



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA

Raquel Cerdeira de Lima

**ESTRATÉGIA DE REDUÇÃO DE DANOS EM UM CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA:
CONCEPÇÕES E PRÁTICAS**

Fortaleza

2019

Raquel Cerdeira de Lima

ESTRATÉGIA DE REDUÇÃO DE DANOS EM UM CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA:
CONCEPÇÕES E PRÁTICAS

Dissertação apresentada ao Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Gestão, Avaliação em Saúde, Subjetividade, Corpo e Saúde. Linha de pesquisa: Avaliação de Modelos Assistenciais, Políticas e Avaliação em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Vaudelice Mota.

Coorientadora: Profa. Dra. Maria do Socorro de Sousa.

Fortaleza

2019

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)

C392e Cerdeira de Lima, Raquel.
Estratégia de redução de danos em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas no município de Fortaleza : concepções e práticas / Raquel Cerdeira de Lima. – 2019.
184 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Fortaleza, 2019.

Orientação: Profa. Dra. Maria Vaudelice Mota.

Coorientação: Profa. Dra. Maria do Socorro de Sousa.

1. Redução de danos. 2. Políticas sobre drogas. 3. Políticas de saúde. 4. CAPS AD. 5. Fortaleza. I. Título.
CDD 610

RAQUEL CERDEIRA DE LIMA

ESTRATÉGIA DE REDUÇÃO DE DANOS EM UM CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA:
CONCEPÇÕES E PRÁTICAS

Dissertação apresentada ao Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Gestão, Avaliação em Saúde, Subjetividade, Corpo e Saúde.

Aprovada em: ___/___/_____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria Vaudelice Mota (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dra. Maria do Socorro de Sousa (Coorientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Jaqueline Caracas Barbosa
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Aluísio Ferreira de Lima
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. José Maria Ximenes Guimarães
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

À minha mãe, minha maior inspiração.

A meu irmão Abel, para que ele possa ver o mundo de forma mais colorida.

A todos os usuários de substâncias psicoativas a quem assisti e a quem assistirei.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço às forças superiores, a quem alguns se referem usando a palavra “Deus”. Eu prefiro me referir ao “universo” ou ao “ai” (nas tradições aikidocas). Nessas forças da natureza, agradeço especialmente à mãe Iansã e ao pai Oxalá por acompanharem meus passos e me cobrirem de bênçãos.

À minha mãe, por tanto amor e cuidado ao longo da vida, por sempre me apoiar e me consolar nos momentos difíceis e por ter sido meu maior suporte em todo processo de pesquisa e de escrita. Agradeço por tudo que ela me inspira.

A meu pai e irmãos que me apoiam sempre, mesmo nos seus silêncios ou nos seus gestos tímidos, que aprendi a compreender.

A meus avós Constâncio (*in memoriam*) e Tereza (*in memoriam*) por ensinarem à minha mãe e tios a importância da educação. Ensino que eles passaram para mim e que carrego como meu maior legado.

A meu tio Sabá (*in memoriam*), que o destino nos levou antes da hora, por ter sempre me ensinado o valor da universidade pública. Eu sei que dos céus ele sorri de orgulho.

A meu tio Juba que torce sempre por mim, onde quer que esteja nesse grande mar ou na nossa querida Belém.

A todos os meus tios-primos e a todos os meus primos que de lá do nosso Pará, mesmo estando longe, dão-me tanto carinho e amor, fortalecendo-me no meu dia-a-dia.

Às minhas orientadora e coorientadora, Profa. Vaudelice e Profa. Socorro, por tantas trocas, discussões e apoio paciente ao longo desses últimos dois anos.

Aos professores convidados que participaram das bancas de qualificação e defesa, Profa. Maria Lúcia, Prof. Aluísio, Prof. José Maria e Profa. Jaqueline por contribuírem com a pesquisa e me suscitarem novos aprendizados.

Aos meus colegas do LAPQS por tantas acaloradas discussões, especialmente à Profa. Maria Lúcia, que foi inspiradora e solícita em todo o processo de construção da pesquisa e sempre se mostrou disponível para orientações diversas ao longo de todo o mestrado.

Aos meus professores do Departamento de Saúde Comunitária pelos aprendizados.

Aos meus colegas do Curso de Mestrado em Saúde Pública pelas trocas e por passarem pelas dificuldades do percurso junto comigo.

A todos os funcionários do departamento, especialmente Dominik e Hemison, por nos ajudarem sempre com a burocracia inerente ao curso.

