujeito com a substância de abuso: “[...] é bem complexo por conta disso e por conta da forma como a sociedade trata. Você é estigmatizado, isolado da sociedade, aquilo vai causar mais sofrimento ainda, vai intensificar o uso”. Compreendendo que as crenças socialmente compartilhadas sobre aqueles que usam

drogas repercutem nos sentidos que os usuários elaboram sobre si mesmos e nas expectativas sobre o tratamento, é imperioso que a desconstrução dos estigmas, um dos objetivos da Política de atenção a usuários de drogas, também se traduza em promoção à saúde, proporcionando o deslocamento do lugar social dos usuários e, conseqüentemente, favorecendo a efetividade das ações de reinserção social no CAPS AD.

Concomitante à compreensão de que os estigmas que envolvem o usuário de drogas devem ser considerados no processo saúde-doença e nas práticas de atenção à saúde ofertadas pelo serviço, a análise do discurso dos profissionais do CAPS AD evidenciou concepções que recaem na ideia de que cabe aos usuários querer se tratar, sobre a qual são informados – o tratamento depende do desejo de cada um:

Porque essa questão em relação ao usuário da droga, esse desejo dele, tanto é aqui no CAPS AD, como é nossa proposta, como é no centro de recuperação e outros serviços, se ele não tiver essa vontade, muitas vezes, a gente percebe o quê? O desejo é maior da família porque ela realmente está sofrendo, né? Então assim, ele não reconhece o problema, não reconhece que é uma doença. (Marisa).

A gente é que tem que ter todo o trabalho de informar que é o querer do paciente, que depende mais dele do que de qualquer outra pessoa, que a medicação vai controlar a ansiedade, o nervosismo, os sintomas de abstinência que ele tem, mas não vai fazer com que ele pare de usar se ele não quiser, se ele não quiser ele vai usar, ele pode tá tomando a medicação e utilizando a substância ou parar de tomar a medicação e utilizar a substância do mesmo jeito, precisa do querer do paciente não é a gente que faz esse trabalho. (Helena).

Os discursos citados expressam concepções comuns entre os profissionais segundo as quais o usuário de drogas é o principal responsável pelo sucesso de seu tratamento no CAPS AD; tal sucesso é entendido predominantemente como o alcance da abstinência. O desejo do usuário é considerado condição imprescindível para que haja controle e interrupção do uso de drogas. Duas perspectivas podem ser exploradas a partir disso: a não responsabilização do profissional de saúde no processo de atenção a usuários de drogas, já que depende exclusivamente do desejo desses os rumos que o tratamento toma, e; a valorização da abstinência enquanto resultado favorável para o tratamento, desconsiderando outras possibilidades de relacionamento com a droga na qual o sujeito se organize de modo mais saudável, minimizando o impacto deste uso em sua vida e saúde.

No discurso de Helena, a primeira perspectiva se revela: "[...] precisa do querer do paciente não é a gente que faz esse trabalho". Certamente a disposição do usuário é condição sem a qual o tratamento não pode acontecer, no entanto, faz-se mister considerar outras nuances, incluindo o sofrimento inerente ao uso problemático de drogas, de modo que o caminho até o serviço é traçado de forma não linear, muitas vezes, envolvendo um processo de autoaceitação do sujeito, reconhecimento do problema e de possibilidades de enfrentamento.

Apesar de afirmar que o desejo do usuário é determinante para o sucesso do tratamento, alguns profissionais também refletiram a respeito da responsabilidade do serviço em atrair e manter o usuário interessado nas ofertas do CAPS AD. Este pensamento é relevante quando se considera a baixa adesão dos usuários ao serviço, problematizando como transformar esta realidade e assegurar que a Política de atenção ao usuário de drogas alcance aqueles que dela demandam.

É indispensável que os profissionais dos CAPS AD assumam a corresponsabilidade sobre os fatores que condicionam a adesão como o interesse que as ofertas do serviço despertam nos usuários, a qualidade da relação estabelecida entre os atores do CAPS AD, o acesso ao serviço e seus entraves, assim como as expectativas dos sujeitos quanto ao tratamento. Eliana ressalta a estratégia encontrada para tentar impactar na adesão:

A gente tenta sensibilizar de alguma maneira. Tem alguns pacientes que tem que ser mais firmes, outros a gente já é mais maleável para gente conversar; tem uns que a gente tem que dizer: 'olhe, se você não vier, você não vai poder está pegando medicação não, não é só medicação não, porque seu tratamento é um tratamento que engloba outra coisa, outras coisas'. Aí ele: 'Está bom, eu venho'. (Eliana).

Este mecanismo pode ser considerado uma relação de barganha em que o acesso à medicação está condicionado ao usuário apresentar uma conduta determinada pelo profissional, unilateralmente. A Clínica ampliada e a Redução de danos comungam quanto à compreensão dos sujeitos como cidadãos protagonistas da dinâmica social, sustentam que profissionais e usuários estabeleçam relações horizontalizadas, pautadas no respeito.

É possível notar no discurso de Patrícia a compreensão de que a vontade do usuário é fator determinante para o sucesso do tratamento: "[...] eu acredito que o primordial assim em relação a isso é a vontade do paciente", o que se mostra controverso

pois o sujeito é responsabilizado e a equipe isenta-se da corresponsabilidade, diretriz da Redução de danos, segundo a qual a qualidade do vínculo entre profissional e usuário é fundamental para que o PTS seja construído do modo mais consistente possível, contemplando as reais necessidades do sujeito, potencializando os fatores de proteção da saúde, e utilizando seus recursos pessoais e comunitários, tornando assim, as práticas dos profissionais mais produtivas e gerando adesão à proposta terapêutica do CAPS AD.

"O desejo é maior da família porque ela realmente está sofrendo, né? Então assim, ele não reconhece o problema, não reconhece que é uma doença [...]". (Marisa). O discurso da profissional evidencia como é imprescindível que o desejo do sujeito o mova até o tratamento como resultado de um processo de reconhecimento do problema e comprometimento com a proposta ofertada pelo CAPS AD. Deste modo, o desejo do usuário, quando combinado com a corresponsabilidade do profissional, favorece a adesão ao tratamento.

Pode-se depreender do discurso subsequente que há um enquadramento dos usuários em perfis, que correspondem à maneira como o profissional compreende as necessidades do usuário e estrutura suas práticas. Para o participante, pessoas que usam drogas apresentam uma instabilidade em relação ao desejo pelo tratamento:

[...] eu acredito que uma das questões é esse desejo dele e que isso oscila mesmo em relação ao usuário de drogas. [...] eu acho que isso está dentro da característica do usuário, oscilar, né? Hoje está pensando dessa forma, amanhã, por ventura, por alguma situação ou outra, tem uma recaída [...]. (Augusto).

Um estudo acerca das representações sociais de enfermeiros de serviços especializados em álcool e outras drogas sobre o dependente químico evidenciaram que estes são representados como indivíduos acometidos por uma doença, com dificuldade de limites, manipuladores e responsáveis pelo desenvolvimento da dependência (VARGAS et al., 2013). Concluiu-se que o enfermeiro constitui um agente terapêutico importante no tratamento e reabilitação do dependente químico, no entanto, as representações desse profissional são calcadas no senso comum, e acabam por repercutir na qualidade de sua assistência. Assim, apontou como estratégia de enfrentamento da problemática, a garantia da formação específica deste trabalhador para atuação na atenção a usuário de álcool e outras drogas, a fim de criar condições promotoras de mudança neste cenário (VARGAS et al., 2013).

É sabido que as recaídas são comuns para aqueles que enfrentam a dependência química, o que não significa, necessariamente que este evento ocorra em decorrência de uma mudança de intenção do usuário quanto à interrupção ou diminuição do uso, ou ainda que o sujeito não reconheça seu problema e os danos relacionados ao consumo abusivo de drogas. As situações concretas da vida do sujeito estão intimamente relacionadas com o sentido atribuído por ele para o uso da droga, assim, as intercorrências inerentes ao cotidiano repercutem na forma como o usuário lida com esta problemática. É indispensável que o profissional, através de um vínculo consistente, compreenda tais nuances e juntamente com o usuário possam construir estratégias de enfrentamento mais saudáveis e promotoras de autonomia e cidadania.

Assim, a adesão é difícil, por conta do próprio tipo de paciente que a gente tem. São pacientes que eles estão agora em abstinência, mas chega no final de semana voltam a utilizar. Aí no final de semana, chega o arrependimento, a vergonha de ter: “eu prometi lá no grupo que não ia usar mais”, e acha que se ele chegar aqui na porta a gente já sabe que ele utilizou. Alguns têm até esse pensamento na cabeça, né. Aí, já desiste. Fica um tempo sem vir e volta. (Cláudia).

As recaídas mostram-se um desafio para a atuação com usuários de álcool e outras drogas. Face a isto, a Redução de danos se configura como uma abordagem de baixa exigência por dispensar a condição da abstinência para a realização do tratamento. Esta postura tolerante, além de poder contribuir para diminuir o índice de síndrome de abstinência e o sofrimento relacionado a seus sintomas, também pode reduzir a frustração provocada pela recaída e que envolve um sentimento de vergonha perante a equipe do serviço, levando alguns usuários à evasão. Desta forma, é importante que os profissionais do CAPS AD atuem de forma a desmistificar a recaída, garantindo que o serviço seja um espaço para onde não se tenha receio de voltar e retomar o tratamento, desconstruindo o estigma de irrecuperável que acompanha o usuário em função de suas recaídas.

