



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**CAMPUS SOBRAL**  
**CURSO DE PSICOLOGIA**

**BÁRBARA LOBO PAZ**

**COMPREENSÕES E PRÁTICAS DOS PSICÓLOGOS QUANTO À ESTRATÉGIA  
DE REDUÇÃO DE DANOS AO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NOS  
SERVIÇOS DE SAÚDE.**

**SOBRAL**

**2018**

**BÁRBARA LOBO PAZ**

**COMPREENSÕES E PRÁTICAS DOS PSICÓLOGOS QUANTO À  
ESTRATÉGIA DE REDUÇÃO DE DANOS AO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS  
DROGAS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE.**

Monografia apresentada ao curso de Bacharelado em Psicologia da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Henrique Dias Quinderé.

**SOBRAL**

**2018**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

P368c Paz, Bárbara Lobo.

COMPREENSÕES E PRÁTICAS DOS PSICÓLOGOS QUANTO À ESTRATÉGIA DE  
REDUÇÃO DE DANOS AO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NOS SERVIÇOS DE  
SAÚDE / Bárbara Lobo Paz. – 2018.

68 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Campus  
de Sobral, Curso de Psicologia, Sobral, 2018.

Orientação: Prof. Dr. Paulo Henrique Dias Quinderé.

1. Redução de Danos. 2. Psicologia. 3. Saúde. I. Título.

CDD 150

---

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a todos aqueles que fizeram parte do meu processo de formação em psicologia, ao corpo docente e a coordenação do curso, aos colegas que traçaram o mesmo percurso de maneira singular. Agradeço ao meu orientador que tanto me auxiliou neste caminho, sempre com ricas contribuições e valiosos direcionamentos.

Agradeço, em especial, a minha família que tanto me apoia em todos os momentos, e que tornou possível que esse fruto se concretizasse. Devo muito do que sou a essas pessoas que me acompanham e caminham comigo na vida.

## RESUMO

Este estudo analisa e investiga as compreensões e práticas dos psicólogos que atuam nos serviços de saúde do município de Sobral-CE relativas à estratégia de Redução de Danos ao uso de álcool e outras drogas. Para realizar a pesquisa o projeto passou pelo comitê de ética, constando com o número do parecer 2.456.366, através da Plataforma Brasil. Com base na metodologia qualitativa em pesquisa foram realizadas entrevistas semiestruturadas com psicólogos que trabalham nos serviços de Saúde Mental e Atenção Básica. O processo de análise de dados foi realizado de acordo com o método de análise de discurso, desvelando-se categorias analíticas que foram abordadas no decorrer da pesquisa. Este trabalho discute a conceituação e a perspectiva histórica e atual da Redução de Danos e as considerações oriundas da pesquisa. Foram apontadas pela análise algumas problemática na implementação da estratégia de Redução de Danos nos serviços estudados. Foi possível concluir que para os psicólogos a Redução de Danos é a estratégia possível para lidar com o uso abusivo de drogas, porém a compreensão de tal política ainda é superficial, o que prejudica a construção de práticas deste cunho nos serviços de Saúde Mental e, principalmente, na Atenção Básica. Portanto, conclui-se que o investimento na formação destes profissionais é imprescindível.

**Palavras-chave:** Redução de Danos. Psicologia. Saúde Coletiva. Atenção Psicossocial.

## **ABSTRACT**

This study analyzes and investigates the understandings and practices of psychologists working in the health services of the municipality of Sobral-CE regarding the strategy of Harm Reduction to the use of alcohol and other drugs. In order to carry out the research, the project was submitted to the ethics committee, consisting of the opinion number 2.456.366, through the Brazil Platform. Based on the qualitative research methodology, semi-structured interviews were conducted with psychologists working in the Mental Health and Basic Care services. The process of data analysis was performed according to the discourse analysis method, revealing analytical categories that were approached during the course of the research. This paper discusses the conceptualization and the historical and current perspective of Harm Reduction and the considerations derived from the research. Some problems in the implementation of the Harm Reduction strategy in the services studied were pointed out by the analysis. It was possible to conclude that for psychologists harm reduction is the possible strategy to deal with drug abuse, but the understanding of such a policy is still superficial, which hinders the construction of practices of this kind in the Mental Health services and, mainly, in Primary Care. Therefore, it is concluded that investment in the training of these professionals is essential.

**Keywords:** Harm Reduction. Psychology. Collective Health. Psychosocial Attention.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS-AD	Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas
CID	Classificação Internacional de Doenças
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
RD	Redução de Danos

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>9</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>13</b>
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	<b>14</b>
<b>3.1 Tipo de estudo</b> .....	<b>14</b>
<b>3.2 Campo de estudo</b> .....	<b>14</b>
<b>3.3 Participantes do estudo</b> .....	<b>16</b>
<b>3.4 Critérios de inclusão e exclusão dos informantes da pesquisa</b> .....	<b>17</b>
<b>3.5 Instrumento de coleta</b> .....	<b>17</b>
<b>3.6 Análise dos Dados</b> .....	<b>18</b>
<b>3.7 Aspectos éticos e legais do estudo</b> .....	<b>21</b>
<b>4 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>23</b>
<b>4.1 Uso de drogas em seus aspectos socioculturais</b> .....	<b>23</b>
<b>4.2 Assistência aos Usuários de Álcool e outras Drogas</b> .....	<b>26</b>
<b>4.3 Paradigma de Redução de Danos</b> .....	<b>28</b>
<b>4.4 Psicologia: Contribuições práticas e teóricas</b> .....	<b>34</b>
<b>4.4.1 Abordagens psicológicas e o uso de drogas</b> .....	<b>36</b>
<b>4.5 Articulações entre Psicologia e Redução de Danos</b> .....	<b>37</b>
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	<b>39</b>
<b>5.1 (In)Compreensões sobre Redução de Danos</b> .....	<b>39</b>
<b>5.1.1 Abstinência ou Redução de Danos? Eis a questão!</b> .....	<b>42</b>
<b>5.2 A construção do fazer do psicólogo em Redução de Danos: Da Psicoterapia ao advento de outras práticas</b> .....	<b>47</b>
<b>5.2.2 O cuidado em grupo numa perspectiva de Redução de Danos</b> .....	<b>50</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>55</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>57</b>
<b>APÊNDICE A - ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM OS PSICÓLOGOS</b> .....	<b>65</b>
<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSCIENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	<b>66</b>
<b>ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b> .....	<b>68</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Nesse percurso de graduação em Psicologia, nos deparamos constantemente com situações que nos mobilizam, que apelam de nós uma atenção mais direcionada, nos interpelando enquanto indivíduos e produtores da sociedade em que vivemos. Nesse sentido fui tocada a me direcionar e pesquisar, durante essa trilha que constitui a graduação, as compreensões e práticas do psicólogo quanto a estratégia de Redução de Danos ao uso de Álcool e outras Drogas.

A princípio o interesse com o tema surgiu de uma visita ao CAPS-AD (Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas), na qual o modo de cuidar e compreender o fenômeno do uso de drogas se dava em contrapartida ao modelo proibicionista, internalizado em nossa cultura atual, onde o fenômeno do uso de drogas é visto apenas no sentido patologizante e com foco na substância como um mal e a abstinência como um fim. Isso me causou uma inquietação, principalmente quando o psicólogo do serviço respondeu do lugar e compreensão que essa outra visão possibilitava. O equipamento se baseava no paradigma da Redução de Danos. Percebo que esse tema se revitaliza constantemente, no cotidiano dos indivíduos, nos meios midiáticos e na visão do Estado desse fenômeno.

A Redução de Danos se constitui como uma estratégia de saúde pública, que tem como objetivo reduzir os agravos relacionados ao abuso de drogas, propiciando meios e práticas para um uso mais seguro e menos danoso para o sujeito. (RIBEIRO, 2012) Compreende o fenômeno do uso de drogas como uma relação composta entre indivíduo, meio social e a droga. Surge como estratégia de saúde pública em Santos-SP na década de 80.

Passos e Sousa (2011) trazem um panorama histórico e o contexto em que a Redução de Danos surgiu, possibilitando reflexões da relação do homem com as drogas e como esta relação com o tempo passou a ser um problema, principalmente com os embates entre a Redução de Danos e o paradigma Proibicionista.

Souza (2007) apresenta uma discussão da Redução de Danos mais centrada em sua definição, historicidade, como esta se constitui como um método clínico que norteiam práticas de cuidado e atenção ao sujeito e um paradigma ao uso de drogas na contemporaneidade e seus desdobramentos práticos e políticos.

Os dispositivos públicos de atenção e cuidados aos usuários de drogas vem utilizando como referencial o paradigma de Redução de Danos, porém ainda muito se discute sobre seu potencial e suas limitações. E assim, se constitui um desafio aos profissionais atuarem nessa perspectiva.

O psicólogo ao adentrar na rede de dispositivos de saúde necessita compreender que princípios estão em jogo, que visão esse paradigma proporciona, que práticas estão atreladas a esse cuidado e atenção. Sendo possível assim, desenvolver e construir uma atuação condizente com essa perspectiva. A literatura científica acadêmica proporcionou compreender que a Redução de Danos assume uma forma diferente de tratar e entender a atenção aos usuários de álcool e outras drogas, desloca-se da lógica biomédica de tratar na perspectiva de centrar-se na doença com um modo já pronto de cuidados e passa a se utilizar de fatores estruturantes do indivíduo como a atenção psíquica e social, fundamentando segundo CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (p.44, 2013) “sua atuação na noção de atenção psicossocial, que coloca no centro do trabalho as noções de território e comunidade, para o qual serão dirigidas as pessoas e suas demandas por saúde e inclusão social”.

Sobre os modos que a psicologia encara o uso de drogas percebe-se, diante dos materiais científicos analisados, uma tendência para a não culpabilização e criminalização do sujeito, desenvolvendo uma perspectiva do sujeito como foco de cuidado e atenção. Questões como a subjetividade, os direitos humanos, a participação do usuário, a droga estando nos campos da saúde e cultura, como também sua concepção simbólica, também são colocados como pontos importantes (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013).

É perceptível, para as teorias psicológicas, que o uso de drogas é complexo, e se dá porque existe um sentido para o sujeito, estando interligado a subjetividade. Existe a tendência de entender o consumo de drogas como uma consequência das relações, disposições e organização da sociedade, sendo o fenômeno das drogas consequência de um mal-estar da civilização. A perspectiva de compreender o uso de droga está relacionada com a formação dos psicólogos, como também as abordagens psicológicas que dotam de um saber específico para visualizar e intervir nesse fenômeno. Apresenta-se uma diferença entre uso e abuso que será abordada mais a diante. O abuso de droga é visto como um problema que

será abordado por determinados termos como Dependência Química e Toxicomania (RIBEIRO, 2009).

A dependência química surge da tentativa do modelo biomédico de tratar e entender o uso de drogas, definida segundo o CID (Classificação Internacional de Doenças) 10 como um uso compulsivo de drogas lícitas ou ilícitas. Segundo Cutolo (2006) o modelo biomédico é constituído através de uma visão fragmentada do todo que constrói a doença, o enfoque refere-se a aspectos biologizantes, o que acarreta uma unicausalidade na abordagem do processo saúde-doença. A atenção e cuidados não são para o sujeito e sim para a doença.

É dessa forma, então, que o uso e/ou abuso de drogas é visto como uma patologia biologizante, que se compõem por sintomas e sinais, caracterizando-se como um transtorno mental, organizado por uma perspectiva punitiva, marginalizadora e estigmatizante do usuário como um doente cercado de representações sociais (QUINDERÉ, 2013). Para a psicologia esse termo é excludente e não abarca a relação sujeito e droga e todos os fatores envolvidos nesta, porém ainda assim é muito utilizado.

A toxicomania está interligada e atravessada por fatores sociais, pelos discursos dominantes na sociedade, pautados no consumismo e individualismo. Nesta proposição existe uma relação fusional entre sujeito e droga, e o cerne da compreensão e intervenção encontra-se a função que a droga exerce no individuo (MORALES, 2002).

O sujeito “toxicômano”, seguindo a designação utilizada nessa teoria, envolve-se com a droga por um conflito pessoal, num contexto social que facilita o encontro com a substancia. Isso é representado pela equação de Claude Olievenstein (1990): o encontro de um produto, de uma personalidade e de um momento sócio-cultural. (MORALES, 2002, p. 29).

Essas concepções do uso de drogas sofrem variações de acordo com o contexto e os princípios que pautam a instituição em que os psicólogos atuam. “No âmbito das instituições públicas os psicólogos, devem se guiar pelas diretrizes do SUS. No âmbito das instituições privadas e filantrópicas, as diretrizes com frequência assumem outras feições”. (PIRES, 2013, p. 56)

Foi possível perceber, diante da literatura, impasses e contradições de como a psicologia entende o fenômeno do uso de drogas e as pessoas envolvidas nesse processo. “O psicólogo, imerso em uma cultura, constituindo-se através dos

discursos dominantes, tem sua fala atravessada por tais imagens.” (MORALES, 2002, p. 27).

Muitos autores discorrem sobre uso da droga pela humanidade e como esse uso assume diferentes formatos devido à época e a cultura na qual está situado. Realizam também debates sobre os modelos de atenção ao uso de drogas, abordando seus principais aspectos, suas impossibilidades e os embates a sua implantação, como no caso da Redução de Danos. Tem-se mostrado que essas questões transpassam o âmbito da saúde, e contém discussões sociais e políticas. A partir dos estudos de algumas obras foi possível estabelecer as interlocuções entre a psicologia e o paradigma RD (Redução de Danos). (ALVES, 2009; LABATE. *et. al*, 2008; LARENTIS; MAGGI, 2012; SCHNEIDER, 2014; SOUZA, 2007).

Que modos de atuação que a psicologia dispõe que podem ir ao encontro, ou não, dos objetivos da Redução de Danos? Como os psicólogos a partir de sua inserção nos equipamentos de saúde e de seus pressupostos e bases teóricas estão compreendendo o paradigma RD? Essas questões tencionam o estudo e problematizam a articulação entre a RD e a atuação dos psicólogos.

O propósito do presente estudo é investigar e compreender quais as práticas do psicólogo nas redes de atenção ao uso de drogas, em relação ao paradigma da Redução de Danos, quais seriam suas perspectivas, seus desafios, suas significações dessa realidade, como ele compreende a Redução de Danos dentro de sua prática, quais as dificuldades que esse paradigma impõe, e como essa prática em si se constitui.

## **2 OBJETIVOS**

### **Objetivo Geral**

Discutir as compreensões e as práticas dos psicólogos quanto às estratégias de redução de danos nos serviços públicos de saúde.

### **Objetivos Específicos**

- Compreender como os psicólogos entendem as estratégias de redução de danos.
- Caracterizar as práticas dos psicólogos em relação à redução de danos nos serviços de saúde.
- Compreender as articulações entre o trabalho dos psicólogos nos serviços de saúde e as estratégias de redução de danos.

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 Tipo de estudo**

Este estudo se encaixa no método qualitativo de pesquisa, que visa o conhecimento como uma produção construtiva-interpretativa, na qual as narrativas trazidas pelos participantes precisam de um sentido interpretativo feito pelo pesquisador, onde a interpretação é vista como uma construção que se dá por ideias que se combinam e interligam no raciocínio do pesquisador. (GONZÁLEZ, 2002) A escolha do método, parte então, da proposta e objetivo do presente estudo, investigar as práticas do psicólogo requer uma dimensão do todo do processo.