Aos participantes da pesquisa e aos usuários do serviço pesquisado, pois sem a solicitude deles essa construção não seria possível.

À Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza por ter aberto as portas dos serviços para receber a pesquisa e ter considerado esse estudo relevante para a nossa população.

Aos meus colegas dos CAPSs AD que trabalho, por tornarem a minha escrita mais potente no nosso cotidiano de construções coletivas sobre drogas e redução de danos.

Aos usuários desses serviços e de outros CAPSs AD, por darem mais sentido à minha pesquisa a cada dia. Todo o esforço desse trabalho é para assisti-les melhor e para inspirar outros profissionais que participam dessa assistência.

A meu sensei Luiz e a meus colegas de treino do aikido, com quem compartilho o meu caminho de vida, ensinamentos, e por terem me ajudado a aprender a importância de ser resiliente.

À minha sobrinha Lis, por deixar meus dias mais leves com tanta doçura e por me inspirar para trabalhar para um mundo melhor no futuro.

A nosso cachorrinho Antônio, porque ele faz parte da família e por sempre vir me abraçar quando percebe em mim qualquer sinal de tristeza e cansaço.

Por fim, agradeço aos meus vários amigos, com os quais o destino me presenteou e que estão espalhados pelo mundo afora. Não os nomearei pela quantidade e pela potencial falha de memória, que me faria esquecer alguém. Obrigada pelo carinho, amor, paciência com minhas ausências nesses últimos dois anos, por conseguirem me tirar de casa para ter lazer, pelo apoio, pelas trocas “nerds” do dia-a-dia, pela ajuda com a pesquisa, por torcerem e rezarem sempre por mim.

*Para não serdes martirizados escravos do
Tempo, embriagai-vos, embriagai-vos sem
tréguas. De vinho, de poesia ou de virtude, à
vossa escolha.*

Charles Baudelaire

RESUMO

Essa investigação objetiva compreender concepções e práticas da estratégia de redução de danos (RD) a partir do olhar dos profissionais de saúde e gestores de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) no município de Fortaleza, como forma de refletir sobre o papel da RD na atenção aos usuários de álcool e drogas na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) municipal, tendo como norte os marcos regulatórios da atenção psicossocial e as políticas sobre drogas, considerando as contradições político-ideológicas neles existente. É um estudo qualitativo, que tangencia o campo da avaliação de políticas públicas, tendo pressupostos teórico-metodológicos que combinaram aspectos da análise hermenêutica e da análise narrativa para construção dos resultados. Foram realizadas treze entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde e de gestores de um CAPS AD, observação sistemática das práticas e busca e análise de documentos de gestão entre os meses de outubro de 2018 e fevereiro de 2019. As concepções de RD emergiram em duas vertentes principais: a RD entendida como técnica; a RD entendida como tecnologia de cuidado em saúde. As práticas, de forma geral, foram entendidas como de RD, embora alguns profissionais não percebessem o uso da estratégia nas próprias atividades, reconhecendo-a entre as práticas dos colegas. Além disso, o dispositivo do acolhimento foi visto como potencializador da RD, sendo que o cotidiano de trabalho desse equipamento demonstrou a eficácia da estratégia para o cuidado das pessoas que usam drogas, evidenciando-se a importância dos momentos de formação e educação permanente para a adoção da mesma. Ademais, o “Grupo de Redução de Danos”, sendo um espaço de aprendizado colaborativo entre profissionais, usuários e familiares sobre RD, mostrou-se potente para a consolidação da estratégia nesse CAPS AD. Os profissionais de saúde apontaram desafios cotidianos para a operacionalização e solidificação da RD na RAPS: dificuldades de espaço físico, de gestão e de processos de trabalho, bem como vínculos empregatícios frágeis que desmotivam os trabalhadores de saúde e gestores. A ausência de documentos de gestão relacionados à RD nas esferas estadual, municipal e local deixou uma lacuna na compreensão desses desafios. Por fim, apesar de os profissionais compreenderem, valorizarem e praticarem a RD no equipamento pesquisado, o endurecimento das políticas sobre drogas ocorridas no ano de 2019 traz inúmeros questionamentos e dúvidas sobre o futuro da estratégia na atenção psicossocial de usuários de álcool e drogas.

Palavras-chave: Redução de danos, políticas sobre drogas, políticas de saúde, CAPS AD, Fortaleza.