Figura como queixa no discurso de dois participantes o fato de alguns usuários supervalorizarem as medicações em detrimento das outras atividades propostas no PTI.

Nossa proposta não é só ambulatorial e a gente vê que alguns pacientes só estão ali no sentido de pegar medicação, de achar que o resultado do tratamento dele venha suprir com o uso do remédio. (Poliana).

[...] a maioria quando vem querendo o uso da medicação, porque ele acredita que a medicação é que vai fazer ele parar de usar a substância psicoativa. (Helena).

Esta problemática encontra entraves no modelo de atenção psicossocial que preconiza a utilização de outros recursos técnicos, comunitários e intersetoriais na construção de um projeto terapêutico compatível com a demanda e desejo do usuário. A centralidade dos medicamentos nas práticas de saúde é um fenômeno contemporâneo sustentado por uma lógica simplista que reduz a complexidade das situações de saúde a seus sinais, sintomas e medicação correspondente, o que é nomeado como medicalização social (TESSER, 2010).

É compartilhada a preocupação dos profissionais de saúde do CAPS AD com a incompatibilidade entre a proposta terapêutica do serviço e a expectativa dos usuários quanto ao tratamento. Além da ênfase no uso dos medicamentos, os profissionais também notam a baixa adesão dos usuários e o alto índice de abandono do tratamento. Cabe o questionamento quanto à participação dos usuários na construção das ofertas do serviço, considerando que é preconizada a co-gestão como diretriz para os CAPS AD, o que proporciona maior adesão e práticas mais coerentes com as necessidades de saúde dos sujeitos.

O uso de drogas foi recorrentemente significado pelos profissionais como um problema de saúde pública na medida em que diversos danos à saúde estão relacionados ao uso indevido de substâncias psicoativas. No entanto, ressalta-se que o padrão de consumo de drogas pode variar entre uso, abuso e dependência, sendo os dois últimos associados aos prejuízos sociais e à saúde, enquanto o uso pode ser recreativo ou experimental. O discurso de Augusto reitera esta concepção: “[...] eu vejo a dependência química como um problema mesmo de saúde pública, em primeiro lugar, e que é produto do meio [...]”.

Há ainda entre os participantes a concepção do uso de drogas como uma doença: “Eu entendo o uso de drogas como sendo uma doença, porque na verdade, a pessoa que experimenta é uma pessoa que fica viciada [...]”. (Helena). Pode-se inferir que tal concepção se sustenta no senso comum, e se fundamenta no desconhecimento sobre o uso de drogas e seus efeitos, pois é amplo consenso na literatura sobre o tema que a dependência química se apresenta como a complexa inter-relação entre três dimensões: usuário, substância e contexto do uso (PERRENOUD; RIBEIRO, 2011).

O sujeito, sua vulnerabilidade biológica e os sentidos atribuídos ao uso devem ser considerados, assim como a substância, seus efeitos positivos, negativos, padrão de consumo e via de administração da droga que compõem a complexidade do fenômeno juntamente com as especificidades do contexto social no qual o sujeito se insere e onde o uso se efetiva, envolvendo fatores de risco e de proteção para o desenvolvimento de um padrão de uso problemático. Compreendendo tais dimensões e suas articulações, mostra-se incoerente a relação causal estabelecida entre a experimentação de qualquer droga e o “vício”.

Já Patrícia, para quem os problemas de ordem psicológica são preponderantes para o desenvolvimento da dependência química, compreende o uso de drogas como promotor de alívio às adversidades inerentes à vida humana:

[...] eu vejo que questões relacionadas à frustração, problemas familiares, questões ligadas justamente ao período da infância, adolescência, aí tendem a buscar na droga esse alívio para questões vivenciadas em determinada fase. (Patrícia).

[...] diante de alguma situação adversa, às vezes, uma namorada, uma situação da vida, o sujeito tende a partir para o uso mais exagerado de substâncias, a partir daí que surge a questão da dependência. (Poliana).

Tais discursos demonstram uma concepção de que o sujeito, quando fragilizado, estabelece uma relação com a droga na qual a substância ocupa uma função em sua vida. Nesta dinâmica, a droga tende a se configurar como mecanismo de fuga dos problemas cotidianos ou como facilitador para situações que exigem maior investimento emocional do sujeito, sendo um promotor de alívio para o sofrimento psíquico.

Tamires evidencia a noção do uso de drogas como algo danoso, nesta perspectiva, qualquer tipo de uso é condenado e não pode ser tolerado:

Faço atendimento de referência sempre focando que eles podem voltar para sociedade, né, mesmo sem uso da droga. Porque, às vezes, alguns fazem uso da droga para serem inseridos em grupos, e aí mostrar para eles que eles podem estar nesses grupos sem fazer uso. Mostrar que a droga só traz problema para vida deles. (Tamires).

Tal concepção orienta o profissional para a realização de práticas nas quais o foco seja a abstinência, desconsiderando a particularidade daqueles sujeitos que não desejam ou não conseguem se manter abstinentes, o que repercute na fragilidade da

Política de atenção integral ao usuário de drogas no que tange à garantia de atenção integral e acesso ao serviço, na medida em que, o CAPS AD não consegue acolher a demanda de determinados sujeitos que destoam da norma social e do imperativo da abstinência de drogas ilícitas.

O discurso de Maurício evidencia a compreensão do uso de drogas como um fenômeno biológico que se articula com aspectos psicológicos e sociais, ressaltando o mecanismo neurofisiológico da dependência, além do componente genético que a envolve, demonstrando uma visão abrangente do fenômeno, situando o uso de drogas como um fenômeno biopsicossocial:

Drogas é algo que sempre fez parte da humanidade de alguma maneira, é que a gente quando fala drogas a gente tende a demonizar, mas sempre teve uma. [...] o uso de drogas é provado que tem uma questão biológica, uma tendência familiar, que tem um reforço no núcleo *accumbens* do cérebro, enfim, isso é provado. Mas, é óbvio que o meio que a pessoa vive, é tanto que a droga que se usa nas Américas é diferente da que se usa na Europa, então assim, o meio social influencia. (Maurício).

Tal concepção reflete uma tolerância ao consumo de substâncias psicoativas por compreender que o uso em si não representa um problema, inclusive há possíveis usos terapêuticos e vantajosos em alguma medida para os sujeitos: “[...] álcool é uma droga também, tem boas funções também, o problema é o abuso e a dependência”. (Maurício). Desta forma, a droga em si não é boa nem ruim, dependendo da relação que o sujeito estabelece com a substância e dos recursos que ele tem para lidar com os efeitos adversos deste consumo.

Quanto à dependência química propriamente dita, enquanto transtorno multidimensional caracterizado por um comportamento de uso compulsivo, pelo desenvolvimento da tolerância à substância e por sintomas de abstinência quando em privação da droga (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993), o discurso de alguns dos profissionais revela concepções perpassadas pelo senso comum e por noções desconectadas do discurso científico corrente e da Política do Ministério da Saúde para a Atenção ao Usuário de Álcool e outras Drogas.

[...] quando a pessoa já tendo utilizado por um tempo, né, começou a utilizar, ele já se tornou dependente, se ele ficar sem aquela substância, ele não consegue seguir a vida, não consegue fazer nada, sente os tremores, as alucinações visuais, auditivas, os sintomas, realmente, da

abstinência. Ele já se tornou dependente daquela substância e não consegue ficar sem. (Eliana).

[...] eu experimento, e aí o efeito que essa droga fazia antes em mim, ela não faz mais, e aí vou experimentar outra, e aí eu vou conhecer outra e outra. Eu acho que seja para se auto afirmar mesmo. Eu acredito que seja realmente pela quantidade que use ou faça mesmo o uso abusivo da substância sem controle, e aí se torne dependente químico. (Tamires).

Os discursos dos profissionais de saúde se aproximam do que MacRae (2000) considera a “carreira” do usuário a partir do seu contato com a droga, ou seja, a incorporação do uso como um hábito, decorrente de um processo de aprendizagem, que pode evoluir para outros padrões de consumo e outros tipos de substâncias. Esta carreira, no entanto, não é linear, uniforme e ascendente, de modo que para cada sujeito ela se desenvolverá marcada pelos fatores subjetivos, fazendo de cada carreira, única.

Desta dos discursos acima, a compreensão de Poliana que considera a dependência química uma doença que não se desenvolve exatamente da mesma forma para todos os sujeitos, pois há diferentes atribuições de sentido para o uso da droga por sujeitos singulares, com vivências únicas que participam da elaboração de sentidos: “[...] qual a função daquela droga na vida do sujeito, aí eu acho que é uma coisa que pode determinar essa dependência”. (Poliana). Tal discurso mostra-se alinhado com o marco teórico-metodológico que sustenta a Política de atenção a usuários de drogas.

Pode-se observar, diante dos discursos dos profissionais de saúde, que as concepções sobre uso de drogas e dependência química se sobrepõem, de modo que, muitas vezes aparecem como fenômenos indistintos.

Como que eu entendo o uso de drogas? Essa pergunta é uma pergunta difícil. Eu entendo o uso de drogas como sendo uma doença, né? (Helena).

Eu entendo o uso assim. É uma dependência, mas também isso leva a outras questões de saúde pública, a questão das doenças em si e aí, é por isso que a gente tem que levar muito para esse lado das questões de saúde, né? (Marisa).

O uso de drogas para mim, acho no meu ver, e assim, de toda a minha experiência, é um grave problema de saúde pública mesmo. (Cláudia).