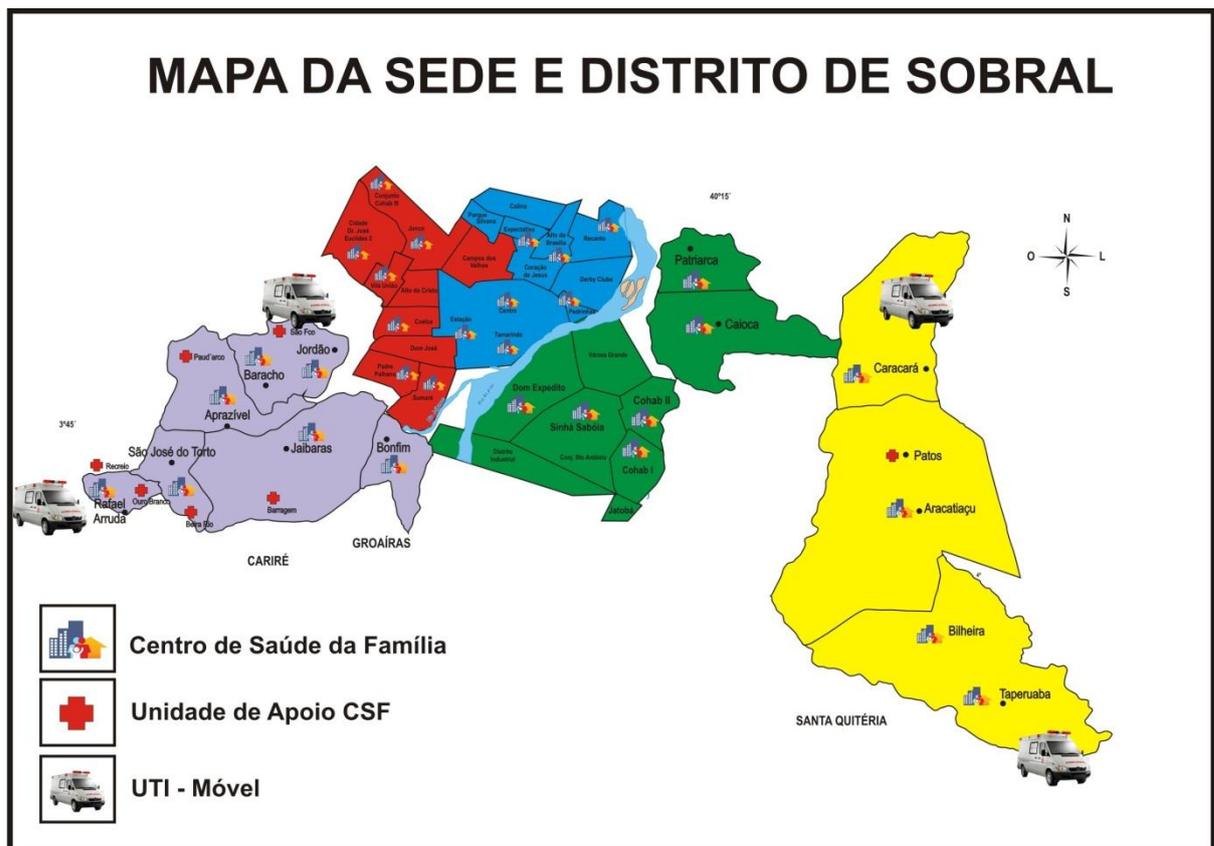
#### **3.2 Campo de estudo**

Sobral é uma cidade do interior do Ceará, que é um polo de referência para o Estado, conta com uma população de cerca de 203.682 mil habitantes (IBGE, 2016). A partir da reforma sanitária e das mudanças administrativas e de gestão, desde 1997, a cidade de Sobral implantou mudanças e uma reformulação no seu modelo de saúde e cuidado, saindo do modelo tradicional biomédico e hospitalocêntrico para adotar princípios de saúde relacionados ao SUS, a Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial e ao paradigma da promoção da saúde, incentivando práticas sociais no cuidado da saúde, constituindo assim uma rede bem estrutura (CONTE, *et al.*, 2004).

A rede de saúde no município de Sobral é organizada através da estratégia de saúde da família, no qual o objetivo é aliar a prática uma ação coletiva e interdisciplinar dos profissionais da saúde, construindo uma unidade promotora de saúde. Promovendo uma reorganização do modelo de assistência à saúde da atenção básica que esteja e consonância com os princípios e diretrizes do SUS (Sistema Único de Saúde). A cidade de Sobral é conhecida como uma das pioneiras a implementar o modelo e dispositivos substitutivos da rede de saúde mental. Anteriormente, a rede de saúde mental seguia modelo psiquiátrico institucional, aos moldes de aprisionamento do indivíduo que era cronificado pelo o transtorno que possuía. Atualmente, a rede se estrutura em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) pautados nos princípios da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial (AMARANTE, 1994; SILVA; OLIVEIRA; JUNIOR, 2000).

Com isso, o campo e o cenário da pesquisa foram os serviços de saúde pública do município de Sobral, que compõem a atenção básica e a saúde mental. Os dispositivos foram os Centros de Atenção Psicossocial, CAPS e CAPS AD, e os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF). Foram delimitados na pesquisa os NASF que possuem psicólogo na equipe multiprofissional, portanto, serão o NASF 3, que cobre os territórios dos Centros de Saúde da Família (CSF) Estação (Sede), Tamarindo/Centro (Sede), Jaibaras (Distrito) e CAIC/Novo Recanto (Sede), o NASF 4, que cobre os territórios dos Centros de Saúde da Família Patriarca (Distrito), Terrenos Novos (Sede), Alto da Brasília (Sede) e Caioca (Distrito)/Salgado, e o NASF 5 que abrange os territórios dos Centros de Saúde da Família Aprazível (Distrito), Padre Palhano (Sede), Sumaré (Sede), Jordão (Distrito), Baracho (Distrito) e Alto da Expectativa (Sede), do Município de Sobral.

Figura 1: Distribuição Sanitária do Município Sobral-CE, 2017.



Fonte: Secretaria de Saúde Sobral-CE.

### 3.3 Participantes do estudo

Os informantes do estudo foram os psicólogos que atuam nos serviços de saúde no município de Sobral. Atualmente, o município possui psicólogos atuando nos vários níveis assistências de saúde. Segundo informações coletadas através de idas a campo e por meio de informações disponibilizadas virtualmente, o município conta com psicólogos nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família NASF, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS Geral e CAPS Álcool e Drogas), além de residentes de saúde mental e de saúde da família. Para a conformação das informantes chaves da pesquisa estabelecemos a seguinte distribuição:

**Quadro 1: Distribuição dos psicólogos que atuam na rede de saúde e informantes chaves da pesquisa, Sobral-CE, 2018.**

Serviços/dispositivos	Nº de Psicólogos	Informantes chaves
NASF 3 – CSF Estação, CSF Tamarindo, CSF Centro, CSF Jaibaras, CSF CAIC/Novo Recanto.	1	2
NASF 4 – CSF Patriarca, CSF Terrenos Novos, CSF Alto da Brasília e CSF Caioca/Salgado	1	
NASF 5 - CSF Aprazível, CSF Padre Palhano, CSF Sumaré, CSF Jordão, CSF Baracho e CSF Alto da Expectativa	1	
Psicólogos do CAPS Geral	2	1
Psicólogos do CAPS AD	2	2
Psicólogos Residentes da especialização Multiprofissional em saúde mental (Lotados nos: CAPS, CAPS-AD)	2	

Psicólogos Residentes da especialização em saúde da família (Lotados nos CSF: Sinha saboia, Cohab II, Pedrinhas, Vila União, Expectativa, Caic, Novo Recanto, Alto Brasília,	6	
--	---	--

Contudo, foram entrevistados seis psicólogos que trabalham nos campos citados acima e que aparecerão no texto nas com as respectivas nomenclaturas, 1 psicólogo do CAPS, 2 psicólogos do CAPS-AD (psicólogo 1 Saúde Mental, psicólogo 2 Saúde Mental, psicólogo 3 Saúde Mental); e 2 psicólogos do NASF (psicólogo NASF 1, psicólogo NASF 2).

### 3.4 Critérios de inclusão e exclusão dos informantes da pesquisa

Inclusão	Exclusão
Profissionais que estão há mais tempo no serviço;	Profissionais que não trabalhem diretamente ou indiretamente a Redução de Danos ao uso de álcool e outras Drogas.
Profissionais que trabalhem diretamente com a Redução de Danos ao uso de álcool e outras Drogas.	

### 3.5 Instrumento de coleta

O instrumento utilizado na coleta de informações foi a entrevista narrativa semiestruturada. Este conceito visualiza as narrativas como histórias que dizem de uma realidade da pessoa, que recria e revitaliza acontecimentos e experiências a partir da sua ótica. As entrevistas narrativas como instrumento servem para se entender, compreender e nos direcionar para o que está acontecendo no contexto estudado, estabelecendo as ideias centrais das informações, apoiando-se em vivências, em uma leitura feita pela pessoa de sua realidade que sempre se guiará por pressupostos (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2002). Boa parte das entrevistas

foram gravadas quando houve o consentimento dos entrevistados e outra não pode ser gravada, pois o entrevistado não consentiu.

### **3.6 Análise dos Dados**

A metodologia de análise de dados utilizada foi a análise de discurso, que se caracteriza como um método que consiste em buscar os sentidos que a pessoa deu a sua fala e analisá-la em seu contexto. Entretanto, essa busca pela compreensão do dito da pessoa não se dá pelo caminho do ordenamento lógico linguístico pautado pela razão, mas sim pela polissemia e ambiguidade dos sentidos que aquelas palavras carregam no discurso. Trazendo para jogo as contradições e equívocos do dizer das pessoas para que possam ser desvelados os sentidos que esta dá a determinadas produções sociais e ideológicas “é preciso ir além do texto e encontrar as condições que o produziram para se ter acesso ao sentido” (GONDIM; FISCHER, p. 12, 2009).

Esses sentidos mostram os ancoramentos da pessoa a certas concepções, ideologias, experiências, firmadas em sua história de vida enlaçada na cultura. É possível localizar sua posição social, que está enraizada em uma historicidade social, não apenas individual, que permeia as heterogeneidades que a constituem, através de seus enunciados que sinalizam as realidades vivenciadas, que no caso da presente pesquisa apontam para a realidade dos próprios serviços de saúde (FERNANDES, 2008).

O processo de análise de dados decorreu a partir da transcrição das falas gravadas de cada informante da pesquisa, todas as entrevistas foram meticulosamente lidas e as principais falas dos discursos foram grifadas. Para o processo de organização dos dados, as falas foram distribuídas de acordo com dois temas tocantes da pesquisa, práticas e compreensões.

Após uma leitura analítica dos dados em sua distribuição, surgiram algumas categorias analíticas. As categorias de análise se apresentam a partir de unidades de significação encontradas nos discursos. Tais unidades possuem um forte valor de sentido para a pesquisa e com isso formam-se as categorias.

## Quadro 2: Processo de Codificação dos Temas

Entrevista	Fragmento	Tema
<p>“...Reduzir danos, o clássico é diminuir o consumo da substância pesada de modo que não crie agravos à saúde a curto prazo ou mudar de uma substância mais pesada para uma mais leve ou o modelo mais amplo de Redução de Danos que é compreender as condições de saúde do uso da substância e criar estratégias pra isso...”</p>	<p>“...Reduzir danos, o clássico é diminuir o consumo da substância pesada...”</p>	<p>(in)Compreensão sobre RD</p>
<p>“...A gente se apega muito ao modelo de redução de danos, mas quando a gente tem a oportunidade de trocar uma ideia a gente tem chegado a uma conclusão de apesar da gente produzir o modelo de redução de danos tem alguns usuários que a gente deseja enquanto profissional o modelo de abstinência, independente do que ele queira, por que a gente tem aquele indicativo de comorbidades...”</p>	<p>“...A gente tem chegado a uma conclusão de apesar da gente produzir o modelo de redução de danos tem alguns usuários que a gente deseja enquanto profissional o modelo de abstinência, independente do que ele queira...”</p>	<p>Abstinência ou redução de danos (subtema)</p>
<p>“...Pronto, a minha prática, quando se fala em psicólogo geralmente pensa só em psicoterapia...”</p> <p>“...A gente faz psicoterapia, a gente faz atendimento individual, a gente faz acolhimento, a gente faz matriciamento em território, a</p>	<p>“...Quando se fala em psicólogo geralmente pensa só em psicoterapia...”</p>	<p>A construção do fazer do psicólogo em Redução de Danos: Psicoterapia e a emergência de outras práticas.</p>

gente faz atendimento familiar, a gente trabalha com grupos...”		
“...A gente trabalha a psicoterapia e atendimentos em grupo...”		O cuidado em grupo numa perspectiva de Redução de Danos

### Quadro 3: Análise das Unidades de Significação

Unidades de significação	Intepretação	Relação com a teoria
<p>“...A redução de danos tá aí pra atender o sujeito integralmente e proporcionar uma qualidade de vida independente da escolha que ele faça durante o tratamento dele, então isso pode até envolver abstinência, se for o desejo dele ou não, ou até mesmo outras estratégias que ele possa estar fazendo pra cuidar da saúde dele e ter uma qualidade de vida, e que ele possa estar trabalhando nem só a questão da dependência, mas outras questões da vida dele que estão conflituosas...”</p> <p>“...Acredito que as pessoas também pensem que a redução de danos é só não compartilhar seringas, mas vai muito além disso...”</p>	<p>A Redução de Danos se apresenta como uma estratégia plausível ao cuidado e atenção aos usuários de droga. Seu paradigma engloba várias dimensões que incidem no contexto do uso de drogas: sujeito, substância, sociedade. Os objetivos dessa estratégia são múltiplos, vão além da dependência e abstinência.</p>	<p>A Redução de Danos enquanto teoria, conceito e prática.</p> <p>Souza (2013). Fonsêca (2012).</p>
<p>“...Quando se fala em psicólogo geralmente pensa só em psicoterapia...”</p>	<p>A construção do fazer do psicólogo nos serviços de saúde perpassa diversas atuações que estão para além da já instituída psicoterapia, é possível notar a emergência de</p>	<p>Psicoterapia e práticas de saúde</p> <p>Brasiliano (2007); (1993). Sousa e Delevati (2013).</p>

	<p>outras práticas que complementam a atuação dos psicólogos, não se restringindo apenas a psicoterapia, embora esta se apresente enquanto prática preponderante da psicologia.</p>	
--	---	--

Tendo em vista os dois temas centrais da pesquisa, práticas e compreensões, foi apreendida através dos discursos a categoria: (In)Compreensões sobre Redução de Danos, na qual de acordo com os discursos percebeu-se as formas como os psicólogos entendem a estratégia de Redução de Danos, estes apresentaram compreensões e incompreensões teórico-práticas da Redução de Danos. A subcategoria identificada nos discursos foi relativa a abstinência, onde este conceito se apresentou em oposição a Redução de Danos, em decorrência desta análise a subcategoria foi nomeada como Abstinência ou Redução de Danos? Eis a questão!

Analisando os discursos dos psicólogos referentes as práticas sob a perspectiva de Redução de Danos notaram-se a psicoterapia enquanto prática base dos psicólogos nos serviços e, ao mesmo tempo, observou-se nos discursos que estes profissionais apontavam outras práticas que constituíam seu fazer nos serviços de saúde. Sendo assim, a categoria apreendida foi intitulada como, a construção do fazer do psicólogo em Redução de Danos: Da psicoterapia e ao advento de outras práticas.