Desta forma, é demonstrada uma compreensão incipiente sobre o uso de drogas, que se apresenta na literatura como um padrão de consumo, podendo evoluir para o uso abusivo e posteriormente se configurar como uma dependência química, que necessariamente requer o desenvolvimento da tolerância, a presença da compulsividade no uso e sintomas da síndrome de abstinência quando interrompido o consumo

É amplo consenso na literatura sobre o tema que o uso de drogas é uma prática presente ao longo de toda a história da humanidade, com diferentes finalidades e sentidos atribuídos ao uso de acordo com a cultura dos sujeitos que as consomem e o momento histórico do uso (MACRAE, 2001). Assim, transitam ao longo da história diferentes modos de uso, que hoje, na pós-modernidade, se mostram problemáticos quando caracterizados pelo hedonismo e aversão a qualquer tipo de esforço e sacrifício (ESPINHEIRA, 2004).

Os discursos dos profissionais acerca de suas concepções sobre uso, dependência química e usuário, revelaram uma heterogeneidade de noções que, muitas vezes, se distanciam do arcabouço teórico e político que sustenta a atenção a usuários de drogas. Há, neste sentido, evidente desarticulação dos discursos com a Política do Ministério da Saúde para a Atenção ao Usuário de Álcool e outras Drogas no que tange ao entendimento de que o uso de drogas consiste em doença, da dependência como fim inevitável de uma trajetória de uso e pelo estigma do usuário como alguém com pouca determinação para interromper o consumo de drogas, portanto, um sujeito assujeitado.

4.3 Artigo: Concepções sobre Redução de danos entre profissionais de um Caps AD

RESUMO: Estudo de caso com o objetivo de analisar como o discurso de profissionais de saúde de um CAPS AD se articula com a abordagem de Redução de danos. O cenário foi o CAPS AD de uma cidade do interior da Bahia. Participaram nove profissionais de saúde do CAPS AD, mediante entrevista semiestruturada. Adotou-se o método de análise do discurso. O discurso dos profissionais evidenciou concepções sobre a abordagem de Redução de danos, com significados dissonantes do que preconiza a Política, além daqueles que referem a ausência dessa prática no cotidiano do serviço. A abordagem é reduzida aos aspectos preventivos, deixando de contemplar a amplitude de estratégias possíveis para a promoção da saúde dos usuários. Assim, pode-se considerar que a Redução de Danos não se configura como modelo de atenção orientador das práticas do CAPS AD.

Palavras-chave: Redução de danos. CAPS AD. Transtornos relacionados ao uso de substâncias.

ABSTRACT: Case study with the objective of analyzing how the discourse of CAPS AD health professionals was linked to Harm reduction approach. The scenario was the CAPS AD at inner city of Bahia. Nine health professionals participated by semistructured interview. Was used the discourse analysis method. The discourse of the professionals showed their views about Harm reduction approach with meanings that are different of policy argument, besides those that refer to the absence of this practice in the daily life of the service. The approach is reduced to preventive aspects, failing to contemplate the range of possible strategies to promote the health of users. Thus, it can be considered that Harm Reduction is not a guiding model of CAPS AD practices.

KEY WORDS: Harm reduction; Health services; Substance-Related Disorders

Introdução

Historicamente, a atenção a pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas foi fundamentada em práticas repressoras e excludentes, privilegiando o encarceramento do sujeito e a abstinência como resultado satisfatório do tratamento. As primeiras intervenções do Estado brasileiro voltadas para usuários de drogas remontam ao início do século XX e se configuravam como ações jurídicas destinadas, exclusivamente, ao combate ao consumo de substâncias psicoativas ilícitas, por meio de medidas de exclusão social em prisões e manicômios, uma vez que somente a partir de 1970 os primeiros serviços destinados à atenção à saúde de usuários de drogas foram propostos, muito embora no modelo manicomial e hospitalocêntrico¹.

A partir da década de 1980, o consumo de substâncias psicoativas passou a ser uma preocupação para a saúde pública no Brasil e em outros países devido, principalmente, aos casos de AIDS que se alastraram entre usuários de drogas injetáveis². Passou-se a dedicar maior atenção à saúde dos usuários de álcool e outras drogas, intensificando pesquisas acerca desta temática, além do desenvolvimento de programas direcionados à prevenção do uso abusivo de drogas e à redução dos riscos e danos do uso de substâncias^{3,4}.

Apenas no início deste século, o Ministério da Saúde passou a responsabilizar-se pela oferta de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas e, através de formulação de política específica, foi definido o marco teórico e metodológico para as práticas de saúde nesta área em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): a abordagem de Redução de danos¹.

A atual Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, formulada em 2003, foi revisada e ampliada em 2004, respondendo às deliberações da III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em Brasília (DF) em 2001, no sentido da elaboração de uma política específica para o cuidado de pessoas que usam drogas. Comungando com os ideais de tratamento humanizado para os usuários da saúde mental, esta Política rejeita o encarceramento físico e subjetivo, preconizando o cuidado territorializado no contexto comunitário, sem perder de vista as conquistas do

movimento da Reforma Psiquiátrica e a coerência com o imperativo da desinstitucionalização⁵.

Neste sentido, o que se reivindica é a incorporação de um novo modelo de atenção centrado no sujeito e em suas necessidades, considerando, sobretudo, sua cidadania, o direito à liberdade, à inserção social e às decisões sobre seu próprio tratamento. Para tanto, é imprescindível repensar o papel dos profissionais de saúde neste contexto em que são necessárias práticas menos tecnicistas, diversificadas em função da demanda dos sujeitos, valorizando a escuta e as falas das pessoas em tratamento, o que implica, portanto, a reestruturação das relações de poder proporcionando horizontalidade à relação profissional-usuário⁶.

Redução de danos pode ser definida como estratégias que se orientem para a minimização dos riscos e danos biológicos, psicossociais e econômicos decorrentes do uso ou abuso de drogas sem que seja preconizada a abstinência imediata⁷. Uma diversidade de terminologias é utilizada para se referir à Redução de danos, que tem sido designada como estratégia, abordagem, método e paradigma, sinalizando a polissemia do conceito. Neste estudo, compreende-se a Redução de danos como abordagem que abarca um conjunto de diferentes estratégias, singulares para cada caso, direcionadas à diminuição dos prejuízos decorrentes do abuso de drogas⁸.

A abordagem de Redução de danos se configura como um novo paradigma em cuidado que apresenta como diretrizes metodológicas a clínica ampliada, a transversalidade, a ação no território, bem como a gestão comum aliada à corresponsabilidade e cooperação². Deste modo, a Redução de danos propõe a transformação do modelo de atenção biomédico, hegemônico nas práticas direcionadas a usuários de drogas.

A Clínica Ampliada, uma das diretrizes da abordagem de Redução de danos esbarra nas lógicas que sustentam as práticas tradicionais em saúde, e que se mostram reducionistas ao não abarcar a complexidade do processo saúde-doença que extrapola a dimensão biomédica e envolve outros condicionantes. Surgindo como contraponto à hegemonia do saber médico, a Clínica Ampliada inaugura novas concepções como multi e interdisciplinaridade, horizontalidade nas relações multiprofissionais e, sobretudo, a ampliação dos

determinantes do processo saúde/doença, incluindo aspectos sociais, culturais, econômicos, ideológicos, políticos, psicológicos e subjetivos⁹.

Entende-se que tal diretriz requer a resignificação das práticas em saúde, adotando o conceito ampliado de saúde e expandindo também as práticas dos profissionais de saúde. O discurso da Clínica Ampliada preconiza a escuta qualificada com práticas de acolhimento e voltada para o estabelecimento de vínculo; intersetorialidade; integralidade do cuidado; democratização do acesso da população aos serviços de saúde; extinção da relação de submissão entre profissionais e usuários; promoção da saúde e do autocuidado para os usuários; práticas territorializadas e conectadas com as demandas reais da população; e especialmente, práticas voltadas para o desenvolvimento da autonomia dos usuários⁹.

Souza² ressalta que, “ao contrário da clínica reduzida, que tem como procedimento a remissão do sintoma, a clínica ampliada adota como direção a produção de saúde, sendo esta entendida como produção de sujeitos autônomos” (p. 83). Assim, a Clínica Ampliada se configura como racionalidade para a atuação em Redução de danos, valorizando a promoção da autonomia e protagonismo dos usuários sobre seu autocuidado e desenvolvimento pessoal.

Outra diretriz metodológica da abordagem de Redução de danos é a transversalidade, que se efetiva como um movimento espontâneo a partir das contribuições que as diversas disciplinas podem oferecer para a construção de novos olhares e práticas sobre um fenômeno, integrando as especificidades de cada núcleo de saber.

Na perspectiva transversal na Redução de danos, à medida que populações marginalizadas são acessadas e tem-se como conduta clínica o reconhecimento das necessidades apresentadas pelo usuário, as demandas que surgem são de diversas ordens, de modo que a Redução de danos não se restringe ao universo das drogas, mas alcança as demandas legítimas do sujeito e em sua tentativa de produzir sujeitos autônomos adentra outros territórios clínicos e políticos, se direcionando para a integralidade do cuidado².

Com relação à gestão comum ou compartilhada, este aspecto expressa mais claramente a dimensão política do método da Redução de danos com repercussões na clínica. Refere-se à inserção de usuários de drogas em espaços

de gestão dos serviços públicos – inclusive os serviços de atenção à saúde, nos conselhos abertos à participação social, além do seu próprio território. A participação coletiva e a gestão da coletividade reverberam no autocuidado, na medida em que o governo comum implica no governo de si⁷. Desta forma, o sujeito, ao se comprometer com objetivos coletivos, passa a constituir um outro lugar social e existencial, e mantê-lo pode requerer autocuidado e uma relação menos prejudicial com as drogas.

A corresponsabilidade implica no investimento do profissional no usuário, sendo corresponsável por sua trajetória no serviço, se apresenta então como resultado da vinculação entre usuário e profissional de saúde, garantindo que as ações assistenciais sejam produzidas a partir da experiência de cada usuário, contemplando sua necessidade individual².

A cooperação compreende que as práticas de Redução de danos devem promover o deslocamento dos lugares sociais do usuário e do profissional ao incentivar o protagonismo dos sujeitos, sua autonomia e a gestão compartilhada dos serviços. As relações são horizontalizadas dentro na clínica, não havendo espaço para condutas de tutela ou subjugação das individualidades dos usuários.

Outra diretriz da Redução de danos é a ação no território, considerando que todas as outras diretrizes se efetivam no território, a Redução de danos é uma modalidade clínica que pode ser operacionalizada in loco. Assim, é necessário extrapolar os muros dos serviços de saúde e alcançar o contexto social e cultural no qual se inserem os usuários de drogas, de modo que as ações dos profissionais estejam afinadas com as necessidades dos sujeitos e sua realidade concreta.

A abordagem da Redução de danos possui os aspectos metodológicos supracitados, orientando o fazer cotidiano dos profissionais que atuam com usuários de drogas. Deste modo, requer a ampliação da concepção de saúde e uma nova compreensão do papel dos profissionais da saúde que ultrapasse o fazer técnico e profissional-centrado, superando o modelo biomédico, para que a abordagem de Redução de danos seja de fato implementada nos serviços.

Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) são dispositivos estratégicos especializados na atenção a usuários de drogas,

fundamentais para o desenvolvimento das propostas da Política de atenção ao usuário de drogas, e devem ser qualificados para garantir ação efetiva e resolutiva sobre o fenômeno do consumo problemático de substâncias psicoativas¹⁰.

Figuram, portanto como espaços privilegiados à implementação da abordagem de Redução de danos, são dispositivos de atenção que expressam os novos direcionamentos dados à saúde mental a partir da Reforma Psiquiátrica e da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas¹⁰.

Estes serviços são destinados a pessoas com transtorno psíquico decorrente do uso prejudicial de álcool e outras drogas, adotando o modelo da saúde pública para fundamentar suas ações e considerando, especialmente, a inter-relação entre o sujeito, o ambiente e as substâncias psicoativas para compreender o fenômeno da dependência química¹¹, mediante a oferta de serviços como atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, cuidados de enfermagem, entre outros), além de atendimentos em grupo, oficinas terapêuticas, visita domiciliar e leitos para desintoxicação¹².

Em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde, os CAPS AD preconizam a atenção integral a seus usuários, desenvolvendo ações de prevenção, tratamento, reinserção social e promoção de saúde; zelam pelo acesso de todos ao serviço; respeitam o princípio da equidade; e atuam de forma articulada com outros serviços de saúde e assistência social, garantindo a intersetorialidade¹².

Estudo demonstra que há pouco engajamento dos profissionais de saúde no desenvolvimento da Redução de danos, o que indica a necessidade da ruptura dos modelos de atenção centrados na racionalidade biomédica e hospitalocêntrica¹³. Assim, novas pesquisas sobre esta temática são fundamentais para que possam ser desenvolvidas práticas mais efetivas e resolutivas para a questão do uso problemático de drogas que hoje atinge proporções alarmantes exigindo intervenções em saúde pública.

Outra pesquisa indica que os CAPS AD demonstram baixa adesão à Redução de danos, o que impede a institucionalização da abordagem no SUS⁶. Considerando que o Ministério da Saúde preconiza a abordagem de Redução

de danos como orientador das práticas dos CAPS AD, se faz necessária a produção de conhecimento científico visando analisar como a Redução de danos tem sido compreendida pelos profissionais de saúde destes serviços.

Este estudo parte da seguinte questão norteadora: Como os profissionais de saúde de um CAPS AD compreendem a abordagem de Redução de danos? Entende-se que os modos de pensar dos profissionais acerca da Redução de danos envolvem um processo de apropriação da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas e incide no modo como as práticas de Redução de danos são desenvolvidas.

O objetivo é analisar como os discursos relativos à Redução de danos produzidos por profissionais de saúde de um CAPS AD se articulam com a Política para a Atenção a usuários de Álcool e outras Drogas. Espera-se que a pesquisa contribua para a compreensão crítica da apropriação da abordagem pelos profissionais do CAPS AD, de modo a favorecer a qualificação das práticas do serviço na medida em que os resultados deste estudo podem evidenciar potencialidades e desafios para a implementação da Redução de danos nos CAPS AD.

Metodologia

Estudo na abordagem qualitativa, de natureza exploratória. Realizado no CAPS AD de uma cidade do interior da Bahia, o qual é o único dispositivo do Sistema Único de Saúde especializado na atenção integral a usuários de álcool e outras drogas no município, sendo o serviço de referência nesta demanda para sua população, estimada em 556.642 pessoas e para os municípios do entorno¹⁴.

Participaram do estudo nove profissionais de saúde, de nível superior de ambos os sexos com média de idade de 36 anos. Todos declararam haver participado de ações de educação permanente na área de álcool e outras drogas, no entanto, apenas dois participantes referiram experiência profissional na área anterior à contratação pelo CAPS AD. O tempo de atuação no serviço variou entre seis meses e sete anos, com média de dois anos. As atividades exercidas pelos profissionais corresponderam a ações comuns como

atendimentos individuais, em grupo, oficinas terapêuticas e visitas domiciliares, à exceção de profissionais médicos que atuam somente na atenção ambulatorial, realizando consultas com prescrições de medicações para o tratamento da síndrome de abstinência e comorbidades.

Para o desenvolvimento desta pesquisa foram necessárias a escuta dos discursos dos profissionais de saúde mediante entrevista semiestruturada e a observação sistemática da dinâmica do serviço, guiadas por roteiros. Utilizou-se um instrumento de caracterização profissional dos participantes. As entrevistas foram transcritas integralmente observando-se a fidelidade ao discurso por meio de escuta atenta e responsável das gravações considerando todas as informações de relevância. Foram utilizados pseudônimos e omitidas referências que pudessem identificar o participante.

Utilizou-se a técnica de análise do discurso na perspectiva de Fiorin¹⁵, na qual o discurso é compreendido como uma construção determinada pelas formações ideológicas socialmente compartilhadas. Neste sentido, os discursos expressam os sentidos atribuídos pelos profissionais de saúde aos fatores que envolvem o processo saúde-doença. Analisar o discurso permite inferir sobre o olhar do sujeito sobre determinado fenômeno, considerando que tal olhar é condicionado pela posição que o sujeito ocupa na trama social e pelas formações ideológicas construídas em torno do evento em questão.

O discurso se organiza em níveis de abstração nos quais os mais superficiais são imediatamente percebidos, sem revelar a construção ideológica por trás do discurso se configurando como temas parciais. Assim, em aprofundamento progressivo, buscou-se identificar os níveis mais abstratos do discurso que revelam os sentidos da fala e compõem temas centrais da análise.

A interpretação e discussão se baseou nas considerações críticas sobre os discursos, considerando o referencial teórico que embasa este estudo. Desta forma foi possível descrever os discursos dos profissionais de saúde, identificar as concepções sobre Redução de danos e sua compatibilidade com a abordagem conforme a Política.

A pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) mediante Parecer nº. 1.298.63.

Resultados e Discussão

Compreendendo que o modo como a abordagem de Redução de danos é significada pelos profissionais de saúde repercute diretamente em suas práticas, foram agrupados os discursos que evidenciam a concepção sobre Redução de danos dos profissionais e sua expressão na dinâmica assistencial do serviço.

O discurso de Augusto revela certa dificuldade em definir o que é a abordagem de Redução de danos: “[...] às vezes, a gente dá o exemplo e fica difícil de colocar no conceito. Mas, eu não sei, eu não sei como eu posso falar”, pode-se inferir que o não saber representa a pouca apropriação da abordagem.

Outro participante revela incerteza quanto à utilização efetiva da Redução de danos no CAPS AD: “Eu vejo que o serviço, ele tenta trabalhar com a Redução de danos, não sei até que ponto a gente consegue”. (Patrícia). A profissional reconhece que a abordagem de Redução de danos é parte da proposta do serviço, no entanto, parece não haver indicadores do alcance destas práticas, de modo que não se consegue avaliar a efetividade das ações de Redução de danos no CAPS AD. Neste sentido, Augusto explicita a ausência das práticas de Redução de danos no serviço: “[...] aqui em nossa realidade de CAPS AD, ela não acontece”.

Encontra-se no discurso de Helena elementos que buscam justificar a baixa adesão à abordagem no serviço: “[...] falta muito apoio do Ministério em estar levando essa questão para gente com cursos, incentivar mais essa questão e mostrar o que é realmente a Redução de danos”. Parece haver uma dificuldade em deslocar a Redução de danos do discurso para o cotidiano e as práticas do CAPS AD, diante desta problemática, na capacitação dos profissionais é importante que haja ênfase nos aspectos práticos da abordagem e sua implementação no serviço.