A subcategoria destacada no discurso se refere ao trabalho dos psicólogos em grupos. Analisou-se a construção de grupos de usuários como um dispositivo de cuidado e de assistência, haja vista, a forte vertente desta prática nos serviços de saúde, compondo, assim, o fazer do psicólogo em Redução de Danos. Com isso, a subcategoria foi intitulada de: O cuidado em grupo numa perspectiva de Redução de Danos.

### **3.7 Aspectos éticos e legais do estudo**

O projeto de pesquisa foi submetido ao Conselho de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará - CEP/UFC/PROPESQ, tendo sido cadastrado na

Plataforma Brasil com o número do parecer: 2.456.366 e devidamente aprovado. Obedecendo, assim, todos os princípios éticos e legais conforme a Resolução Nº 466/12. Os participantes da pesquisa tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Ver Apêndice B).

## 4 REFERENCIAL TEÓRICO

### 4.1 Uso de drogas em seus aspectos socioculturais.

Para a OMS droga é toda substância não criada pelo organismo que tem a capacidade de agir sobre sistemas, efetuando alterações em seu funcionamento, podendo modificar o funcionamento cerebral implicando em modificações no psiquismo (NICASTRI, 2006). As substâncias psicoativas são atravessadas por sentidos e representações sociais, que constituem seu uso e significações. “‘droga’ é entendida como um objeto discursivo, mas também objeto de fato, ou seja, uma substância, um artifício, um artefato separado do homem e externo a ele” (REED, 2013, p. 166). O próprio nome ‘droga’ é forjado pela sociedade moderna. Há um discurso de saber e poder que sustenta e alimenta os discursos sobre o objeto ‘droga’ (REED, 2013).

O uso de drogas pela humanidade é um fenômeno histórico. Os homens sempre as utilizaram, através de diversos meios e por variadas motivações. O que leva a entender que as drogas sempre farão parte da história da humanidade. De acordo com isso, é importante compreender que as formas de uso e sentidos irão variar de indivíduo para indivíduo, não é possível generalizar as significações que cada um dá para a experiência dessa relação, sendo, portanto, heterogeneia (LABATE *et. al*, 2008).

Partindo de uma compreensão linguística, o significado da palavra usar, na língua brasileira, é ato de utilizar, de fazer útil e o da palavra abuso é um uso incorreto, excessivo e inadequado. Analisando esses significados é possível refletir que o uso se relaciona a um ato autoadministrado, onde a utilização da substância gera prazer ao indivíduo e não gera prejuízos físicos, psíquicos e sociais. O abuso é um ato relacionado a um uso danoso, no qual os riscos de consequências prejudiciais aumentam, é quando o uso gera um problema.

Segundo Duarte e Morihisa (2008) o termo uso é utilizado em relação a autoadministração de qualquer quantidade de substância psicoativa e o termo abuso é empregado para caracterizar um padrão de uso que expande o risco de consequências danosas para o usuário. A Classificação Internacional de Doenças, CID-10, e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DSM-IV, também discutem a conceituação do termo abuso e uso nocivo.

Em compensação, é possível abordar o uso e abuso de drogas através do conceito de perfis de uso, estabelecendo uma gradatividade danosa do consumo de drogas, que vai desde o uso de uma única experiência até o uso abusivo caracterizado como algo que acarreta problemas físicos, sociais e psíquicos para o usuário, gerando uma desorganização da sua vida (JACOBINA; NERY FILHO).

Ademais, as culturas através dos tempos estabeleceram variados sentidos e meios para essa utilização, “o uso de qualquer substância é condicionado e estruturado por forças culturais e históricas mais amplas” (LABATE *et. al*, 2008, p. 16). O que irá reger a relação do homem com a droga são os significados o que indivíduo irá atribuir a essa substância e os sentidos que esse uso carrega, não apenas no campo da individualidade e idiossincrásica, como também no meio social e principalmente nas representações sociais atribuídas a esse consumo.

A experiência do consumo de drogas não depende somente do efeito físico-químico que a droga acarreta, a pessoa ingere também significações e representações atreladas a droga e estas possuem efeitos tão intensos quanto os orgânicos, são aspectos ligados a pessoa, a sociedade, a seu meio cultural que estão associados a experiência de uso da droga.

Analisando historicamente, é perceptível que a relação homem-droga se constituiu por valores culturais e ritualísticos, variando, portanto, de cultura para cultura. As sociedades humanas a partir de seus complexos sistemas de sentidos e valores culturais construíram e constroem uma rede de significados em torno da experiência do uso de drogas (GONZÁLEZ, 2002).

“No século XX, as drogas tornaram-se uma preocupação social que é apresentada por alguns setores como um perigo ou ameaça em potencial para toda a sociedade” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013, p.26). Pode-se perceber que atualmente se construíram novas percepções sobre as drogas, isso com base em diversos fatores sociais, políticos e econômicos que corroboraram para a emergência desses significados.

É possível apontar que as substâncias psicoativas foram tomadas por dispositivos como a indústria farmacêutica e o saber médico, sofisticando o desenvolvimento de tais substâncias, os fármacos, atribuindo-lhes caráter lícito e valor de poder. Seguindo as diretrizes do mercado e interesses capitalistas de lucrar

com a comercialização de 'drogas seguras', deixando a margem o desenvolvimento e comércio de drogas ilícitas (LABATE *et. al*, 2008).

Estas últimas receberam para si representações contidas e semeadas na sociedade, representando um ente maligno, que recebe a conotação de um demônio que deve ser expurgado. Atribuem-se a substância terríveis efeitos e poderes. "O consumo de drogas reproduz o mito de Adão e Eva, onde agora a maçã que os faz expulsos do paraíso é a droga ilícita." (ALMEIDA *et. al*, p. 90, 2004). Produzindo assim, o estereótipo do drogado, escravo da droga e refém de seus desejos, sucumbindo as mazelas que a droga lhe traz.

Criam-se assim processos de exclusão desses indivíduos, tornando-os invisíveis. A política e os meios midiáticos tem uma função na geração e disseminação das normas excludentes. Na cidade criam-se guetos e locais para o consumo de drogas, lugares que determinados grupos podem frequentar e outros não, onde se presencia também a aceção social (ALMEIDA *et. al*, 2004).

Velho (1997) traz a luz conceito de categoria de acusação aos usuários de drogas, popularmente chamados de drogados. Esta noção de sistemas de acusação tem um forte poder de contaminação social e exerce uma função de controle e disciplinamento. Utiliza-se de uma acusação de desvio em sua dimensão moral deflagrando um problema na estruturação dos padrões de vida da sociedade. O drogado possui uma acusação moral e também médica, na dimensão patológica. Constrói-se com isso um discurso médico de anormalidade do uso de drogas, que, por conseguinte desencadeia um vício e dependência.

Aponta-se uma ambiguidade na categoria drogado que, ao mesmo tempo, é identificado como uma pessoa fraca, manipulável, submissa as drogas e, também, é vista também como alguém subversivo, um perigo para a sociedade, fonte de males. Portanto, há uma contestação moral aos usuários de drogas, criando um rótulo explicativo do individuo (VELHO, 1997).

Ao drogado são relacionadas várias características, ele é tido como alguém que foge das obrigações e deveres ou as cumpre incorretamente, um ser improdutivo em uma sociedade capitalista que presa o consumo e a produtividade. Essas pessoas são, conseqüentemente, invisibilizadas ou vista como um empecilho ao desenvolvimento econômico e social. Com isso, geram-se mecanismos discriminatórios, pois a sociedade ao elencar determinados padrões como norma a

ser seguida produz uma diferenciação e não consegue lidar com ela, a não ser pela via discriminatória (VELHO, 1997).

Segundo Gomes e Mendonça (2002) as representações sociais da doença reduzem a realidade a sua representação, contida no imaginário social. A pessoa, assim, passa a incorporar a representação que lhe atribuem (o doente), pautando a partir disso sua realidade. A doença é vista como uma entidade, gerando significados e sentidos compartilhados e determinados a partir das experiências. Estas representações sociais são absorvidas também quando as pessoas utilizam a droga, esta vem carregada de significados sociais, como também adquire o sentido que o próprio sujeito produz com seu uso.

Prosseguindo, o fenômeno das drogas pode ser visto, no mundo contemporâneo, como um modo social de vinculações, de compartilhamento de experiência em que os indivíduos podem se comunicar e produzirem identidades e subjetividade, fazendo com que transitem entre a ordem legal e moral, da proibição e punição a liberdade e prazer.

Ocorre uma operação discursiva que desconecta o consumo de “drogas” do prazer, pelo menos daquele sentido mais comum que se atribui a esse termo. Dessa maneira, tal relação não é negada; pelo contrário, ela é reafirmada, mas a partir de um outro sentido, conferindo ao uso de “drogas” uma especificidade. Consumir “drogas” pode proporcionar um tipo de prazer, mas ele é portador de negatividades intrínsecas. (LABATE *et. al*, 2008, p.145).

Através disso, surgiram os modelos de atenção e cuidados aos usuários de drogas, pautando-se nesses sentidos contidos na sociedade. O viés proibicionista, que concentra toda a caracterização dos usuários como citado anteriormente, na tentativa de abolir e abster o consumo de drogas ilícitas, servindo a interesses políticos e de poder. Em contrapartida um novo olhar é dado a esse fenômeno, constatando que o uso de drogas é inerente a humanidade, e deve-se concentrar nas relações estabelecidas com esse uso, para que as consequências sejam menos danosas para as pessoas que usam e para os implicados a elas.

## **4.2 Assistência aos Usuários de Álcool e outras Drogas**

Nasceu nos Estados Unidos da América um movimento que se consolidou no século XX, o combate às drogas, que foi disseminado pelo mundo

como uma ideologia punitiva e coercitiva, utilizando de leis antidrogas aos que fabricavam, comercializavam e usavam essas substâncias. Nesse sentido, procurava-se reduzir a zero a oferta das drogas, e como consequência, reduzir a procura. A partir disso, o tráfico e comércio clandestino de drogas cresceu exponencialmente, movimentando um grande capital e com isso, em combate constante com o estado, estabeleceu, assim, o modelo de Guerra as Drogas.

Como consequência temos todos esses parâmetros internalizados nas micro e macro relações sociais, a apologia a guerra as drogas, as propagandas midiáticas e metodologias “educativas” a abstinência, todo um modelo disciplinador que, em contrapartida, confronta-se com relações nas quais o consumo de drogas assume um caráter contrário ao que se prega, tem efeitos prazerosos e significados relevantes nos meios socioculturais. Aos usuários que fazem um consumo abusivo e problemático são criados mecanismos de atenção e cuidado ligados a saúde e também a esfera psicossocial (WEINGARDT; MARLATT, 1999).

Os dois modelos de atenção à saúde aos usuários de drogas identificados diante da literatura são: O proibicionismo e a redução de danos. O proibicionismo tem como princípios a diminuição da oferta de drogas, interferindo no mercado da comercialização de substâncias ilícitas. Segundo Alves (2009) dois eixos explicam a questão do uso de drogas, o eixo moral/criminal e o eixo de doença. Para o primeiro o uso de drogas configura-se em um desvio moral, passível de criminalização dos envolvidos, marginalizando os usuários de drogas. O segundo eixo patologiza biologicamente e psicologicamente o consumo de drogas. O modelo proibicionista apresentou falhas e ineficácia nas questões práticas envolvendo o consumo de drogas, seus objetivos não foram alcançados.

A assistência à saúde e aos usuários sugerida por esse modelo se caracteriza por ter como fim e foco principal a abstinência a droga, não diferenciando o uso ocasional e o abuso que englobam conflitos para o indivíduo e sociedade. Essa postura causa, conseqüentemente, um impasse no contato com os usuários que procuram ajuda. Por outro lado, a assistência à saúde e aos usuários sugerida pelo modelo de Redução de Danos não prega a abstinência como fim absoluto para todos os usuários, o enfoque são em práticas que diminuam os danos causados pelo abuso de drogas, a assistência volta-se para o compromisso social e com a saúde dos usuários, respeitando a individualidade de cada pessoa em relação à

droga (ALVES, 2009). Mais adiante serão aprofundadas questões relativas à Redução de Danos.

Foi com o movimento da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial que as questões relacionadas à assistência e cuidado aos usuários de drogas obtiveram mais visibilidade. As contribuições desses movimentos foram a subversão a lógica do controle dos “desviantes”; a humanização nos serviços de saúde; visibilidade do usuário como pessoa e cidadã, pondo fim a conduta de criminalização dos usuários e respeitando a liberdade de escolha da própria pessoa (CONTE, *et al.*, 2004).

Através desses movimentos houve a extinção dos manicômios psiquiátricos, sendo construídos equipamentos substitutivos para dar conta da demanda de saúde mental com serviços especializados que assumiram uma nova postura de cuidado e atenção.

Estes serviços constituem a rede de atenção psicossocial. Para Yasui (2009) o que se encontra no centro de discussão da atenção psicossocial é a relação com a alteridade, que se refere a um novo modo de cuidar através da construção de espaços de produção de relações sociais embasados por princípios e valores que procuram transformar o modo cuidar e assistir os indivíduos.

Busca-se promover o acesso integral a partir das necessidades apresentadas pelos indivíduos, possibilitado que estes tenham o acesso de usufruir de bens, serviços e ações de promoção a saúde, compreendida pela pluralidade de seus determinantes sociais (YASUI, 2009). É importante salientar, a efetivação desses princípios também na atenção básica a saúde.

### **4.3 Paradigma de Redução de Danos**

A Redução de Danos no Brasil teve um percurso histórico ligado a movimentos sociais na área da saúde, de cunho clínico-político. Souza (2007) divide esse percurso em três momentos importantes. O primeiro inicia-se em Santos - SP, no final da década de 80, o município passou a distribuir seringas descartáveis, adotando uma estratégia de redução de danos, pois identificaram vários casos de AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) e DST's (Doenças Sexualmente Transmissíveis) que tinham como causa o compartilhamento de seringas dos usuários de drogas injetáveis.

O Brasil passava, nesse contexto, por uma política de “Guerra as Drogas” na qual se buscava ferrenhamente combater o uso de drogas na sociedade, principalmente as ilícitas, praticando o paradigma da abstinência. A estratégia de Santos foi vista como um incentivo ao uso de drogas, e passou a ser proibida, porém começaram a surgir, aos poucos, ações que faziam frente a esse modelo proibicionista, e que reivindicava além do cuidado na prevenção de transmissão de doenças, um modo menos danoso do uso de drogas, que oferecia ao usuário uma possibilidade mais consciente e cuidadosa de uso, utilizando-se de técnicas educativas (BRASIL, 2003).

No segundo momento, no ano de 1994, houve a implementação dos Programas de Redução de Danos (PRDs) em alguns estados, que posteriormente passaram a âmbito nacional, no qual a Redução de Danos foi deixando de ser uma estratégia de prevenção as DST/AIDS e se tornando um novo paradigma. (PASSOS; SOUSA, 2011) No terceiro momento, em 2003, conferiu-se a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral de Usuários de Álcool e outras Drogas, esse plano foi efeito de conquistas sociais e avanços na lógica do uso de drogas. A partir disso, os usuários de drogas começaram a integrar a rede de assistência em saúde mental, como consequência da luta antimanicomial e da reforma psiquiátrica que buscam garantir os direitos a inserção social dos usuários, visando a não exclusão e marginalização destes, tendo como referência as redes de apoio e atenção psicossocial.