Na última década houve um aumento significativo no investimento da União nas questões relacionadas à atenção às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, desde a ampliação dos serviços de atenção, até a capacitação dos profissionais por meio dos Centros Regionais de Referência em Educação Permanente em Álcool e outras Drogas (CRR), além de cursos na modalidade

de educação à distância e outras intervenções organizadas no Plano Integrado de enfrentamento ao Crack¹⁶.

Segundo os profissionais do CAPS AD houve participação de todos em cursos e outras modalidades de capacitação na área de álcool e outras drogas, sendo possível então problematizar a possibilidade de tais cursos não obterem o êxito esperado na qualificação dos profissionais, especificamente no que tange à abordagem de Redução de danos. No entanto, pode-se considerar que há outros entraves, sobretudo, obstáculos socioculturais e da gestão dos serviços que comprometem a implementação da Redução de danos nos CAPS AD.

Fatores como o preconceito contra o uso e os usuários de drogas, despreparo para lidar com a Redução de danos, descrença quanto à legitimidade das práticas desta abordagem, receio em implementar ações envolvendo territórios onde há tráfico de drogas e precariedade dos vínculos empregatícios no SUS, estão relacionados às inconsistências na assistência a usuários de drogas¹⁷. O discurso dos profissionais no que tange à prática da Redução de danos evidencia que há uma redução da abordagem ao aspecto preventivo de agravos decorrentes de comportamentos de risco, como práticas de troca de seringas e disponibilização de preservativos.

É isso, a gente não realiza na prática [...] na hora da prática, inclusive, algumas pessoas são contra, de como é que ia está fazendo essa abordagem, porque algumas pessoas não são a favor disso, em relação a chegar na prática e oferecer a seringa, oferecer o preservativo e todas as outras questões que tem de instrumento que faz parte da política e não compreender [a Redução de danos]. (Marisa).

Diante desta problemática, parece evidente que a Redução de danos não se configura como dispositivo orientador das ações do serviço, sendo então necessária maior articulação teórico-prática entre esta abordagem e a atenção ofertada pelo CAPS AD, o que exige uma apropriação consistente da Redução de danos pelos profissionais de saúde, de modo a promover, inclusive o debate em torno dos preconceitos e estigmas que envolvem o uso e usuários de drogas. É então, necessário marcar a distinção do discurso da Redução de danos enquanto uma ação em saúde, de condutas que promovam a apologia ao uso indiscriminado de substâncias psicoativas.

De acordo com o discurso de Helena, na sua prática, a possibilidade de utilizar a abordagem de Redução de danos é avaliada caso a caso: “[...] tem pacientes que a gente não pode estar trabalhando com a Redução de danos. A gente tem que saber qual o paciente a gente pode levar a Redução de danos”. Helena crê que cabe ao profissional de saúde proceder uma avaliação individual dos usuários, definindo por uma espécie de triagem que atenda aos requisitos do profissional, se adequando, portanto à abordagem. No entanto, a Redução de danos, se propõe a contemplar todos os usuários de drogas e pessoas em comportamentos de risco, de modo que não existem protocolos de atuação e cada estratégia é definida juntamente com o usuário, considerando sua demanda e seus recursos disponíveis.

A Redução de danos se propõe a minimizar os impactos dos comportamentos de risco, inclusive do uso de drogas, e se orienta para o desenvolvimento da autonomia preconizando, para tanto, a participação ativa do sujeito na produção do cuidado². Assim, cada estratégia é singular e individual, de modo que o usuário pode demandar a abstinência e adotá-la como estratégia, enquanto outro pode requerer a diminuição progressiva do consumo até um padrão de uso com o mínimo de prejuízos, tanto quanto possível.

Neste sentido, os profissionais de saúde, em consonância com a Redução de danos buscam, favorecer a elaboração de outros sentidos para o uso da substância,

“[...] construindo as estratégias a partir da história singular do sujeito, legitimando-a, acolhendo-a para poder produzir outro tipo de história e considerando também sua experiência subjetiva com a droga, ou seja, a maneira com que cada um se relaciona com a droga”¹⁸. (p. 153)

Quanto às práticas de Redução de danos, parece haver uma apropriação individual, sendo particularizada conforme a formação do profissional, com influência da sua especialidade, e conforme o alcance da corresponsabilização do profissional no processo do usuário. Há também no discurso dos profissionais, destaque no aspecto preventivo da abordagem de Redução de danos e na estratégia de substituição de drogas.

Como eu trabalho com Redução de danos? Por exemplo: eu estou com uma paciente aqui e ela usava morfina e ela veio e foi feita justamente essa substituição. (Maurício).

Aqui a gente trabalha na oficina de saúde, que a gente mostra [os danos causados pelas drogas], mas nos próprios grupos, a gente já mostra esses efeitos da droga para a saúde. (Eliana).

É justamente essa proposta, em meio às palestras, os grupos, a gente está tentando conscientizar esse sujeito da importância da diminuição do uso ou da substituição de uma determinada droga por outra. (Patrícia).

Eu acho que dentro desses grupos terapêuticos, grupos específicos, que é o grupo de álcool, o grupo de tabagismo e o grupo D, que é das outras drogas, eu acho que dentro desses grupos as discussões são bem voltadas para isso [Redução de danos]. (Poliana).

[...] Redução de danos é a gente mostrar a eles que é possível conviver com o uso da droga, sendo que eles têm que ter uma consciência, um conhecimento dos efeitos da droga, sobre os prejuízos ao corpo, à saúde, e a gente mostrar esse lado. (Helena).

As práticas de Redução de danos foram relatadas como ações de educação em saúde desenvolvidas nas atividades grupais, conduzidas pelos profissionais da equipe. Esta forma de operacionalização da abordagem se mostra limitada a uma única estratégia, a prevenção, marcada por uma relação verticalizada na qual o usuário recebe informações relativas às drogas, sem que haja efetivo protagonismo do sujeito. São possíveis tantas estratégias de Redução de danos quantas forem as necessidades dos usuários, visto que é no encontro clínico que são elaboradas respostas às demandas dos sujeitos, coerentes com sua realidade.

Reconhece-se que a Redução de danos cria a possibilidade de um convívio menos prejudicial do sujeito com as drogas, compreendendo que para tanto é necessário um conhecimento sobre os mecanismos relacionados à droga de escolha do sujeito, seus efeitos e danos, assim como formas de uso seguro, o que pode se configurar como uma estratégia de empoderamento que mune o usuário de uma gama de recursos para lidar com a presença da droga na vida da maneira mais saudável possível.

Também é parcial a concepção de Eliana, a qual se atem à diminuição dos danos relacionados às drogas de forma progressiva através da redução do consumo:

Ele pode ter vindo para tentar a abstinência, mas ele saiu daqui, fez o tratamento e não conseguiu. Mas, conseguiu reduzir os danos à saúde. Redução gradual, na verdade, a redução gradual de substâncias psicoativas dentro do organismo. (Eliana).

É fundamental que os prejuízos imediatos do uso de substâncias sejam amenizados produzindo saúde e qualidade de vida para o sujeito. No entanto, deve-se considerar que os danos decorrentes do abuso extrapolam a dimensão física alcançando as relações interpessoais do sujeito, a vida laboral e promovendo vulnerabilidades variadas como exposição à violência e outros riscos. Desta forma, destaca-se que é fundamental para a prática em Redução de danos o conceito ampliado de clínica e de saúde.

Um estudo com o objetivo de compreender as bases teóricas que sustentam a Redução de Danos no Brasil a partir das concepções de objeto e sujeito destas práticas nas publicações de 1994 a 2006, identificou trabalhos científicos que situam a Redução de danos de maneiras diversas¹⁹.

“A RD, como qualquer prática social, reflete as diferentes concepções em disputa nos campos dos saberes e das práticas de saúde e da produção, comércio e consumo de substâncias psicoativas, podendo-se falar concretamente na existência de várias RDs”¹⁹. (p. 1008)

Um dos profissionais de saúde argumenta que a Redução de danos não envolve o julgamento do comportamento do usuário, se é uma atitude boa ou ruim, mas reconhece o uso da droga como um fato. Portanto, o que se busca é diminuir os prejuízos deste comportamento sem condená-lo e/ou exigir seu abandono: “[...] o paciente é usuário, faz uso abusivo, não quer ou não consegue parar no momento, o que a gente pode fazer para que aquele momento, pelo menos, seja menos prejudicial?” (Maurício). Compreendendo que o homem pode se relacionar de diferentes modos com as drogas, e que nem todas as formas de uso representarão necessariamente um problema de saúde, a finalidade da abordagem de Redução de danos não se restringe à eliminação do consumo, buscando promover saúde e qualidade de vida.

A prática da Redução de danos busca a utilização dos recursos subjetivos e objetivos que compõem a realidade do sujeito para que sejam traçadas estratégias compatíveis com suas necessidades: “se ele usa, se ele usa

injetáveis, você vai pelo menos permitir que ele use, pelo menos, de uma forma sanitária, né? Para que você não corra risco de doenças outras” (Maurício). O protagonismo do usuário na elaboração das estratégias de Redução de danos é imprescindível para que estas sejam efetivas, neste sentido, o profissional se utilizará de práticas emancipatórias, em detrimento da tutela do sujeito, possibilitando comportamentos mais saudáveis.

A abordagem de Redução de danos aparece nos discursos de Poliana e Cláudia de forma articulada com a Política de atenção a usuários de drogas:

[...] a Redução de danos é trabalhada para você desenvolver um maior bem-estar, promover um maior bem-estar daquele sujeito dentro da realidade dele. Então, você vai promover atividades de acordo com o desejo e a necessidade daquele sujeito, separadamente, visando à realidade dele, como eu estou falando e não aquilo que você tem como ideal para você, né, mas você precisa ver a realidade e o que é ideal para aquele sujeito. (Poliana).

[Redução de danos] é você perceber o sujeito de forma individual, que é o que a gente faz na admissão aqui, a gente faz um projeto terapêutico individual, ou seja, a gente avalia o paciente, vê as necessidades dele e encaminha para as atividades de acordo com isso. Nas atividades, a gente também precisa estar atenta para isso, né. Tem as atividades em grupo, mas dentro do grupo cada paciente tem a sua necessidade e a gente precisa respeitar isso. (Cláudia).

A ênfase no sujeito se destaca no discurso de Poliana, que considera que o desejo do usuário e sua realidade concreta devem pautar o trabalho em Redução de danos. O discurso de Cláudia também evidencia a importância de garantir o respeito à individualidade do sujeito nas ações assistenciais, mesmo aquelas desenvolvidas em grupo. Neste sentido, as concepções dos profissionais, quando compreendidas em sua totalidade, revelam um duplo movimento que se estabelece entre concepções de Redução de danos mais próximas do arcabouço teórico da abordagem e noções que se distanciam das orientações da Política de atenção a usuários de drogas.

Considerações finais

A abordagem de Redução de danos tem sido reconhecida como novo modelo orientador do cuidado às pessoas que usam álcool e outras drogas,

representando um rompimento das práticas de isolamento e correção moral, pautadas exclusivamente na abstinência, que fundamentaram historicamente a atenção aos usuários de drogas. Neste sentido, a Política do Ministério da Saúde para a Atenção a Usuários de Álcool e outras Drogas se configura como um marco no processo de transformação deste modelo assistencial, definindo em seus objetivos a adoção da abordagem de Redução de danos para as ações de saúde.

Considerando que os profissionais de saúde dos CAPS AD são os principais efetivadores da proposta desta Política, e partindo do pressuposto que os discursos destes sujeitos revelam o modo como a abordagem tem sido apropriada e, conseqüentemente, como tem sido implementada no serviço, a análise do discurso dos profissionais de saúde de um CAPS AD possibilitou evidenciar a desarticulação entre as concepções dos profissionais sobre Redução de danos e a Política de atenção a usuários de drogas.

O discurso dos profissionais evidenciou suas concepções sobre a abordagem de Redução de danos, no entanto, a abordagem foi descrita de forma pouco aprofundada. Foi dada ênfase na minimização dos prejuízos relacionados ao uso problemático de drogas através de estratégias como a substituição de uma droga por outra ou adoção de formas de uso seguras. Outras estratégias possíveis, elaboradas no encontro entre profissional e usuário onde é assegurado o protagonismo dos sujeitos, ações no território e outros elementos que caracterizam a abordagem, não se mostra no discurso dos profissionais do CAPS AD.

Destacou-se nos discursos a hesitação de alguns participantes ao definir a abordagem de Redução de danos e descrever sua operacionalização, além daqueles que referem a ausência dessa prática no cotidiano do serviço. Assim, é necessário investimento em ações que promovam a educação permanente na área de álcool e outras drogas, intensificando os aspectos relacionados à Redução de danos e sua operacionalização, reverberando na transformação da situação de saúde de pessoas com problemas relacionados ao uso e abuso de drogas.

A análise dos discursos evidenciou que há uma lacuna no que tange ao modo como os profissionais compreendem a abordagem de Redução de danos

e as diretrizes da Política de atenção a usuários de drogas. Esta distância repercute na qualidade da oferta do cuidado às pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, na medida em que práticas obsoletas não são superadas e a atual Política não é implementada.

Referências

Machado AR, Miranda PSC. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, 2007, 14(3):801-21.

Souza TP. Redução de danos no Brasil: a clínica e a política em movimento. 2007. 116 f. [dissertação]. Niterói (RJ): Universidade Federal Fluminense, 2007. Disponível em: <http://www.slab.uff.br/images/Aquivos/dissertacoes/2007/Tadeu.pdf/>. Acesso em: 10 out. 2013.

Canoletti B, Soares CB. Programas de prevenção ao consumo de drogas no Brasil: uma análise da produção científica de 1991 a 2001. *Interface (Botucatu)*. [Internet]; 2004-2005 [20 Out 2013]; 9(16):115-29. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a10>.

Pratta EMM, Santos MA. O Processo saúde-doença e a dependência química: Interfaces e evolução. *Psic. Teor. e Pesq.*, Brasília, DF, 2009; 25(2):203-11.

Passos E. Pensar diferentemente o tema das drogas e o campo da saúde mental. In: Santos LMB, organizador. *Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas*. Porto Alegre: Ideograf/Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul; 2010. p. 7-14.

Passos EH, Souza TP. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. *Psicol. Soc.*, Belo Horizonte; 2011,23(1):154-62.

Andrade TM. Redução de danos: um novo paradigma? In: Tavares LA, Almeida ARB, Nery Filho, A, organizadores. *Drogas: tempos, lugares e olhares sobre o consumo*. Salvador: EDUFBA; 2004. p.87-95.

Fonseca EM, Bastos FI. Política de Redução de Danos em Perspectiva: comparando as experiências americana, britânica e brasileira. In: Acselrad G, organizadora. *Avessos do Prazer: drogas, AIDS e direitos humanos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005, p. 289-10.

Campos WS. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec; 2003.

Ministério da Saúde. *A política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004a.

Perrenoud LO, Ribeiro M. Etiologia dos transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas. In: Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira, R, organizadores. Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed; 2011. p.43-48.

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004b.

Souza J, Kantorski LP, Gonçalves SE, Mielke FB, Guadalupe DB. Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e Redução de Danos: novas propostas, novos desafios. R Enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2007;15(2):210-7.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. 2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=29&dados=0>. Acesso em: 20 out. 2013.

Fiorin JL. Linguagem e ideologia. São Paulo: Ática; 2003.

Presidência da República. Casa Civil. Decreto n. 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano integrado de enfrentamento ao crack e outras drogas. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7179. Acesso em: 20 ago. 2013.

Andrade TM. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. Ciênc. saúde coletiva [Internet], 2011 [acesso em 20 Set 2015]; 16(12):4665-74. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300015&lng=en&nrm=iso.

Dias R, Macerata I. Experiência e cuidado: a experimentação como via de composição entre Redução de Danos e Atenção Básica. In: RAMMINGER T, SILVA M, organizadores. Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2014.

Santos, VE dos; Soares, CB, Camois, CMS. Redução de danos: análise das concepções que orientam as práticas no Brasil. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2010; 20(3):995-015.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A abordagem de Redução de danos tem sido reconhecida como novo modelo orientador da atenção às pessoas que usam álcool e outras drogas, representando um rompimento das práticas de isolamento e correção moral que fundamentaram historicamente a atenção a usuários de drogas. Neste sentido, a Política do Ministério da Saúde para a Atenção a Usuários de Álcool e outras Drogas se configura como um marco no processo de transformação deste modelo assistencial, pela adoção da abordagem de Redução de danos nas ações de saúde.

A Redução de danos, na medida em que é tolerante ao consumo de substâncias tem como foco o sujeito e busca, através da participação ativa do usuário, elaborar estratégias visando a diminuição dos prejuízos relacionados ao uso problemático de drogas. Sustentada pelas diretrizes da clínica ampliada, transversalidade, ação no território, gestão comum (co-gestão), corresponsabilidade e cooperação, a abordagem de Redução de danos tem como *locus* privilegiado de implementação os CAPS AD.

Considerando que os profissionais de saúde dos CAPS AD são os principais efetivadores da proposta da Política de atenção a usuários de drogas, e partindo do pressuposto que os discursos destes sujeitos revelam o modo como a Política tem sido apropriada pelos profissionais, e conseqüentemente, como é efetivada pelo serviço, a partir da análise do discurso dos profissionais de saúde de um CAPS AD foi possível evidenciar desarticulações entre as concepções dos profissionais e a Política de atenção a usuários de drogas, além de algumas aproximações entre elas.

O discurso dos profissionais abarca temas relevantes para a implementação da Política, os quais envolvem o *modus operandi* do cotidiano do serviço, ou seja, seu funcionamento e modo de organização, remetendo à dinâmica operacional do serviço e sua relação com o que é preconizado pela Política de atenção a usuários de substâncias psicoativas.

A análise dos discursos evidenciou que o modo de organização do serviço repercute em dimensões fundamentais para a garantia do acesso do usuário: acolhimento e adesão. O acolhimento se apresenta condicionado à admissão no serviço e está limitado a um número de vagas restrito, assemelhando-se a um tipo atendimento individual quando

contraposto à prerrogativa de atenção em livre demanda, atitude de amparo, apoio e escuta interessada.

A adesão encontra barreiras relacionadas ao processo de trabalho no CAPS AD pois, no que se refere à elaboração dos PTS, o discurso dos participantes evidenciou a unidirecionalidade da relação estabelecida entre usuário e profissional, também confirmada nos discursos que versam sobre o modo de funcionamento dos grupos terapêuticos, que não promovem a autonomia e protagonismo dos usuários que se mostram desinteressados, aderindo pouco à proposta terapêutica do serviço.