A partir da implantação do paradigma da Redução de Danos nas políticas públicas de saúde, foram surgindo novos dispositivos de saúde e assistência voltados à prática nesse cenário com o compromisso de implantar a Redução de Danos na realidade e no cotidiano dos indivíduos, constituindo uma ampla rede de atenção psicossocial a usuários de álcool e outras drogas, articulados com os equipamentos substitutivos da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial (BRASIL, 2003).

No ano de 2002, as políticas públicas de saúde no Brasil sugeriram a instauração, com base na Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, de cuidados e atenção aos usuários de drogas através de dispositivos como os Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas. Eis que surge, então, o

CAPS-AD como um dispositivo que visa auxiliar a rede de saúde em relação ao uso de drogas (SOUZA et. al, 2007).

O CAPS-AD funciona de segunda a sexta com atividades como atendimento individual, atendimento em grupo, oficina terapêutica e visita domiciliar. Visa acolher pacientes com transtornos decorrentes do abuso e dependência de substâncias psicoativas. Pauta-se em princípios e práticas psicossociais, preconizando cuidados integrais e resguardando, através do respeito, o lugar de cidadão dos usuários, apostando numa prática mais humanizada em saúde (SOUZA et. al, 2007).

Porém, essa implementação sofreu um processo complexo, ocorreu fora dos serviços de saúde, pois na época a questão do uso de drogas era invisibilizada e inexistente nos dispositivos de saúde e assistência. Foram nas comunidades que esse processo se deu, começando com ações feitas por profissionais do campo da saúde. Sampaio e Freitas (2010) analisam o porquê dos usuários de drogas resistirem a procurar e frequentar dos dispositivos de assistência ao uso de substâncias psicoativas.

Podemos verificar que atualmente há três espaços para onde os usuários de drogas são referendados: para hospitais psiquiátricos e demais espaços para tratamento; para as cadeias e para a igreja. E o que acontece com eles nesses espaços? Desempenha-se controle, moraliza-se seu comportamento, excluem-se as subjetividades e imprime-se uma identidade, influenciada também pela mídia, de um sujeito marginal ou doente, conseguindo com isso que as diferenças não se expressem e que recaia sobre esses sujeitos a culpa por inúmeras situações: violência, narcotráfico, AIDS, desajustes familiares. Porém esse mascare só não é visto porque de alguma forma é mais fácil para a sociedade se ater às concepções morais vigentes e perpetuá-las (SAMPAIO; FREITAS, p. 7, 2010).

Então, podemos entender que os modos de disciplinamentos que são, muitas vezes, oferecidos nesses serviços acabam distanciando os usuários e não atuando efetivamente no cuidado, atenção e assistência dos usuários, que precisam ser vistos como pessoas com suas especificidades e escolhas, tendo seus direitos resguardados, podendo, assim, promover uma integração social e não uma marginalização.

Segundo a OMS a Redução de Danos é classificada no nível da prevenção terciária, no qual não se coloca como pré-condição a abstinência da droga, mas busca minimizar os prejuízos do abuso desta, pautando-se em um uso

menos nocivo, apontando a Redução de Danos como uma estratégia de prevenção no campo da saúde. A Redução de Danos incita os usuários a diminuir gradualmente os agravos em decorrência de um uso abusivo de substâncias, sendo a abstinência uma estratégia possível dependendo da especificidade do usuário (MACHADO; BOARINI, 2013).

Sabendo da importância do tema é preciso deixar claro a definição, os objetivos e como se constitui a Redução de Danos. Além de ser uma prática que possibilita o direito de escolha da pessoa, que não impõe, mas sim educa e informa os cuidados no uso de drogas, cabendo sempre a pessoa à decisão desse processo, a Redução de Danos surge como um paradigma, uma nova forma de entender e ver o fenômeno do uso de drogas.

A Associação Brasileira de Redutores e Redutoras de Danos apud Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região (2012) define como uma outra visão sobre a questão das drogas, construindo novas técnicas de intervenção e cuidado engajadas com o respeito às diferentes formas de ser e estar no mundo, promovendo além saúde cidadania as pessoas. Nesse ponto fica claro que a Redução de Danos não tem como fim exclusivo a abstinência, mas sim promover saúde, fornecendo aos indivíduos modos mais seguros de utilização de drogas lícitas e ilícitas, buscando qualidade de vida.

A abstinência não pode ser, então, o único objetivo a ser alcançado. Aliás, quando se trata de cuidar de vidas humanas, temos que, necessariamente, lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. As práticas de saúde, em qualquer nível de ocorrência, devem levar em conta esta diversidade. 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, 2003, p. 10).

Para Souza (2007) a Redução de Danos consolida um “método clínico-político” que se constitui por três faces, uma concreta, através de dispositivos de gestão e serviços, uma face abstrata que corresponde à visão da redução de danos como um paradigma e por último uma dimensão de devir, de processo e de princípios que conduzem o próprio método.

Aqui a abordagem da Redução de Danos nos oferece um caminho promissor. E por quê? Porque reconhece cada sujeito em sua singularidade,

traça com ele estratégias que estão voltadas não para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida. Vemos aqui que a Redução de Danos oferece-se como um método (no sentido de métodos, caminho) e, portanto, não excludente de outros. Mas, vemos também, que o método está vinculado à direção do tratamento e, aqui, tratar significa aumentar o grau de liberdade, de co-responsabilidade daquele que está se tratando. Implica, por outro lado, no estabelecimento de vínculo com os profissionais, que também passam a ser co-responsáveis pelos caminhos a serem construídos pela vida daqueles usuários, pelas muitas vidas que a ele se ligam e pelas que nele se expressam. (BRASIL, 2003, p. 80-81).

Segundo Souza (2007) a proposta da redução de danos, por tanto, é uma produção de saúde ampliada, que possui arranjos e diretrizes. O primeiro deles é a Clínica Ampliada que se apresenta em oposição a uma clínica reducionista, do modelo hospitalocêntrico, ela propõe uma série de procedimentos que dão suporte para que a Redução de Danos produza e introduza um método concreto de intervenção, no qual a relação clínica reside no indivíduo ativo na produção de saúde. “A clínica ampliada, por sua vez, ativa essa escuta para o sujeito, levando em conta sua singularidade, confrontando o saber especialista às imprevisibilidades de cada encontro clínico.” (SOUZA, p.83, 2007).

Para a efetividade de uma maior comunicação e contextualização entre os saberes presentes nas instituições de atenção a álcool e outras drogas, a transversalidade se mostra um princípio que proporciona a Redução de Danos um contato maior entre as disciplinas para que possam atuar juntas nos processos de estigmatização e exclusão dos indivíduos, buscando formas de inclui-los na rede de saúde como um todo, não só nos serviços especializados (SOUZA, 2007).

A Redução de danos se instituiu com um modelo político de governo determinado na multiciência, o grupo permanece com suas diferenças e singularidade e consolidam um compromisso comum, pactuado coletivamente para que a identidade de cada pessoa não seja apagada, mas sim reafirmada, construindo, portanto, uma gestão comum, que funciona como uma diretriz para a RD (SOUZA, 2007).

A co-responsabilização se surge do ideal do indivíduo ativo no processo de produção de saúde. A partir do primeiro encontro, equipe e usuário criarão regras que irão pautar suas condutas e o processo de saúde, onde cada um assume uma responsabilidade nesse processo, apoiado no modo como o usuário se apropria das regras estipuladas. “A co-responsabilização pode caminhar de uma dimensão mais individual para uma dimensão mais coletiva, passando de um cuidado de si para um

cuidado do outro, dependendo dos dispositivos que os usuários de drogas passam a integrar.” (SOUZA, 2007, p.96-97).

Quanto ao viés prático, os principais indicadores de ações voltadas à estratégia de Redução de Danos utilizadas são as estratégias de prevenção aos riscos que se pautam principalmente na disseminação de informações aos indivíduos em relação ao modo mais seguro de consumo da droga, fornecendo a estes subsídios de utilização segura e menos nociva, outra ação é a escuta do usuário como modo de abordar os usuários de maneira mais respeitosa, resguardando a liberdade individual, outra medida é a baixa exigência em relação a meta inicial de tratamento. Vale salientar, que não se tratam de ações preestabelecidas sobre a Redução de Danos, pois para essa estratégia as ações serão planejadas e desenvolvidas de acordo com a população específica, ou seja, as estratégias são traçadas junto com os usuários para minimizar os agravos do uso de drogas (MACHADO; BOARINI, 2013).

Nesse contexto situacional já exposto, a Redução de Danos incorporou-se ao que o Ministério da Saúde denomina de conjuntos de políticas e programas para aplacar as decorrências negativas do abuso de drogas, abrandando os perigos potenciais e riscos a saúde dos usuários, das pessoas implicadas a este e da sociedade de um modo geral. E com isso, a Estratégia de Redução de Danos vem se consolidando como uma política de drogas democrática (MORERA; PADILHA; ZEFERINO, 2015).

A Redução de Danos vem conquistando novos espaços na área da saúde dentro do contexto das drogas, segundo estratégias de aproximação com o intuito de promover a intersetorialidade, inserindo-se no campo da saúde da família, saúde do trabalhador e saúde mental. Aliando-se as diretrizes e princípios do SUS (Sistema Único de Saúde) para refletir sobre os modos de pensar e fazer saúde no Brasil. Desenvolvendo o reconhecimento e valorização dos saberes e práticas implicadas ao paradigma RD, para que possa se efetivar como política, inserindo-se nos municípios de forma mais ampla (SAMPAIO; FREITAS, 2010).

Busca-se romper as barreiras e resistências impostas a Redução de Danos, tanto na área da saúde quanto nos direitos humanos aos usuários de drogas, subvertendo o lugar ao qual é submetida nas políticas de saúde, de forma disciplinadora e modeladora (SAMPAIO; FREITAS, 2010). Transformando, assim, a

Redução de Danos em um movimento social que faz questionar as verdades naturalizadas e as normas estabelecidas a cerca da temática das drogas. Portanto, é necessário que as concepções culturais e políticas em relação às substâncias psicoativas e seus usos sejam repensadas e analisadas para garantir novas óticas e percepções singulares no contexto da saúde, a fim de que possam advir novas soluções.

#### **4.4 Psicologia: Contribuições práticas e teóricas.**

A Psicologia, ao tentar se legitimar como ciência em seu começo, sofreu influência dos paradigmas tradicionais das ciências duras, buscando uma objetividade e generalização, como decorrência disso os indivíduos e suas experiências puderam ser objetificados e categorizados. No decorrer de sua afirmação, a psicologia se consolida numa abordagem qualitativa de conhecimento, sua construção passa ser subjetiva e contextualizada. Com isso, o psicólogo deixa de assumir a persona de um *expert*, e passa a ser sujeito junto ao indivíduo, visando uma coparticipação. Não mais assume o lugar de detentor de saber numa posição hierárquica, começa a atuar horizontalmente como coautor (BOING, 2007).

As novas reformulações no conceito de saúde, principalmente a inserção da dimensão psíquica relacionada a saúde, resultaram na possibilidade da entrada da psicologia no campo da saúde, vindo para dar conta de uma demanda socio sanitária. Outros fatores como o movimento de humanização nos atendimentos, a formação de vínculo profissional-paciente, os serviços de saúde mental substitutivos, a reforma psiquiátrica, entre outros, também contribuíram para a incorporação da psicologia no campo da saúde (SEBASTIANI, 2000).

Um exemplo de reformulações que auxiliaram para que a psicologia pudesse emergir no campo da saúde foi surgimento do movimento da Clínica Ampliada nos serviços de saúde como uma nova estruturação das concepções de práticas em saúde. Na qual há uma troca do referencial de cuidado, o objeto de cuidado deixa de ser a doença e passa a ser a pessoa, em sua constituição como um todo, social, psíquico e biológico. Por tanto, o indivíduo é posta no centro. Colocar a doença entre parênteses não é negá-la, mas sim considerar que esta é uma das partes que constitui a pessoa, contendo também sua relevância. Para a psicologia seria como dizer que o indivíduo está além da psicopatologia que possui, há

dimensões que não cabem em diagnósticos. A clínica ampliada inclui doença, indivíduo e contexto, é nessa relação que a clínica se pauta (CUNHA, 2004).

Houveram, também, outras circunstâncias que promoveram a entrada da psicologia na área da saúde, surge em um contexto histórico, político e econômico determinado, as políticas de saúde da década de 80 referidas a recursos de humanização, crise econômica que prejudicou os atendimentos psicológicos privados e um movimento da categoria em busca de uma nova compreensão da função do psicólogo socialmente (DIMENSTEIN, 1998).

Segundo Boing e Crespaldi (2010) a inserção dos psicólogos nas políticas públicas de saúde é um fenômeno novo, que data de início em 1990, o que deixa ainda muito em aberto às possibilidades e limites dessa atuação. Mas ao conquistar esse espaço a psicologia mostrou sua importância e contribuições nos cuidados em saúde, que vai além da compreensão da saúde em seus fatores biopsicossociais, como também a especificidade no tratar e compreender a partir dos pressupostos teóricos que detêm.

Nas instituições públicas de saúde, a intervenção psicológica será mais efetiva quanto mais contextualizada, ou seja, definida a partir das características específicas de cada instituição e da população que procura seus serviços. Para isso, exige-se uma nova mentalidade profissional e organizacional, participação e compromisso social. (BOING; CREPALDI, 2009, p. 40).

Para a psicologia, seu saber se constitui por uma dialética indivíduo-sociedade. Não é possível compreender o indivíduo sem a sociedade, um não existe sem o outro. Portanto as práticas psicológicas são contextuais. Esse corpo de práticas precisam responder demandas sociais e individuais como um todo (MARTÍN-BARÓ, 1996).

Para compreender e trabalhar com a palavra prática é preciso ir a suas raízes conceituais. A palavra prática, que será abordada neste estudo, deriva da palavra práxis, que foi consolidada teoricamente por Karl Marx. Para ele, a práxis se estabelece a partir da relação do homem com a natureza, o que corresponde a uma transformação material da realidade, essa atividade é antes de tudo consciente e crítica, utilizada como ferramenta de ação do homem (PETROVIC, 2001).

Partindo dessa definição de prática, é possível elencar as principais práticas dos psicólogos referidas ao campo da saúde são, de modo geral, a

promoção da saúde e prevenção de doenças, identificação da etiologia e diagnóstico, técnicas de enfrentamento do processo saúde/doença, compreensão e entendimento dos vários fatores envolvidos nesse processo (ALMEIDA; MALAGRIS, 2011).

Segundo o CFP (2005) o psicólogo deverá focar em práticas que promovam saúde e liberdade, pautadas nos direitos humanos. Responsabilizando-se pelas pessoas e pela sociedade que constitui. Atualmente, as práticas dos psicólogos na saúde pública assumem um compromisso ideológico com a Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial, e estas práticas se desdobram para além da psicoterapia individual do *setting* consultório, como nas práticas da clínica ampliada.

Nesse contexto o psicólogo focaliza na promoção e manutenção da saúde, a prevenção e o tratamento da doença, as relações entre saúde-doença no comportamento da pessoa, como este lida com o processo de adoecimento e recuperação, tecendo as relações entre comportamento e saúde, como também, evidencia melhorias na sistemática de cuidado e formulação de políticas de saúde (PIRES; BRAGA, 2009).

#### **4.4.1 Abordagens psicológicas e o uso de drogas**

Segundo Giansesi (2005) A terminologia Toxicomania, ou sujeito toxicômano, é forjado pela psiquiatria, que patologiza como uma categoria clínica o sujeito que possui uma relação problemática com o uso de drogas, e tal problemática surge da criação de normas diagnosticas que definem o modo de dependência que o sujeito possui a droga. “No quadro desenhado pela psiquiatria parece não haver sujeito em questão, mas algo que resulta de uma determinada e bastante específica interação entre o organismo e ambientes diversos” (GIANESI, p. 126, 2005). A expressão toxicomania é vista como efeito de um discurso empregado pela ciência médica. Para Lacan, a toxicomania é um efeito que a ciência produz no corpo (SANTIAGO, 2001).

O enfoque, para a psicanálise, nas atividades compulsivas é a relação do sujeito com o outro em torno do objeto de compulsão. E está intimamente ligada com o corpo e os destinos das pulsões, uma questão do gozo do corpo. Então, o uso de drogas poderia elaborar um mais-gozar, resultante do modo de captação dos excedentes do gozo. Para tanto, pode-se dizer que cada sujeito a partir de sua

estrutura, psicótica, perversa ou neurótica, que define a organização do seu desejo, sua relação com o Outro e com o gozo, construirá uma relação particular com a droga, enquanto objeto (SANTIAGO, 2011).

Para a análise do comportamento é utilizada a terminologia síndrome de dependência, caracterizando um uso problemático de substâncias psicoativas, onde o ponto central é o desejo de consumir tais substâncias. Através do condicionamento respondente a pessoa elicia determinadas respostas ao uso de drogas em seu ambiente natural. Por tanto, tal comportamento, uso de drogas, possui consequências reforçadoras para a pessoa, que fazem com que ela mantenha a cadeia comportamental do uso (BENVENUTI, 2007).

O termo dependência química pelo olhar da Gestalt-terapia, é uma convenção que busca dar significado, sentido e produzir saber sobre essa experiência humana caracterizada, assim como todas, como singular. Essa teoria aborda também o termo “pessoa que depende de drogas”, a inclusão do termo pessoa propõe-se uma discussão sobre quem é essa pessoa, mais uma vez nota-se que o foco está centrado no indivíduo. A Gestalt-terapia pauta seu trabalho analítico em processos de singularização e autonomia, numa lógica para além da resolução de um problema. Considerando o mundo e o homem em constante processo e nestas vias se estabelecem fenômenos como o uso de drogas (TESSARO; RATTO, 2015).

Podemos observar que o movimento da clínica psicológica está na direção de apontar novos caminhos e novos sentidos para os usuários de drogas, entendendo que o fenômeno da droga envolve um tripé, meio sociocultural, droga e indivíduo. Devem-se inserir no processo terapêutico novos elementos e questionamentos, para que se possa descristalizar lugares fixos, fazendo com que emerjam novos fazeres, nos quais o indivíduo pode se implicar, apontando uma variedade de modos de satisfação. Esse movimento clínico atravessa a Redução de Danos.

#### **4.5 Articulações entre Psicologia e Redução de Danos**

Em meio do que já foi exposto, é possível perceber as semelhanças entre as práticas, as concepções de cuidar e tratar que a psicologia e a Redução de Danos possuem. Os pontos de encontro estabelecidos foram; Uma clínica voltada

para o indivíduo, na qual se reconhece cada pessoa em sua singularidade, e sua autonomia no processo de saúde e cuidado. Bem como, as questões terapêuticas são abordadas com o próprio indivíduo que possui uma participação ativa, uma co-responsabilidade tanto do terapeuta como do paciente implicados no tratamento, também se aplica, o grau de liberdade que o indivíduo possui para escolher rumos de sua vida.

Tanto a psicologia nos serviços de saúde como a Redução de Danos partem de uma perspectiva interdisciplinar e transdisciplinar, o que culmina em um compartilhar de saberes e de uma gama maior de perspectivas para lidar com as questões biopsicossociais dos indivíduos. É também de suma importância, o estabelecimento de vínculo de profissional para profissional, principalmente nas equipes multiprofissionais, e o vínculo paciente e profissional. Fortalecendo, portanto, o vínculo com os indivíduos e responsabilizando-se por eles.

Serviços voltados para a atenção psicossocial, e não apenas os fatores patológicos do uso de drogas, deslocando-se da centralidade biomédica e pautando-se na promoção da saúde. A Psicologia e a Redução de Danos vinculadas com os ideais da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, indo a contrapartida das lógicas discriminatórias e estigmatizantes relacionadas ao uso de álcool e outras drogas.

Porém, podemos imaginar que há distorções das propostas de articulações entre a Psicologia e a Redução de Danos no plano discursivo, como foi abordado, e das práticas reais vivenciadas pelos psicólogos nos serviços de saúde em relação à estratégia de Redução de Danos. A proposta da pesquisa é justamente analisar e conhecer tais experiências no plano prático e teórico.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

### 5.1 (In)Compreensões sobre Redução de Danos

Esta categoria de análise foi elaborada a partir dos núcleos de sentido contidos nos discursos dos psicólogos. Assim foram reunidas as falas que abordam a compreensão dos psicólogos acerca da estratégia de Redução de Danos. As falas que apresentam unidades de sentido mais forte foram destacadas em seus discursos e trazidas para o texto.

“a redução de danos é bem isso, vai nos processos com calma, vindo como esse sujeito se relaciona com a família, com o trabalho, com o uso de drogas, como se faz essa associação né, então, eu acho que você consegue ter uma escuta melhor desse sujeito, e dá pra visualizar de uma maneira mais ampla, que não seja tão reducionista como as outras políticas sobre drogas.” (psicólogo 1 Saúde Mental).

Vimos que alguns psicólogos caracterizam a Redução de Danos em seu aspecto relacional, entendendo que essa estratégia visa atuar nas diversas relações que o usuário mantém. Para estes, o fato da Redução de Danos possuir um viés mais relacional contribui para que esse modelo de cuidado e atenção ao usuário de drogas não seja reducionista.

Com isso, os psicólogos entendem que pelo caráter relacional e processual que a Redução de Danos detém é possível desenvolver uma escuta melhor dos usuários. Este modelo passa a ser visualizado pelo respeito aos usuários de drogas e pela atenção a suas demandas, respeitando o tempo de cada um.

Dessa forma, a Redução de Danos se estabelece como uma postura de ver e atuar em cuidado aos usuários de drogas e como se portar frente as questões relativas ao fenômeno do uso de drogas na sociedade. São por essas condições que a Redução de Danos se caracteriza como uma abordagem empática. Preza-se assim, os conceitos de empatia e dialogicidade, entende-se que uma relação empática se desenvolve pelo ato de auxiliar o usuário no cuidado, sem rotulá-lo e/ou estigmatizá-lo (MACRAE; GORGULHO, 2003).

“a gente trabalha na perspectiva da redução de danos, garantindo mesmo autonomia desse sujeito em relação ao tratamento dele, ou seja, nada dentro do tratamento é impositivo, tudo é feito a partir do que o paciente

está disposto a fazer de mudança ou de melhoria pra garantir a qualidade de vida dele, independente do que seja. Se for pelo viés da abstinência ou não, ou mesmo pela diminuição do uso, ou mesmo de um uso cuidadoso dessa substância.” (psicólogo 2 Saúde Mental).

Notamos, no trecho anterior, que os psicólogos possuem um bom entendimento teórico e prático do que a estratégia de Redução de Danos propõe e objetiva. Destacam o papel da autonomia e a centralidade do usuário no tratamento. A finalidade dessa estratégia de cuidado é garantir o acesso universal e equânime aos serviços de saúde disponíveis e necessários para o desenvolvimento do cuidado do usuário, promovendo também, práticas de autocuidado. Sendo assim, não tem como fim impositivo a abstinência (SILVEIRA, 2016).

Por conseguinte, este modelo de cuidado consiste em incentivar o desenvolvimento do protagonismo dos usuários pela busca do cuidado de si, tendo em vista, o manejo do uso de drogas, a prevenção de outras doenças ou agravos, ampliar a oferta de cuidado, não se reduzindo a práticas prescritivas. Com base nessas concepções, procura-se fortalecer a cidadania dos usuários, sua visibilidade na sociedade, contribuindo com práticas de inclusão (MULLER, 2014).

“A redução de danos tá aí pra atender o sujeito integralmente e proporcionar uma qualidade de vida independente da escolha que ele faça durante o tratamento dele, então isso pode até envolver abstinência, se for o desejo dele ou não, ou até mesmo outras estratégias que ele possa estar fazendo pra cuidar da saúde dele e ter uma qualidade de vida, e que ele possa estar trabalhando nem só a questão da dependência, mas outras questões da vida dele que estão conflituosas.” (psicólogo 2 Saúde Mental).

É possível de acordo com esse paradigma desenvolver um espaço de fala e escuta para o usuário, estando aberto a suas demandas, como uma forma de condução e manejo de tratamento e cuidado do usuário, e isso reverbera na evolução do tratamento. Portanto, os psicólogos entendem que a oferta de espaços de fala e escuta é uma importante ferramenta de cuidado.

Segundo Fonsêca (2012) a estratégia de Redução de Danos possui um caráter eminentemente ético referente ao uso abusivo de drogas. Este conceito ético pode ser concebido como um dispositivo cuja capacidade é a construção de condições e espaços de escuta das diferenças. Por tanto, a ética, neste modelo, se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro e ao ato de acolher o indivíduo em suas diferenças, suas demandas e seu modo de ser e viver.

“reduzir danos, o clássico é diminuir o consumo da substância pesada de modo que não crie agravos à saúde a curto prazo ou mudar de uma substância mais pesada para uma mais leve ou o modelo mais amplo de Redução de Danos que é compreender as condições de saúde do uso da substância e criar estratégias pra isso.” (psicólogo 3 Saúde Mental).

Encontramos na sentença “reduzir danos, o clássico é...” uma representação social relacionada a estratégia de Redução de Danos. No imaginário social compreende-se a Redução de Danos como uma estratégia de diminuir o consumo e mudar de substância, ou seja, “*trocar uma droga por outra*” (psicólogo 2 Saúde da Família). Pode-se compreender que as informações mais superficiais das ações de Redução de Danos são as que se disseminam mais na sociedade, o que implica dizer que as extensões das ações e compreensões são limitadas.

A redução de danos não é simplesmente substituir uma droga mais “pesada” por uma outra que se julgue mais “leve”. É preciso levar em consideração qual a droga dentro do seu contexto de uso está sendo mais prejudicial naquele momento na vida do indivíduo. Uma droga pode se apresentar mais danosa para um indivíduo do que para outro.

Temos na literatura o conceito do que pode vir a ser uma droga mais pesada de acordo com os seus potenciais de abuso e riscos ao indivíduo. É possível entender este conceito como se estabelecesse uma classificação de risco relacionada aos danos em maior grau que determinadas substâncias podem acarretar, em conformidade com a singularidade que cada indivíduo estabelece quanto ao seu uso (FONTES; FIGLIE, 2004).

Esta definição pode, muitas vezes, ser considerada na hora de traçar estratégias de Redução de Danos. Inclusive usando a substituição de uma droga similar para atenuar efeitos da abstinência ou até mesmo nos programas que propõem uso seguro e monitorado de substâncias em sala específicas para evitar maiores complicações e até mesmo overdoses.

As experiências de salas de uso monitorado de drogas já existem em países da Europa há três décadas. Popularmente, são chamadas de salas de consumo seguro de drogas com risco mínimo e objetivam reduzir os riscos agudos de transmissão de doenças devido a meios de utilização de drogas injetáveis anti-higiênicos, prevenir óbitos por overdose e os riscos relacionados a ambientes

públicos de compra e consumo de drogas (OBSERVATÓRIO EUROPEU DA DROGA E DA TOXICODEPENDÊNCIA – OEDT, 2018).

Estes locais contam com profissionais qualificados que monitoram o uso de drogas injetáveis e fumáveis, ofertando aos usuários em situação de alto risco e também aqueles de consumo moderado um ambiente acolhedor, seguro e qualificado para a utilização de substâncias, diminuindo uma série de riscos equivalentes ao uso em espaços públicos e sem assistência especializada (ALLONI; PAIVA, 2017).

De acordo com o discurso citado acima se pode perceber a existência de um contraponto ao “clássico” da Redução de Danos, encontra-se outra perspectiva de um entendimento ampliado desse paradigma, como, por exemplo, construir com o usuário estratégias, a partir do conhecimento que este tem acerca da substância, promover saúde e minimizar efeitos danosos do consumo de determinadas substâncias.

Sodelli (2011) salienta que apesar da definição de Redução de Danos não ser de difícil entendimento, percebe-se que na prática existem diferentes formas de abordá-la entre os teóricos da área e por ser um conceito aberto é possível que se gere diferentes compreensões e significados. Para o autor, o modelo de Redução de Danos possui uma abordagem tradicional e uma abordagem libertadora.

Na abordagem tradicional entende-se há pessoas que necessitam do uso de drogas, e para aquelas que não necessitam, o não uso seria uma condição ideal. Dessa forma, essa perspectiva possui algumas semelhanças com o modelo de combate às drogas. Na abordagem libertadora o uso não implica necessariamente em condições negativas para o indivíduo, o objetivo está em priorizar a redução de riscos a saúde e estimular o cuidado de si, o que não resulta em um ideal de não uso (SODELLI, 2011).

### **5.1.1 Abstinência ou Redução de Danos? Eis a questão!**

Apresentou-se no discurso uma oposição entre Redução de Danos e abstinência, como se essas duas ideias fossem contrárias, ou seja, como se na estratégia de Redução de Danos não houvesse espaço para a prática de abstinência. Analisa-se que possa haver um entendimento equívoco das propostas e diretrizes da Redução de Danos.

“a gente se apega muito ao modelo de redução de danos, mas a gente inclusive, conversa de corredor né não é aquela conversa séria, quando a gente tem a oportunidade de trocar uma ideia **a gente tem chegado a uma conclusão de apesar da gente produzir o modelo de redução de danos tem alguns usuários que a gente deseja enquanto profissional o modelo de abstinência, independente do que ele queira**, por que a gente tem aquele indicativo de comorbidades.” (psicólogo 3 Saúde Mental).

Esta compreensão dicotômica, entre a Redução de Danos e a proposta de abstinência do uso como forma de tratamento remonta a todo o modelo proibicionista que se instalou ao longo do século XX. Este modelo prega que a única forma do indivíduo resolver seu problema é se abstendo do uso. Esta visão distorcida atribui à droga os problemas que são disparados no indivíduo e em seu contexto social. No entanto, desconsidera que o contexto social possa estar influenciando nos problemas relacionados ao uso de drogas. Desconsidera ainda o indivíduo como também responsável pelos problemas que podem advir desta relação e não o põem como protagonista do seu processo de cuidado, relegando-o a uma posição passiva mediante seu problema.

Destaca-se no discurso do psicólogo que a expressão, acima citada, “*independente do que ele queira*” torna o usuário mais passivo dentro do seu processo de cuidado. Em contrapartida a Redução de Danos preconiza que o usuário deve ser o protagonista da construção do seu processo de cuidado. A Redução de Danos é uma estratégia de prevenção e de cuidado que viabiliza em suas práticas a autonomia do indivíduo. O usuário é participante fundamental, pois são suas escolhas e demandas que guiarão a construção de seu plano terapêutico. A Redução de Danos abre espaço para as experiências dos indivíduos, para que estes possam se cuidar mesmo usando drogas, pois estas duas atitudes, uso e cuidado, não são incompatíveis (SOUZA, 2013).