O controle do usuário sobre o uso da droga foi descrito pelos profissionais como uma questão de força de vontade, evidenciando elementos compartilhados pelo senso comum. No que tange à esta questão, o saber dos profissionais de saúde reafirma noções equivocadas presentes no imaginário social a respeito do usuário de drogas, como a ideia de que o uso de drogas leva, inevitavelmente à dependência química, reproduzindo deste modo, representações que situam o sujeito como “fraco”, sem “força de vontade”, responsabilizando-o por sua situação.

O discurso dos profissionais revelou noções superficiais sobre a abordagem de Redução de danos, com significados que se distanciam do que preconiza a Política e reduzem a abordagem às estratégias de prevenção ao uso de drogas e de minimização dos agravos relacionados ao manejo de insumos e formas de uso das substâncias. Pouco foi enfatizada a importância do protagonismo e autonomia do usuário no planejamento das práticas assistenciais direcionadas a ele.

Destacou-se nos discursos a dificuldade de alguns participantes em definir a abordagem e descrever sua operacionalização, o que se soma às falas que referem a ausência dessa prática no cotidiano do serviço. Assim, considerando a participação de todos os profissionais em diversas modalidades de capacitação, questiona-se acerca da dimensão ideológica que interfere no processo de implementação da Redução de danos, como o discurso de um profissional revela: “algumas pessoas não são a favor disso”.

É necessário, portanto investimento em ações que promovam a educação permanente na área de álcool e outras drogas, sobretudo no que tange ao estigma que habita o imaginário social acerca do uso e do usuário de drogas, o que resulta em práticas fatalistas, pois não se acredita no potencial transformador do sujeito ou na possibilidade de uma vida produtiva e saudável mesmo em uso de substâncias psicoativas ilícitas. É fundamental também intensificar os aspectos relacionados à Redução de danos e sua

operacionalização, uma transposição do discurso à prática, reverberando na transformação da situação de saúde de pessoas com problemas relacionados ao uso e abuso de drogas.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, T. M. Redução de danos: um novo paradigma? In: TAVARES, L. A.; ALMEIDA, A. R.B.; NERY FILHO, A. (Orgs.). **Drogas: tempos, lugares e olhares sobre o consumo**. Salvador: EDUFBA, 2004.

ANDRADE, T. M. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4665-4674, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jun. 2015.

ASSIS, M. M. A. et al. Dimensões teóricas e metodológicas da produção do cuidado em saúde. In: ASSIS, M. M. A. et al. **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários**. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 9-18.

BARROS, A. R. **Demandas de saúde e experiências de mulheres na busca pelo cuidado**. 104 f. 2013. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)—Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Presidência da República. Gabinete de Segurança Institucional. Conselho Nacional Antidrogas. **Política Nacional sobre Drogas**. Brasília, DF: Conselho Nacional Antidrogas. 2005.

_____. **Lei 11.343, de 23 de agosto de 2006**. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Brasília, DF, 2006.

_____. **Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas**. Brasília, Presidência da República, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. 2008.

_____. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto 7.179, de 20 de maio de 2010**. Institui o Plano de Enfrentamento ao Crack e outras drogas, cria o seu Comitê Gestor e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2010. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm>.

_____. **Saúde Mental em Dados - 10**, ano VII, n. 10. Informativo eletrônico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: <www.saude.gov.br/bvs/saudemental>. Acesso em: 30 out. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/12 de nº 12 de dezembro de 2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, 2012b. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde.

_____. Presidência da República. Casa Civil. **Decreto n. 7.179, de 20 de maio de 2010**. Institui o Plano integrado de enfrentamento ao crack e outras drogas. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7179>. Acesso em: 20 ago. 2013.

BUNING, E. Vinte e cinco anos de Redução de danos: a experiência de Amsterdã. In: SILVEIRA, D. X. da; MOREIRA, F. G. (orgs.). **Panorama atual de drogas e dependências**. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 345-354.

CADORE, C. **Projeto Terapêutico Singular (PTS): as percepções dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad)**. 86 f. 2012. Dissertação (Mestrado em Psicologia)–Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Maria, 2012.

CAMPOS, W. de S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CANOLETTI, B.; SOARES, C. B. Programas de prevenção ao consumo de drogas no Brasil: uma análise da produção científica de 1991 a 2001. **Interface (Botucatu)**, v. 9, n.16, p.115-129, set. 2004/fev.2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a10>>. Acesso em: 20 out. 2013.

CARLINI, E. A. et al. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005**. São Paulo: CEBRID/UNIFESP, 2006.

COELHO, E. A. C.; FONSECA, R. M. G. S. Atuação de enfermeiras no campo da regulação da fecundidade em um serviço público de saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São

Paulo, v. 38, n. 1, p. 37-45, Mar. 2004. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342004000100005&lng=en&nrm=iso>.

DELGADO, J. (Org.). **A loucura na sala de jantar**. São Paulo: Resenha, 1991.

DIAS, R.; MACERATA, I. Experiência e cuidado: a experimentação como via de composição entre Redução de Danos e Atenção Básica In: RAMMINGER, T.; SILVA, M. (Orgs.). **Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. p.149-164.

ESPINHEIRA, G. Os tempos e os espaços das drogas In: TAVARES, L. A.; ALMEIDA, A. R. B. de; NERY FILHO, A. (Orgs.). **Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo**. Salvador: EDUFBA; CETAD/UFBA, 2004. p.11-26.

FIORIN, José Luiz. **Linguagem e ideologia**. São Paulo: Ática. 2003.

FONSECA, E. M. da; BASTOS, F. I. Política de redução de danos em perspectiva: comparando as experiências americana, britânica e brasileira. In: ACSELRAD, G. (Org.). **Avessos do prazer: drogas, AIDS e direitos humanos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 289-310.

GILL, R. Análise do discurso. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 10. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 297-305, fev. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100036&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 ago.2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010**. 2010. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=29&dados=0>>. Acesso em: 20 out. 2013.

INTERNATIONAL HARM REDUCTION ASSOCIATION. **O que é Redução de danos?** Uma posição oficial da Associação Internacional de Redução de danos. Londres, Inglaterra, 2010.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: E.P.U., 1986. 99 p.

MACEDO, L. C. et al. Análise do discurso: uma reflexão para pesquisar em saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 12, n. 26, p. 649-657, set. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000300015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 mar. 2016.

MACHADO, A. R.; MIRANDA, P. S. C. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. **História, Ciência, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.14, n. 3, p. 801-821, 2007.

MACRAE, E. Antropologia: Aspectos sociais, culturais e ritualísticos. In: SEIBEL, S. D.; TOSCANO JÚNIOR, A. **Dependência de drogas**. Porto Alegre: Atheneu, 2001. p. 25-34.

MANZINI, E. J. Considerações sobre a elaboração de roteiro para entrevista semi-estruturada. In: MARQUEZINE, M. C.; ALMEIDA, M. A.; OMOTE, S. (Orgs.) **Colóquios sobre Pesquisa em Educação Especial**, Londrina: Eduel, 2003, p. 11-25. Disponível em: <http://www.marilia.unesp.br/Home/Instituicao/Docentes/EduardoManzini/Consideracoes_sobre_a_elaboracao_do_roteiro.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2014.

MARLATT, G. A. Princípios básicos e estratégias de Redução de danos. In: MARLATT, G. A. **Redução de danos**: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

MARTINS, H. H. T. S. Metodologia qualitativa de pesquisa. **Educ. Pesqui.**, v. 30, n. 2, ago. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-97022004000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 out. 2013.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde: revisão bibliográfica, fundamentos, conceito e elementos constitutivos. In: MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2010.

MONTEIRO, F. J. Ajuda-mútua e reabilitação. **Análise Psicológica**, Lisboa, v. 3, n. 15, p. 449-452, 1997.

MORAES, M. Integral healthcare model for treating problems caused by alcohol and other drugs: perceptions of users, their companions and practitioners. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 121-133, fev. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 11 ago. 2015.

NAKAMURA, E. O método etnográfico em pesquisas na área da saúde: uma reflexão antropológica. **Saude soc.**, v. 20, n. 1, mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000100012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 ago. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação dos transtornos mentais e de comportamento da CID-10**: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 351 p.

PAIM, J. S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. São Paulo/Buenos Aires: HUCITEC/Lemos, 2002.

PASSOS, E. Pensar diferentemente o tema das drogas e o campo da saúde mental. In: SANTOS, L. M. de B. (Org.). **Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas**. Porto Alegre: Ideograf/Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, 2010. p.7-14.

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

PEREIRA, G. A. P.; COSTA, N. M. V. N. O estudo de caso: alternativa ou panaceia? In: BIANCHETTI, L.; MEKSENAS, P. (Orgs.). **Tramas do conhecimento**: teoria, método e escrita em ciência e pesquisa. Campinas: Papyrus, 2008.

PERRENOUD, L. O.; RIBEIRO, M. Etiologia dos transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. (Orgs.). **Dependência química**: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011. p.43-48.

POLIGNANO, M. V. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. In: GIOVANELLA, L. (Org.) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. 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.

RAMMINGER, T. Modos de trabalhar em saúde mental: pensando os desafios das reformas sanitária e psiquiátrica para o cuidado de pessoas que usam drogas In: RAMMINGER, T.; SILVA, M. (Orgs.). **Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. p.27-50.

REIS, R.; GARCIA, M. L. T. A trajetória de um serviço público em álcool e outras drogas no município de Vitória: o caso do CPTT. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 6, p. 1965-1974, 2008.