Pode-se analisar que a abstinência se apresenta muito articulada ao modelo Proibicionista, como uma norma e paradigma hegemônico para todos os casos de uso de drogas. Dessa forma, a abstinência, nesse modelo, é um padrão inquestionável a ser seguido, fechando-se completamente para autonomia do indivíduo e seu poder de escolha.

Souza (2013) aborda o contexto da abstinência enquanto norma de conduta sob a luz das ideias de Foucault, ele tece uma análise acerca do fenômeno do uso de drogas e da conduta de abstinência. De acordo com o que este autor aponta, é notável a participação do Estado no fenômeno do uso de drogas, como

este exerce poder na vida dos indivíduos e como a problemática da droga é gerida por interesses políticos, econômicos e sociais.

Dentro deste contexto de governo, o exercício do poder através da lei cria uma instância de obediência pura, na qual os indivíduos se deixam conduzir por essa lei em nome de uma verdade. Portanto, nesta atmosfera de governamentalidade, os indivíduos delegam a função de cuidado de si a outro, com quem desenvolverão uma relação de obediência. É pautada neste regime que a abstinência se constitui como uma norma (SOUZA, 2013).

Com isso, o homem torna-se objeto de governo. Um poder que se efetua sobre o indivíduo a fim de anulá-lo. A abstinência, enquanto norma, recobre o indivíduo de uma subjetividade esvaziada de vontade e desejo próprio. Sendo assim, a abstinência tem como base o poder simbólico do ideal de uma sociedade livre da ameaça das drogas, ou seja, sua sustentação não se encontra em sua efetividade, mas sim no ideal que este ato carrega (SOUZA, 2013).

A partir disso, o proibicionismo engloba a abstinência em seu modelo articulando-se a ela em todos seus aspectos, fins e ideais que a norma de abstinência possui na sociedade, logo, a insere como um ato higienista de um ideal de uma sociedade sem drogas, a colocando como um paradigma para o tratamento de usuários de drogas (SOUZA, 2013).

A abstinência, enquanto norma e ideal em modelos proibicionistas, centra-se em tratamentos de alta exigência, no qual se espera que o indivíduo se distancie da droga e se abstenha do uso para poder se tratar, bem como, apresenta a cessação do uso como ideal e objetivo final do tratamento. Ou seja, a abstinência é a única meta aceitável e se constitui como um pré-requisito para o tratamento. Exige-se assim, logo de início, algo delicado e complexo para o usuário, o que, com frequência, se caracteriza como um obstáculo para aqueles que procuram ajuda (ALVES, 2009).

A Redução de Danos, no entanto, apresenta um modelo que possui estratégias de baixa exigência. Sendo assim, não se exige do usuário a abstinência, são construídas outras metas e intervenções respeitadas quanto às decisões, escolhas e dificuldades que os usuários apresentam. Com isso, são formulados projetos terapêuticos que levem em consideração o contexto de vida, o meio social e

as particularidades do indivíduo para poder intervir sobre sua problemática (ALVES, 2009).

Os modelos de alta exigência podem não ser atrativos para usuários que tem dificuldade de se abster ou que não querem se abster, todavia, esta relação com o uso é visivelmente danosa para ele e para o seu entorno social. Com estratégias de Redução de Danos é possível abrir espaços para a formação de vínculos com o usuário, estabelecer metas que sejam possíveis para ele, pactuar ações que permitam a criação de novas estratégias para o usuário lidar com seu uso problemático, que permitam que este uso seja menos danoso em sua via, mesmo que este não se abstenha da droga.

Em contraponto aos aspectos que a abstinência assumiu no modelo Proibicionista, a Redução de Danos dá espaço para a prática de abstinência do uso de drogas, caso esta seja a escolha do usuário, esta decisão é, portanto, do usuário, que pactua suas decisões com profissionais. Dessa forma, a interrupção do uso pode ser sim um objetivo, porém não se caracteriza como uma imposição para o sujeito, outros fatores são de grande importância para a evolução do tratamento como, o restabelecimento de vínculos, as relações familiares, a proteção a situações de risco e ações que minimizem os danos ao usuário, recuperar e fortalecer a atividade profissional e ocupacional do usuário, para que este produza outras atividades além do uso (COELHO; RAMOS, 2008).

Portanto, a Redução de Danos se fundamenta na prática de conscientização e prevenção, de maneira programada, organizada, e não privilegiando a abstinência. Este modelo está implicado com questões relativas a responsabilidade social, a cidadania e os direitos humanos, tais questões estão concatenadas ao dever de promover saúde (QUEIROZ, 2001).

Com isso, a Redução de Danos emprega em suas *práxis* a formação de espaços de exercício de cidadania do usuário de drogas, promovendo, assim, a inclusão social e o rompimento da marginalização e estigmatização. Estes são objetivos que o modelo de Redução de Danos pretende cotidianamente alcançar (QUEIROZ, 2001).

Para que o desenvolvimento desse modelo seja eficiente e resolutivo é necessário espaços de interlocução e diálogo com o usuário e isso depende do abandono de posturas incisivas e condenatórias. Assim, é possível o

estabelecimento de vínculos, entre profissional e usuário, e de um diálogo franco e pactuado (FONSÊCA, 2012).

Observamos que nos discursos os psicólogos afirmam a oposição entre o Proibicionismo e a Redução de Danos como modelos contrários de cuidado e assistência aos usuários de drogas. Para os psicólogos o viés Proibicionista entende que *“é todo mundo que é usuário é errado, é criminoso, e tem que internar né, e tem que dar conta e tem que parar”* (psicólogo 1 Saúde Mental). Já a Redução de Danos *“vai nos processos com calma, vendo como esse sujeito se relaciona com a família, com o trabalho, com o uso de drogas, você consegue ter uma escuta melhor desse sujeito”* (psicólogo 3 Saúde Mental).

O Proibicionismo é uma política antidrogas ainda utilizada nos serviços de saúde, segundo os psicólogos o Ministério da Saúde prescreve esse modelo de cuidado no tratamento de usuários de tabaco, o objetivo é abolir o uso do cigarro e similares entre aqueles que faziam esse uso, *“tem que parar”* (psicólogo 2 Saúde Mental), mesmo que não sejam casos em que aja um uso abusivo.

Apesar da constatação da ineficiência do modelo Proibicionista, é possível notar que este continua ainda enraizado não só na sociedade, mas também nos próprios serviços de saúde e no entendimento de alguns profissionais, pois, este modelo foi difundido globalmente, defendido por muitas nações e se consolidou como uma ferramenta de exercício de poder (SOUZA, 2013).

Devido ao contexto de surgimento, histórico e talvez a falta de disseminação de informações e conhecimentos relacionados à Redução de Danos algumas representações sociais surjam não só no público mais leigo, mas como também, nos próprios profissionais da saúde. No discurso encontrou-se a seguinte representação *“acredito que as pessoas também pensem que a redução de danos é só não compartilhar seringas, mas vai muito além disso”* (psicólogo 1 Saúde Mental).

Ações de não compartilhamento de seringas foram uma das primeiras práticas e estratégias de Redução de Danos implantadas no Brasil, e se mostram como umas das ações mais representativas desse modelo. Observa-se que a presença da expressão *“é só”* afirma que o entendimento por parte das pessoas sobre o modelo de Redução de Danos é reducionista e limitado, como se toda a Redução de Danos se reduzisse as ações de não compartilhamento de seringas.

Analisamos que os discursos dos psicólogos divergiram em algumas ocasiões e demonstraram diferentes entendimentos acerca da estratégia de Redução de Danos. A abstinência foi um dos principais pontos que causaram dúvidas quanto ao seu papel dentro da proposta de Redução de Danos. Isso aponta para a importância de investir em processos e espaços educacionais e de discussões para que os profissionais, como os psicólogos, possam se apropriar das teorias e modelos implementados nos serviços.

## **5.2 A construção do fazer do psicólogo em Redução de Danos: Da Psicoterapia ao advento de outras práticas.**

Esta categoria de análise evidencia o processo de construção do fazer dos psicólogos nos serviços de saúde. Identificou-se nos discursos um conjunto de práticas e ações produzidas pelos psicólogos e utilizadas na elaboração de estratégias de Redução de Danos.

Ao entrar em campo e investigar as práticas dos psicólogos nos serviços de saúde encontra-se, em seus discursos, uma forte representação quanto a sua *práxis*, ***“quando se fala em psicólogo geralmente pensa só em psicoterapia”*** (psicólogo 1 Saúde Mental). É possível perceber a representatividade da psicoterapia enquanto prática primeira do psicólogo, algo que paira no imaginário das pessoas e até no entendimento de alguns psicólogos. Com tudo, este discurso deixa subentendido que existem outras práticas que compõem o fazer do psicólogo, ou seja, que os psicólogos se utilizam de outras práticas em seu trabalho que estão para além da psicoterapia.

Porém, a psicoterapia surge gerando contradições no discurso, ***“defendo que o atendimento psicológico é realmente a psicoterapia”*** (psicólogo 1 Saúde Mental). Provavelmente, é em decorrência da herança clínica da psicologia e do seu forte histórico de atendimentos individuais em consultórios, que a psicoterapia aparece como prática fundamental de todo psicólogo, principalmente no campo da saúde.

Parece ainda ser novo para o psicólogo a sua atuação junto a estratégias de Redução de Danos. Este profissional mostra-se ainda atrelado a uma prática restrita ao consultório, como se uma das únicas formas de atuação fosse a

psicoterapia. Ainda assim, demonstram dificuldades na sua atuação clínica em psicoterapia em saber como se constrói estratégias de Redução de Danos.

Este profissional carece de atributos que possam conciliar uma prática clínica de consultório com ações e estratégias de Redução de Danos. Na sua prática de psicólogo “naturalmente” realiza ações que podem estar associadas a estratégias de Redução de danos, pois o processo psicoterapêutico visa produção de autonomia, resgate de autoestima, reorganização da sua vida emocional e social, o que por sua vez produz uma reconfiguração na sua relação como o uso da substância. Antes passivo em relação ao uso da substância, com o processo psicoterapêutico poderá rever esta posição e elaborar o que esta substância representa na sua vida.

Podemos identificar que a psicoterapia se apresenta nos discursos como uma prática de cuidado relacionada ao uso de drogas e que os psicólogos dos serviços de saúde possuem diferentes abordagens psicológicas teórico-práticas de intervenção para o cuidado. O tratamento, desse modo, é conduzido e manejado de acordo com tal abordagem, que apresenta resolutividade e efetividade no processo psicoterapêutico.

O dispositivo clínico é composto por uma estrutura teórica concisa e compreende a drogadição como um fenômeno multifacetado, que exige uma abordagem articulada aos diversos aspectos da vida do indivíduo (BRASILIANO, 1993).

“a gente tem que identificar quais os fatores que o levam a desencadear esse comportamento impulsivo, se é conflito interpessoal ou por comorbidade de saúde mental o uso ou não de substância, se é por conta de um trabalho, fatores que levam a esse comportamento exagerado. Então compreendendo isso invés da gente focar no próprio uso da substância a gente foca em coisas do dia-a-dia” (psicólogo 3 Saúde Mental).

Logo, a psicoterapia é uma prática efetivada pelos psicólogos e solicitada nos serviços de Saúde Mental. Seu objetivo é criar espaços de reflexão e elaboração no qual o indivíduo pode buscar o sentido de suas próprias vivências e outras formas de lidar com suas questões, ressignificando-as. Sendo assim, a psicoterapia relacionada ao uso de drogas se constitui como um dispositivo para que o usuário possa encontrar respostas e modos diferentes de ser e estar que não estejam articulados com a droga (BRASILIANO, 2007).

Segundo Ribeiro e Fernandes (2013), na perspectiva psicanalista as drogas são utilizadas por diferentes funções e o tratamento psicoterapêutico disponibilizado aos usuários aponta para a função e o sentido do fenômeno do uso de drogas para cada indivíduo. Para que isso ocorra, portanto, é necessária uma escuta clínica que produza efeitos subjetivos e que contribua para um reposicionamento do indivíduo frente as desordens de que se queixa.

Além da psicoterapia, pode-se apontar uma gama de ações e intervenção dos psicólogos que se relacionam ou possam vir a se relacionar com a prática da Redução de Danos. Nos discursos foram apontadas a emergência de práticas que constituem o fazer do psicólogo como o acolhimento, atendimento em grupo, atendimento familiar, matriciamento, discussão de casos, busca ativa, reinserção social, desinstitucionalização, promoção da saúde, referência e contrarreferência.

A inserção do psicólogo nos serviços de saúde foi possível a partir do entendimento biopsicossocial do processo saúde-doença, da interdisciplinaridade do cuidado e da humanização dos atendimentos. Isso exige do psicólogo um posicionamento generalista quanto a sua práxis e dispor de diversas práticas para atuar no campo (SOUSA; DELEVATI, 2013).

As mudanças no modelo e no paradigma de atenção à saúde através da premissa que de a saúde deve ser construída coletivamente em diversos aspectos proporciona aos psicólogos novas possibilidades de atuações, como no campo da promoção a saúde e prevenção de agravos. Estas considerações devem incitar a construção de novas ferramentas teórico-práticas da psicologia para lidar com tais demandas que se apresentam no cotidiano de trabalho destes profissionais (PIRES; BRAGA, 2009).

As concepções atuais de saúde estão interligadas com a valorização do contexto social, que se apresenta como um forte determinante de saúde, as ações educativas de práticas saudáveis condicionadas pelo estilo de vida, também surgem como um fator determinante de saúde (PIRES; BRAGA, 2009). Tais práticas constituem o fazer do psicólogo nos serviços de saúde e estão para além da psicoterapia, afirmando uma pluralidade de formas de intervir e fazer saúde na psicologia.

As práticas de cuidado e atenção aos usuários de drogas nos serviços de saúde devem priorizar a promoção da saúde através de ações comunitárias que

envolvam o usuário em seu contexto social (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013). Entende-se que os profissionais de psicologia estão buscando atuar, justamente, no nível comunitário para alcançar a reabilitação social do usuário, promovendo melhores condições de saúde.

O conceito de promoção da saúde foi importante para a transformação de práticas dos psicólogos no campo da saúde. Estes profissionais passaram a atuar na interface com questões políticas e sociais inerentes a saúde, com ações vinculadas aos territórios, ao indivíduo e suas prioridades. Isso proporciona uma aproximação dos serviços com os indivíduos e comunidades, conhecendo assim, suas principais necessidades e demandas (MACEDO; CERVENY, 2015).

A atuação do psicólogo aparece voltada para a oferta de espaços de fala e escuta. Estes espaços não se referem apenas à psicoterapia, mas sim a uma diversificação do serviço ao disponibilizar outros espaços de fala e escuta para o usuário, como por exemplo, a formação de grupos, práticas esportivas, atividades ocupacionais, matriciamento e etc. Uma mudança de postura que o serviço como um todo pode adotar para que esse usuário possa se colocar, afirmando suas questões.

Analisamos que o fazer do psicólogo perpassa o território, o indivíduo e o entendimento dos determinantes do processo saúde-doença. É plausível afirmar que apesar da representatividade da psicoterapia como prática abrangente do psicólogo, outras práticas, para além desta, são executadas nos serviços de saúde constituindo um fazer complexo que abarca múltiplas demandas e de diferentes formas.