RIBEIRO, J. M. et al. Acesso aos serviços de atenção em álcool, crack e outras drogas: o caso do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cienc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 71-81, jan. 2016.

SANTOS, V. E. dos; SOARES, C. B.; CAMPOS, C. M S. Redução de danos: análise das concepções que orientam as práticas no Brasil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 995-1015, 2010.

SILVA, M. Fragmentos da história das drogas e de etnografias com os seus usuários. In: RAMMINGER, T.; SILVA, M. (Orgs.). **Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. p.69-82.

SILVA E SILVA, D. L.; KNOBLOCH, F. A equipe enquanto lugar de formação: a educação permanente em um Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas. **Interface (Botucatu)**, v. 20, n. 57, p. 325-335, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000200325>. Acesso em: 20 set. 2016.

SOLLA, J. J. S. P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 5, n.4, p. 493-503, out./dez. 2005.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, n. 16, p. 20-45, jul./dez. 2006.

SOUZA, J. et al. Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e Redução de Danos: novas propostas, novos desafios. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro. v.15, n. 2, p. 210-7, abr./jun. 2007.

SOUZA, J. et al. Intervenções de saúde mental para dependentes de álcool e outras drogas: das políticas à prática cotidiana. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 729-738, out./dez. 2012.

SOUZA, T. P. **Redução de danos no Brasil**: a clínica e a política em movimento. 2007. 116 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia)–Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2007. Disponível em:<<http://www.slab.uff.br/images/Aquivos/dissertacoes/2007/Tadeu.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2013.

TESSER, Charles D. (Org.). **Medicalização social e atenção à saúde no SUS**. Rio de Janeiro: Hucitec, 2010.

VARGAS, D. et al. Representação social de enfermeiros de Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPS AD) sobre o dependente químico. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 242-248, abr./jun. 2013.

VARJÃO, L. M. **Consequência da Reforma Psiquiátrica sob a ótica do usuário**. 2007. 73 f. Dissertação (Mestrado Profissional Multidisciplinar em Desenvolvimento Humano e Responsabilidade Social)–Centro de Pós-Graduação e Pesquisa Visconde de Cairu, Faculdade Visconde de Cairu, Salvador, 2007. Disponível em: <http://www.cairu.br/revistadr/arquivos/dissertacoes/lays_miranda__varjao-consequencias_da_reforma_psiquiatrica_sob_a_otica_do_usu%Elrio.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2014.

VIANA, M. C.; ANDRADE, L. H. Lifetime prevalence, age and gender distribution and age-of-onset of psychiatric disorders in the São Paulo Metropolitan Area, Brazil: results from the São Paulo Megacity Mental Health Survey. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 34, n. 3, Oct. 2012.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

Data: _____

Número da entrevista: _____

Parte I – Caracterização dos profissionais de saúde

Sexo: () F () M

Idade:

Profissão:

Cargo/Função no serviço: _____

Graduação: _____

Pós-graduação: _____

Capacitação/Aperfeiçoamento:

Tempo de atuação no CAPS AD: _____

Experiência anterior com a atenção a usuários de álcool e outras drogas.

Qual a sua motivação para o trabalho na atenção a usuários de álcool e outras drogas?

Descreva as atividades que exerce neste serviço:

Participou de algum curso na área de álcool e outras drogas? () Sim () Não.

Caso afirmativo, qual?

Parte II – Questões sobre práticas de redução de danos

Você poderia falar sobre a sua formação profissional.

Você poderia falar sobre seu trabalho nesta instituição.

Perfil dos usuários

Quais as condições para admissão no serviço? E para a permanência no serviço?

A partir da sua experiência, como você entende o uso de drogas?

A partir da sua experiência, como você entende a dependência química?

Atenção integral aos usuários

Que ações são desenvolvidas por este serviço para o tratamento da dependência química?
Como você avalia a adesão dos usuários ao programa terapêutico proposto por esta instituição?

Que desafios são vivenciados pela instituição no desenvolvimento de suas atividades cotidianas?

Práticas de Redução de danos

Você poderia comentar a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas?

O que você entende por Redução de danos?

Que ações de Redução de danos são realizadas neste serviço?

Como você atua na Redução de danos em seu cotidiano de trabalho?

Como você avalia as práticas de Redução de danos desenvolvidas pela equipe do CAPS AD?

Como você avalia as práticas de Redução de danos desenvolvidas por você?

Quais as facilidades para o desenvolvimento das práticas de Redução de danos neste serviço?

Quais as dificuldades para o desenvolvimento das práticas de Redução de danos neste serviço?

O que você acha que deveria/poderia ser feito para melhorar as práticas de Redução de danos neste CAPS AD?

Você gostaria de falar sobre algo que não conversamos que considera importante.

APÊNDICE B – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

Data: _____ Horário de início: _____ Horário do término: _____

Observar e anotar como acontecem as seguintes situações:

1. Práticas de redução de danos realizadas pelos profissionais de saúde

Ações desenvolvidas;

Tipos: consultas, procedimentos, oficinas, visitas domiciliares, assembleias, palestras, atividades em grupo, mobilizações, etc.;

Profissionais que realizam;

Que temas abordam;

Como são realizadas;

Com quem são realizadas;

Participação do usuário e familiar nas práticas;

2. Relação interpessoal (profissional/usuário)

Receptivo/acolhedor, aberto ou fechado/rejeição em relação ao paciente e familiar;

Como se estabelece o diálogo: valoriza ou desvaloriza a fala do usuário, impõe ou negocia/cede;

Postura: empático, vínculo, distanciamento;

Linguagem utilizada, clareza, uso de termos técnicos;

Domínio da abordagem da redução de danos;

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(A) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “**Redução de danos em um CAPS AD: discursos de trabalhadores de saúde**” que tem o objetivo de analisar como os discursos de trabalhadores de um CAPS AD relativos à Redução de danos se articulam com as políticas de saúde para usuários de drogas. A pesquisa está vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana e teve seu projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da mesma instituição pelo parecer nº. 1.298.631. A realização desta pesquisa justifica-se pela crescente demanda por atenção à saúde de pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas no cenário nacional. Considerando que o Ministério da Saúde preconiza o método clínico-político da Redução de danos como orientador das práticas dos CAPS AD, se faz necessária a produção de conhecimento científico a respeito da forma como este método tem sido apropriado e implementado pelos trabalhadores. Espera-se que a pesquisa possa repercutir na qualificação das práticas de Redução de danos dos CAPS AD. Há algumas perguntas que gostaríamos que o(a) senhor(a) respondesse expressando seu ponto de vista. Será realizada uma entrevista em dia, hora e local combinados com o senhor(a), prezando pela sua privacidade e comodidade. Para o registro das suas respostas, solicitamos permissão para gravá-las em áudio e as gravações ficarão sob a guarda da pesquisadora responsável na sala do NUPEC na UEFS e após cinco anos serão destruídas. Após a transcrição da entrevista o(a) senhor(a) terá acesso irrestrito às suas respostas e poderá retirar ou acrescentar informações. Os resultados da pesquisa serão divulgados à sociedade sob o formato de trabalhos científicos (artigos, apresentações em congressos), também será combinado um encontro com os profissionais do CAPS AD para que os resultados da pesquisa sejam apresentados e discutidos com os participantes. Sua participação na pesquisa é voluntária e não remunerada. O(a) senhor(a) é livre para aceitar ou recusar participar da pesquisa, e embora esta pesquisa esteja sendo realizada no serviço onde o(a) senhor(a) trabalha, ela não faz parte das atividades desenvolvidas por este serviço e não há qualquer exigência da coordenação quanto a sua participação na pesquisa. Ao participar da pesquisa, as informações oferecidas pelo(a) o(a) senhor(a) serão mantidas em sigilo e o nome dos entrevistados será omitido na divulgação dos resultados, utilizando-se nomes inventados. Algumas perguntas que faremos podem causar algum tipo de desconforto e o(a) senhor(a) tem a liberdade de interromper a entrevista se sentir necessidade ou mesmo deixar de falar sobre assunto. A presença da pesquisadora no seu ambiente de trabalho terá o objetivo de observar a rotina do serviço, o que pode causar algum incômodo ou receio. Caso o senhor(a) se sinta prejudicado ou algum dano seja causado por sua participação na pesquisa, poderá solicitar indenização conforme Res. 466/2012. Além disso, caso haja eventuais despesas relacionadas a sua participação, o senhor(a) será ressarcido(a). A responsável pela pesquisa é Thaís Diniz Santos Moreira, que tem a orientação da pesquisadora Prof.^a Dr.^a Maria Geralda Gomes Aguiar. Se o(a) senhor(a) tiver alguma dúvida ou mesmo após aceitar participar da pesquisa queira desistir, poderá encontrar as pesquisadoras no Núcleo Integrado de Estudos e Pesquisas sobre Cuidar/Cuidado no Módulo VI da Universidade Estadual de Feira de Santana, km 13, BR 116, Campus Universitário em Feira de Santana, ou através do telefone: (75) 3161-8365. No caso de dúvidas de cunho ético, o(a) senhor(a) poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UEFS através do email: cep@uefs.br ou telefone (75) 3161-8067. Caso o(a) senhor(a) não tenha dúvidas, gostaríamos de saber se aceita o nosso convite para participar voluntariamente desta pesquisa.

Feira de Santana, _____ de _____ de _____.

Thaís Diniz Santos Moreira (Pesquisadora responsável)

Participante da pesquisa