### **5.2.2 O cuidado em grupo numa perspectiva de Redução de Danos**

As práticas de cuidado e assistência em saúde realizadas em grupos são bastante frequentes nos serviços de saúde. Isso favorece a reabilitação social dos usuários, como também objetiva práticas terapêuticas e de ensino-aprendizagem. Compreende-se que a vivência grupal tem efeitos benéficos aos usuários dos serviços, pois além de seus objetivos específicos possibilita um espaço de diálogo e suporte para lidar com as problemáticas (CASSOL et. al, 2012).

Os grupos possuem perfis específicos, alguns são abertos a qualquer usuário e outros possuem um perfil de participantes, sendo assim, cada grupo conta

com um profissional responsável pela condução e manejo do grupo. No CAPS-AD e CAPS, as práticas grupais acontecem diariamente. Os grupos que lá funcionam são: grupo de esportes, o qual possui uma boa adesão de participantes e as práticas acontecem no ginásio poliesportivos da cidade de Sobral, também funciona o grupo de práticas aquáticas, e ambos os grupos são orientados por educadores físicos.

Os grupos de marcenaria e pintura, como também, o grupo de artesanato que envolve o manuseio e trabalho com materiais reciclados, se apresentam como uma forma de reinserção social dos usuários, reabilitação, com objetivo de resgate da cidadania, mobilizando-os de forma comunitária e possibilitando acesso ao trabalho e renda através do que se é aprendido no grupo (SOUZA et. al, 2016).

Observamos que os psicólogos incentivam a realização e continuidade dos grupos pelo ponto de vista financeiro e de utilidade, ou seja, que estas práticas possam fornecer ao usuário um retorno financeiro e que este possa se “*sentir útil*” (psicólogo 1 Saúde Mental) ao realizar tais atividades. Sendo assim, por parte dos profissionais dos serviços há uma tentativa de alcançar uma produtividade no sentido de que os usuários obtenham um retorno financeiro com suas produções.

No CAPS-AD possui-se grupos específicos relacionados ao uso de drogas como o grupo de tabagismo, que conta com um fluxo diferenciado devido ao tipo de substância e perfil de usuário, a condução e cuidado desse grupo acontece de forma intersetorial entre o CAPS-AD e NASF, ou seja, uma atuação que se desenvolve em conjunto entre Saúde Mental e Atenção Básica.

Existe o grupo de Redução de Danos, no qual o perfil dos participantes são usuários que não desejam cessar o consumo da substância. E por fim, há o grupo de prevenção de recaídas, que consiste em evitar o uso de substâncias por usuários que desejam a abstinência. É perceptível no discurso dos psicólogos, que o grupo cumpre a função de possibilitar outras formas de interação, de relações e outros modos de vida que não perpassam pela droga, “*dá pra eles verem outras possibilidades que não sejam só o uso de drogas.*” (psicólogo 1 Saúde Mental).

Podemos perceber que no CAPS-AD os profissionais fazem um trabalho informativo, de traçar orientações com os usuários para que estes produzam ações de Redução de Danos em seu cotidiano. Este trabalho, por sua vez, possui um cunho educacional. Os psicólogos trouxeram nos discursos alguns exemplos de ações de Redução de Danos informadas aos usuários.

“não fazer o compartilhamento da latinha pela possibilidade de contaminar outros usuários; não fumar perto de crianças; outras coisas que envolve a alimentação, fazer esporte, alguma alimentação que reponha aquilo que se perca com determinados usos de substâncias, tudo isso envolve Redução de Danos até o uso da camisinha” (psicólogo 3 Saúde Mental).

Entretanto, estes profissionais apontam a presença de contradições entre o que eles orientam e informam e o que o usuário compreende disso, pode-se dizer que o processo de assimilação é algo subjetivo, o usuário vai interpretar essas informações ao seu modo. Por isso, a importância de que as ações de Redução de Danos sejam pactuadas entre profissional e usuário, que estas sejam discutidas entre ambos, que não seja apenas uma informação distribuída, mas algo construído conjuntamente.

Nota-se no discurso que os psicólogos entendem que para realizar tais orientações é preciso que se compreendam as condições de saúde de cada usuário e os danos que o uso de determinada substância acarreta a curto e longo prazo, “*compreender as condições de saúde do uso da substância e criar estratégias pra isso*” (psicólogo 2 Saúde Mental).

Entende-se que a Redução de Danos está sendo praticada pelos psicólogos ao formularem ações que são pactuadas com o usuário, objetivando agir no seu entorno, nos grupos relacionais nos quais ele convive, para poder minimizar as consequências danosas do uso abusivo de drogas. Os psicólogos trazem que “*a nossa preocupação é da manutenção da vida*” (psicólogo 3 Saúde Mental), porém eles entendem que a preservação da vida do usuário entra em conflito com a Redução de Danos quando há forte indicadores de comorbidade e o usuário não opta pela abstinência.

Dentre as ações de cuidado e assistência a usuários de drogas realizadas em grupo sob a perspectiva de Redução de Danos podemos citar as práticas de uso controlado que se utiliza de uma escala decrescente de riscos, associado à quantidade ou a via de consumo. Assim, é possível perceber mudanças graduais para um uso mais seguro e menos danoso. Encontra-se também, o uso de terapias substitutivas, nas quais são utilizadas substâncias que tenham um princípio ativo similar à droga em desuso (FONSÊCA, 2012).

Fica claro que na Redução de Danos respeitam-se as escolhas individuais e o direito ao consumo de drogas, para isso é essencial uma abordagem

de baixa exigência que se baseia na defesa aos usuários de drogas, assim os redutores de danos encontram aqueles usuários que estão mais necessitados de cuidado no seu próprio lugar e em sua comunidade (CRUZ, 2011).

Sendo a Redução de Danos uma política alternativa aos modelos morais e criminosos de abordagem ao uso de drogas, tem como princípio promover serviços de fácil acesso, que acolham os usuários de forma tolerante e respeitosa. Com base nisso, os profissionais devem vivificar uma postura empática e compreensiva (DIAS, 2008).

Outra premissa da Redução de Danos é o contato, ou seja, a construção do vínculo, estando junto com o usuário, em sua comunidade, o acompanhando, instaurando uma flexibilidade, para que seja possível a aproximação e abertura com o usuário, é algo essencial para que as ações possam ocorrer e que seja possível à inclusão deste nos serviços e na rede de saúde (ALMEIDA, 2003).

Portanto, sobre essa perspectiva é possível afirmar que o cuidado se constrói na interseção usuário e profissional, de forma a acolher, lidar com as singularidades, respeitar as escolhas e estimular a autonomia do indivíduo. Com isso, as práticas de saúde não se encontram na dimensão da imposição e da moral. Possibilita-se um novo campo de enfrentamento da política de guerra às drogas.

Expostas as premissas de construção do cuidado em Redução de Danos, volta-se a abordar a importância dos grupos terapêuticos afirmada nos discursos dos psicólogos. O grupo, como já exposto, pode funcionar como um dispositivo que tem por objetivo desenvolver ações pautadas na integralidade, buscando a reabilitação dos usuários de drogas.

Os grupos existentes nos serviços de saúde são convocados a pensarem a drogadição como um fenômeno complexo e multifacetado que está articulado com diversos aspectos da vida dos indivíduos. Com isso, é necessário que se desenvolva diferentes abordagens e diferentes formas de abarcar os fatores que incidem no fenômeno do uso de drogas, por isso a diversidade de grupos constituídos nos serviços de saúde.

Foi possível analisar, que os grupos funcionam como espaços para o diálogo e discussões acerca dos enfrentamentos cotidianos do uso de drogas, abre espaço para a fala e para a escuta dos usuários. Além disso, os grupos funcionam

como geradores de informações e conhecimentos, alguns tendem a ampliar o conhecimento relativo ao uso de drogas e seus agravos.

As atividades em grupos marcam a possibilidade de novas formas de ser e estar para os indivíduos que deles participam, como também, de escutar e ser de ser escutado. Ou seja, é um lugar de falar sobre seus avanços, dificuldades e fazer suas construções individuais e coletivas, bem como, de se propor a escutar o outro. Gera-se assim, uma relação de pertencimento, de empatia e de cuidado ao grupo (MOURA; SANTOS, 2011).

Diante disso, os grupos podem ser considerados espaços de expressão, de criação, de humanização, de convivência, de vínculo e de transformação de si e da realidade. Moura e Santos (2011) utilizam o termo “máquinas de fazer ver e de fazer falar”, pois o grupo é um dispositivo propulsor de mudanças subjetivas. Com isso, concluímos que os grupos se constituem como ferramentas de cuidado e atenção aos usuários de drogas na perspectiva de Redução de Danos.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante o processo de coleta de dados e da entrada no campo da pesquisa surgiram dificuldades quanto ao contato com os profissionais, principalmente da atenção básica, devido à alta rotatividade destes nos serviços da rede, foi delicado de estabelecer um momento para a participação na pesquisa e também quanto à receptividade em estar participando da pesquisa. Com isso, a amostra ficou um tanto quanto reduzida em relação aos psicólogos que atuam na Atenção Básica.

Podemos afirmar que existem impasses no desenvolvimento e implementação da Redução de Danos nos serviços de saúde no município de Sobral-CE. Verificamos a presença de tensionamentos entre a estratégia de Redução de Danos e as políticas antidrogas, moralizantes e criminatorias nos serviços de saúde, como também nas práticas e compreensões dos psicólogos em relação a estas políticas.

Notamos uma certa desarticulação na Rede de Atenção à Saúde, tanto nas instituições de Saúde Mental, como a pouca articulação entre o CAPS e CAPS-AD, como também, uma articulação ainda insuficiente entre serviços de Saúde Mental e Atenção Básica. O CAPS-AD é tido, para os informantes da pesquisa, como o serviço de referência da rede para a assistência e cuidado aos usuários de drogas.

Consideramos que é necessária uma maior articulação entre os serviços de saúde, tendo em vista que a Rede de Atenção à Saúde prever tal articulação. Pode-se propor, a partir do estudo, a produção de ações intersetoriais, que além de melhorarem a qualidade do cuidado e assistência proporcionam a comunicação e articulação entre os serviços, o que beneficia o processo de trabalho e gestão e a atenção integral aos usuários.

Os dados apontaram que os psicólogos que estão na rede de Saúde Mental lidam e atuam com mais frequência e intensidade nas questões relacionadas ao uso de drogas e na estratégia de Redução de Danos. Na Atenção Básica grande parte das demandas de uso de drogas já são, logo de início, encaminhadas para o CAPS-AD, poucas são trabalhadas na rede de Atenção Básica.

É exequível propor em investir no processo de capacitação dos profissionais da Atenção Básica para que possam atuar frente as demandas de uso de drogas, possibilitando que esses profissionais possam construir ações de promoção, proteção e reabilitação. Dessa forma, o apoio matricial é uma importante ferramenta para lidar com demandas relativas ao uso de drogas na Atenção Básica, podendo auxiliar na capacitação dos profissionais e na atuação frente as demandas.

O entendimento e compreensões dos psicólogos relativa à estratégia de Redução de Danos mostrou-se mais superficial naqueles profissionais que atuam na Atenção Básica do que nos que atuam na Saúde Mental. Pode-se analisar que os psicólogos que atuam com mais frequência com demandas de uso de drogas e sob a perspectiva da Redução de Danos apresentam uma compreensão mais aprofundada dessa estratégia.

Foi possível considerar, através do estudo, que a apropriação dos profissionais acerca das informações, teorias e ações da estratégia de Redução de Danos é algo fundamental para que essa política possa se consolidar nos serviços. Para se ter avanços nesse campo é preciso investir em espaços de ensino-aprendizagem dentro dos serviços para que assim os profissionais possam ter mais possibilidades de ações nos territórios, pois entendendo melhor a política é possível operacionaliza-la.

## REFERÊNCIAS

ALLONI, R.; PAIVA, L. Salas de Consumo de Drogas: situando o debate no Brasil. **Instituto Igarapé**, 2017.

ALMEIDA, A. et al. **Drogas**: Tempos, lugares e olhares sobre seu consumo. EDUFBA : CETAD, 2004.

ALMEIDA, C. B. Conceito de redução de danos: uma apreciação crítica. **Boletim da Saúde**, v. 17, n. 1, p. 53-61, 2003. Disponível em: [http://www.esp.rs.gov.br/img2/v17n1\\_06conceito.pdf](http://www.esp.rs.gov.br/img2/v17n1_06conceito.pdf). Acesso em: 19/08/2018.

ALMEIDA, R.; MALAGRIS, L. A Prática da Psicologia da Saúde. **Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**. Rio de Janeiro, v.14 n.2, p. 183-202, 2011.

ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n 11, p. 2309-2319, 2009.

AMARANTE, P. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

BENVENUTI, M. F. Uso de drogas, recaída e o papel do condicionamento respondente: possibilidades do trabalho do psicólogo em ambiente natural. In: ZAMIGNANI, D.; KOVAC, R.; VERMES, J. S. (Org.). **A clínica de portas abertas: experiências e fundamentação do acompanhamento terapêutico e da prática clínica em ambiente extraconsultório**. 1 ed. São Paulo: Paradigma, 2007, p. 307-225.

BOING, E.; CREPALDI, M. O Psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde Brasileiras. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v. 30, n. 3, p.634-649, 2010.

BOING, E.; CREPALDI, M.; MORE, C. A epistemologia sistêmica como substrato à atuação do psicólogo na atenção básica. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 29, n. 4, p. 828-845, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas**/Ministério da Saúde,

Secretaria Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde, CN-DST/AIDS. – 1ªed. - Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASILIANO, S. O papel dos profissionais e a organização da equipe no tratamento dos farmacodependentes. In: ANDRADE, A. G.; NICASTRI, S.; TONGUE, E. (Eds.) **Drogas: atualização em prevenção e tratamento**. São Paulo: Lemos, 1993. cap. 15, p. 165-174.

BRASILIANO, S. **Psicanálise de grupo com drogaditos**: construção de novos dispositivos para a realidade institucional. Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo, v. 8, n. 2, p. 4-12, 2007.

CASSOL, P. et al. Tratamento em um Grupo Operativo em Saúde: Percepção dos Usuários de Álcool e Outras Drogas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 1, p. 132-138, 2012.

COELHO, C.; RAMOS, A. Abstinência e a redução de danos no processo de recuperação dos dependentes de substâncias psicoativas. **Boletim Academia Paulista de Psicologia**, v. 1, n. 1, p. 79-86, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências Técnicas para a Atuação de Psicólogos(os) em políticas Públicas Sobre Álcool e Outras Drogas**. Brasília, 1ª Edição, 2013.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DA 6ª REGIÃO. **Álcool e Outras Drogas**. São Paulo, 1ª Edição, 2012.

CONTE, M. et al. Redução de Danos e Saúde Mental na perspectiva da Atenção Básica. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, 2004.

CRUZ, M. S. Redução de Danos, prevenção e assistência. In: **Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. Brasília: Ministério da Justiça/SENAD, 2011, pp. 155-177.

CUNHA, G. **A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica**. 2004. 182 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

CUTOLO, L. Modelo Biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 35, n. 4, p. 16-24, 2006.

DIAS, R. M. Do asilo ao CAPSad: lutas de saúde, biopoder e redução de danos. Niterói: UFF, 2008.

DIMENSTEIN, M. O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. **Estudos de Psicologia**, São Paulo, v.3, n.1, p. 53-81, 1998.

DUARTE, C. E.; MORIHISA, R. S. Experimentação, uso, abuso e dependência de drogas. In: BRASIL. Secretaria Nacional Antidrogas; Serviço Social da Indústria. **Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho**: conhecer para ajudar. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas e Serviço Social da Indústria. 2008. p. 41-49.

FERNANDES, C. **Análise do discurso: Reflexões introdutórias**. São Carlos: Editora Claraluz, 2008.

FONSECA, C. Conhecendo a Redução de Danos enquanto uma Proposta Ética. **Psicologia & Saberes**, v. 1, n.1, p. 11-36, 2012.

A.; FIGLIE, N. B. Redução de danos – uma alternativa para lidar com o consumo de substâncias psicoativas. In: BORDIN, S.; FIGLIE, N.B.; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em dependência química**. São Paulo: Rocca; 2004, p. 422-444.

GIANESI, A. A toxicomania e o sujeito da psicanálise. **Psychê**, São Paulo, v. 9, n. 15, p. 125-138, 2005.

GONDIM, S.; FISCHER, T. O Discurso, a Análise de Discurso e a Metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo na Gestão Intelectual. **Cadernos Gestão Social**, Salvador, v. 2, n. 1, p.09-26, 2009.

GOMES, R.; MENDONÇA, A. As representações sociais e a experiência da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n. 5, p.1207-1214, 2002.

GONZÁLEZ, F. L. R. **Pesquisa Qualitativa em Psicologia**: caminhos e desafios. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=231290&search=ceara|sobra>> Acesso em: 25 de jan. de 2017.

JACOBINA, R.; NERY FILHO, A. **Conversando sobre drogas**. Salvador: Edufba, 1999.

JOVCHELOVITCH, S.; BAUER, M. Entrevista Narrativa. In: BAUER, W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Petrópolis-RJ: Vozes 2002.

LABATE, B. et al. **Drogas e cultura: novas perspectivas**. Salvador: EDUFBA, 2008.

LARENTIS, C.P.; MAGGI, A. Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e a Psicologia. **Aletheia**, v.1, n.37, p.121-132, 2012.

MACEDO, M.; CERVENY, C. Novas demandas para o fazer do psicólogo clínico no encontro com o social. **Boletim de Psicologia**, v.65, n.142, p. 45-58, 2015.

MACRAE, E.; GORGULHO, M. Redução de Danos e Tratamento de Substituição: Posicionamento da Reduc (Rede Brasileira de Redução de Danos). **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. v. 52, n. 1, p. 371-374, 2003 Disponível em: [http://www.neip.info/upd\\_blob/0000/11.pdf](http://www.neip.info/upd_blob/0000/11.pdf). Acesso em: 20 de ago. de 2018.

MARTÍN-BARÓ, I. O papel do Psicólogo. **Estudos de Psicologia**, v. 2, n. 1, p. 7-27, 1996.

MORALES, B. **A dependência de drogas no discurso do psicólogo: Efeitos de sentidos**. 2002. Tese (Doutorado em Estudos da Linguagem) - Programa de Pós-Graduação em Letras, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

MORERA, J.; PADILHA, M.; ZEFERINO, M. Políticas e Estratégias de Redução de Danos para Usuários de Drogas. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 29, n. 1, p. 76-85, 2015.

MOURA, F.; SANTOS, J. O cuidado aos usuários de um centro de atenção psicossocial álcool e drogas: Uma visão do sujeito coletivo. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**, v. 7, n. 3, p. 126-132, 2011.

MULLER, G. **A Redução de Danos na Perspectiva da Atenção Básica**: Uma análise a Partir das Publicações do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. 2014. 42 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Serviço) – Departamento de Atenção Básica, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

NERY FILHO, A. et al. (orgs.) **Toxicomanias**: incidências clínicas e sócioantropológicas. Salvador: EDUFBA : CETAD, 2009.

NICASTRI, S. Drogas: classificação e efeitos no organismo. In: BRASIL. Secretaria Nacional Antidrogas; Serviço Social da Indústria. **Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho**: conhecer para ajudar. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas e Serviço Social da Indústria. 2008. P. 16-36.

OBSERVATÓRIO EUROPEU DA DROGA E DA TOXICODEPENDENCIA. Salas de consumo assistido de droga: panorâmica geral da oferta e provas de eficácia. 2018 Disponível em: <[http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2734/Drug%20consumption%20rooms\\_POD2017\\_PT.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2734/Drug%20consumption%20rooms_POD2017_PT.pdf)> Acesso em: 10 de set. de 2018.

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

PETROVIC, G. Práxis. In: BOTTOMORE, T. (Ed.). **Dicionário do Pensamento Marxista**. Rio de Janeiro: Zahar, p.292-6. 1983.

PIRES, A.; BRAGA, T. O psicólogo na saúde pública: formação e inserção profissional. **Temas em Psicologia**, v. 17, n. 1, p. 151-162, 2009.

PIRES, R. **Implicações dos sentidos atribuídos pelos psicólogos ao uso de álcool e outras drogas no tratamento de usuários em CAPS AD e Comunidades Terapêuticas**. 2013. 90 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013.

QUEIROZ, I. Os programas de redução de danos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 21, n. 4, 2001.

QUINDERÉ, P. **A Experiência do Uso de CRACK e sua Interlocução com a Clínica: Dispositivos para o Cuidado Integral do Usuário**. 2013. 231 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2013.

REED, A. Foucault e o discurso sobre “drogas”: Da definição do objeto à incorporação dos desvios. **Revista Intratextos**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 162-179, 2013.

RIBEIRO, C. Que lugar para as drogas no sujeito? Que lugar para o sujeito nas drogas? Uma leitura psicanalítica do fenômeno do uso de drogas na contemporaneidade. **Ágora**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 333-346, 2009.

RIBEIRO, C.; FERNANDES, A. Os tratamentos para usuários de drogas em instituições de saúde mental: perspectivas a partir da clínica psicanalítica. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 16, n. 2, p. 260-272, 2013

RIBEIRO, M. **Drogas e Redução de Danos: Análise crítica no âmbito das ciências criminais**. 2012. 333 f. Tese (Doutorado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade de Direito, São Paulo, 2012.

SAMPAIO, C.; FREITAS, D. **Redução de danos e SUS: enlances, contribuições e interfaces**. 2010. Disponível em:  
<<http://www.comunidadessegura.org.br/files/Redu%C3%A7%C3%A3o%20de%20DanDa%20e%20SUS.pdf>> Acesso em: 21 de out. de 2016.

SANTIAGO, J. Lacan e a toxicomania: efeitos da ciência sobre o corpo. **Ágora**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 23-32, 2001.

SCHNEIDER, D. R. et al. Atuação do Psicólogo no Centro de Atenção Psicossocial Voltado para Álcool e Outras Drogas (CAPSad) Os Desafios da Construção de uma Clínica Ampliada. **Extensio: Revista Eletrônica de Extensão**, Florianópolis, v. 11, n. 17, p. 101-113, 2014.

SEBASTIANI, R. Histórico e Evolução da Psicologia da Saúde numa Perspectiva Latino-Americana. In: ANGERAMI-CAMON, V. A. (org.). **Psicologia da Saúde – um Novo Significado Para a Prática Clínica**. São Paulo: Pioneira Psicologia, 2000. P. 201-222.

SILVA, M.; OLIVEIRA, E.; JUNIOR, T. **Organização da nova Rede de Atenção à Saúde Mental do Município de Sobral**. 2000. Disponível em:

<<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/69/62>> Acesso em: 04 de fev. de 2017.

SILVEIRA, R. Redução de Danos e Acompanhamento Terapêutico: Aproximações Possíveis. **Revista Nufen: Phenomenology and interdisciplinarity**, v. 8, n. 1, p. 110-128, 2016.

SODELLI, M. **Repensando o Modelo de Redução de Danos. Uso de Drogas e Prevenção. Da desconstrução da postura proibicionista às ações Redutoras de Vulnerabilidade**. São Paulo: IGLU, 2011.

SOUZA, A.; DELEVATI, D. O Fazer do Psicólogo na Saúde. **Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 1, n.2, p. 79-87, 2013.

SOUZA, J. et. al. Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e Redução de Danos: Novas Propostas, Novos Desafios. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p. 210-217, 2007.

SOUZA, K. et al. Reinserção social de dependentes químicos residentes em comunidades terapêuticas. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**, v. 12, n. 3, p.171-177, 2016.

SOUZA, T. P. **Redução de danos no Brasil: a clínica e a política em movimento**. 2017. 116 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Departamento de Psicologia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2017.

SOUZA, T. P. **A norma da abstinência e o dispositivo "drogas": direitos universais em territórios marginais de produção de saúde**. Campinas, UNICAMP, 2013. 351 p. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2013.

TESSARO, L; RATTO, C. Pessoas que Dependem de Drogas: Ensaio de Figuras e Fechamentos. **Revista da Abordagem Gestáltica**, Goiânia, v. 21, n. 1, p. 83-94, 2015.

VELHO, G. Drogas e construção social da realidade. In: BAPTISTA, M.; INEM, C. (Orgs.) **Toxicomania: uma abordagem multidisciplinar**. Rio de Janeiro: NEPAD/UERJ: Sette Letras, 1997.

WEINGARDT, K. R.; MARLATT, G. A. Redução de Danos e Políticas Públicas. In: MARLATT, G. A. (cols.) **Redução de Danos**: Estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

## APÊNDICE A - ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM OS PSICÓLOGOS

### Dados Sociodemográficos

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Tempo de formado: \_\_\_\_\_

Quanto tempo atua na instituição: \_\_\_\_\_

### ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM OS PSICÓLOGOS

1. Fale sobre como você compreende o cuidado e a assistência aos usuários de drogas.
2. Fale sobre como você compreende a estratégia de Redução de Danos ao uso de álcool e outras drogas.
3. Que práticas você faz na instituição que tem relação com a Redução de Danos ao uso de álcool e outras drogas?
4. Fale como os referenciais teórico-práticos da sua abordagem psicológica se articulam com a redução de danos ao uso de álcool e outras drogas.

## APÊNDICE B – TERMO DE CONSCIENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



### Curso de Psicologia

#### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado por Paulo Henrique Dias Quinderé e Bárbara Lobo Paz, professor e aluna do curso de psicologia da Universidade Federal do Ceará, campus Sobral, para participar de uma pesquisa. Leia atentamente as informações abaixo e tire suas dúvidas, para que todos os procedimentos possam ser esclarecidos.

O comitê de ética é um órgão institucional criado para defender os interesses dos sujeitos da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde).

A pesquisa com título **“COMPREENSÕES E PRÁTICAS DOS PSICOLOGOS QUANTO A ESTRATÉGIA DE REDUÇÃO DE DANOS AO USO DE ALCOOL E OUTRAS DROGAS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE.”** tem como objetivo discutir as compreensões e as práticas dos psicólogos quanto às estratégias de redução de danos ao uso de álcool e outras drogas nos serviços de saúde. Dessa forma, a sua participação poderá trazer como benefícios o desenvolvimento da pesquisa e informações relevantes acerca do tema da pesquisa no município de Sobral.

Para realizar o estudo será necessário que você se disponibilize para tais procedimentos: participar de uma entrevista feita no serviço de saúde em que está alocado(a), contendo quatro perguntas, com duração aproximada de 30 minutos. Caso concorde, poderão ser feitas observações do pesquisador sobre sua prática no serviço de saúde ao qual você trabalha. A entrevista será agendada a sua conveniência. Esta só poderá ser gravada se houver seu consentimento para tal, caso aja, esta será gravada em um aparelho celular. Não será recebido nenhum pagamento por participar da pesquisa. Há o risco você sentir-se constrangido com alguma pergunta, e caso isto ocorra, poderá a qualquer momento interromper a pesquisa e se for de sua vontade encerrar sua participação. Você receberá uma via deste termo. As informações coletadas serão utilizadas unicamente com fins científicos, sendo garantidos o total sigilo e confidencialidade, através da assinatura deste termo.

Endereço do responsável pela pesquisa:

Nome: Paulo Henrique Dias Quinderé      Email: pauloquindere@hotmail.com

Instituição: Universidade Federal do Ceará (Campus Sobral), Curso de Psicologia

Endereço: R. Iolanda P. C. Barreto, 138 - Derby Clube, Sobral - CE, 62042-270

Telefone: (88) 3613-1663/ (88) 996634423

---

#### CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO COMO SUJEITO

Tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação na mencionada atividade e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implica, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Nome do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Nome do Pesquisador: \_\_\_\_\_

Assinatura do Pesquisador: \_\_\_\_\_

Sobral , \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**ATENÇÃO:** Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC (Universidade Federal do Ceará)/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira).  
O CEP(Comitê de Ética em Pesquisa)/UFC/PROPESQ(Programa de Pesquisa) é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

## ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UFC - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO CEARÁ /



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** COMPREENSÕES E PRÁTICAS DOS PSICOLOGOS QUANTO A ESTRATÉGIA DE REDUÇÃO DE DANOS AO USO DE ALCOOL E OUTRAS DROGAS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE.

**Pesquisador:** Paulo Henrique Dias Quinderé

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 79735317.7.0000.5054

**Instituição Proponente:** Departamento de Psicologia

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.456.366

**Apresentação do Projeto:**

O projeto "COMPREENSÕES E PRÁTICAS DOS PSICOLOGOS QUANTO A ESTRATÉGIA DE REDUÇÃO DE DANOS AO USO DE ALCOOL E OUTRAS DROGAS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE." tem como tema as políticas de atenção à usuários de álcool e outras drogas no município de Sobral/CE.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Discutir as compreensões e as práticas dos psicólogos quanto às estratégias de redução de danos nos serviços públicos de saúde.

**Objetivo Secundário:**

Compreender como os psicólogos entendem as estratégias de redução de danos; Caracterizar as práticas dos psicólogos em relação à redução de danos nos serviços de saúde; Compreender as articulações entre o trabalho dos psicólogos nos serviços de saúde e as estratégias de redução de danos.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Não há riscos significativos oriundos dos procedimentos de pesquisa. Como benefícios os autores destacam que "a pesquisa poderá servir de avaliador das práticas e compreensões envolvidas com a redução de danos ao uso de drogas pelos psicólogos dos serviços de saúde de sobral".

**Endereço:** Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

**Bairro:** Rodolfo Teófilo

**CEP:** 60.430-275

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3386-8344

**E-mail:** comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 2.456.366

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Serão realizadas entrevistas semi-estruturadas com psicólogos da rede pública de saúde e observações participantes junto à serviços de saúde de Sobral e região.

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

Os termos estão presentes e são adequados às resoluções do sistema CEP/CONEP.

**Recomendações:**

Sugere-se a retirada da descrição do que é o comitê de ética do TCLE.

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

Sem pendências, indico aprovação do projeto.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

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

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_947637.pdf	01/11/2017 19:10:43		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDePesquisa.pdf	01/11/2017 19:09:10	Paulo Henrique Dias Quinderé	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	01/11/2017 19:07:11	Paulo Henrique Dias Quinderé	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	01/11/2017 19:05:28	Paulo Henrique Dias Quinderé	Aceito
Outros	CartadeApreciacao.pdf	04/10/2017 20:19:20	Paulo Henrique Dias Quinderé	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	04/10/2017 20:17:22	Paulo Henrique Dias Quinderé	Aceito
Outros	TermodeConcordancia.pdf	04/10/2017 20:15:14	Paulo Henrique Dias Quinderé	Aceito
Orçamento	or.pdf	22/08/2017 22:21:38	Paulo Quinderé	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

**Bairro:** Rodolfo Teófilo

**CEP:** 60.430-275

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3366-8344

**E-mail:** comepe@ufc.br