ABSTRACT

This research aims to understand concepts and practices of harm reduction (HR) strategy from the perspective of health professionals and Psychosocial Care Center for Alcohol and Drugs (PSCC AD) managers in Fortaleza, as a way to reflect on the role of HR in the care of alcohol and drugs users in the municipal Psychosocial Care Network (PSCN), guided by the regulatory frameworks of psychosocial care and drug policies, considering the political-ideological contradictions among them. It is a qualitative study, which dialogues with the field of public policy assessment, formed by theoretical and methodological assumptions that blended aspects of hermeneutic analysis and narrative analysis to construct results. Thirteen semi-structured interviews were conducted with health professionals and managers of a PSCC AD, with systematic observation of practices, and search and analysis of management documents between October 2018 and February 2019. HR concepts emerged in two main components: HR understood as a technique; HR understood as health care technology. The practices were generally understood as HR practices, although some professionals did not realize the use of the strategy in their own activities, recognizing it among the practices of colleagues. Furthermore, the user embracement apparatus was seen as a HR enhancer, and the daily work of this institution demonstrated the effectiveness of the strategy for the care of people who use drugs, highlighting the significance of formation moments and permanent education for the strategy adoption. In addition, the “Harm Reduction Group”, being a collaborative learning space among professionals, users and family members about HR, proved to be powerful for the consolidation of the strategy in this PSCC AD. Health professionals pointed out daily challenges for the operationalization and consolidation of HR in PSCN: difficulties in physical space, management and work processes, as well as fragile employment bonds that demotivate health workers and managers. The absence of management documents related to HR at the state, municipal and local levels has left us a gap in understanding these challenges. Finally, although professionals understand, value and practice HR in the surveyed institution, the toughening of drug policies in 2019 leaves numerous questions about the future of the strategy for the psychosocial care of alcohol and drug users.

Keywords: Harm reduction, drug policy, health policy, CCPS AD, Fortaleza.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABORDA	Associação Brasileira de Redução de Danos
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (sigla em língua inglesa)
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS-AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAT	Casa de Acolhimento Transitório
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CDMT	Central de Distribuição de Medicamentos no Terminal
CDN	Comissão de Narcóticos
CEBAS	Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social na área de Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CH	Ministro de Estado Chefe
COFEN	Conselho Nacional de Fiscalização de Entorpecentes
CONAD	Conselho Nacional Antidrogas/Sobre Drogas
CORES	Coordenadoria Regional de Saúde
CPDrogas	Coordenadoria de Políticas Sobre Drogas
CT	Comunidade Terapêutica
DST	Doença sexualmente transmissível
EUA	Estados Unidos da América
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
GSIPR	Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana (sigla em língua inglesa)
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IEPAS	Instituto de Estudos e Pesquisas em AIDS de Santos
IST	Infecção sexualmente transmissível
Lilacs	Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MJ	Ministério da Justiça
MNPCT	Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura
MPF	Ministério Público Federal

MS	Ministério da Saúde
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NUCED	Núcleo de Estudos sobre Drogas
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
PNH	Política Nacional de Humanização
PFDC	Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão
PRD	Programa de Redução de Danos
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PTSE	Programa de Troca de Seringas
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de Danos
REDUC	Rede Brasileira de Redução de Danos
SENAD	Secretaria Nacional Antidrogas/Sobre Drogas
SER	Secretaria Executiva Regional
SESA	Secretaria Estadual de Saúde
SISNAD	Sistema Nacional Antidrogas/Sobre Drogas
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SPD-CE	Secretaria Especial de Políticas Sobre Drogas do Estado do Ceará
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UDI	Usuário de Drogas Injetáveis
UE	União Europeia
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFC	Universidade Federal do Ceará
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UNIVESP	Universidade Virtual do Estado de São Paulo
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
UFPR	Universidade Federal do Paraná

UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UNDCP	Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas (sigla em língua inglesa)
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	–	Sistematização das normativas sobre drogas na legislação brasileira de 2000 a 2016.....	64
Figura 1	–	Triangulação metodológica: entre a hermenêutica e a narrativa.....	71
Figura 2	–	Rede de atenção à Saúde Mental (Psicossocial).....	73
Figura 3	–	Diagrama das Concepções e Práticas de Redução de Danos no CAPS AD.....	107

SUMÁRIO

1.	PRELÚDIO.....	16
2.	INTRODUÇÃO	17
2.1	JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA.....	22
2.1.1	A implicação da pesquisadora.....	22
2.1.2	Relevância político-social para o campo da saúde.....	23
3	OBJETIVOS.....	25
3.1	GERAL.....	25
3.2	ESPECÍFICOS.....	25
4	O USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS, O PROIBICIONISMO E A REDUÇÃO DE DANOS.....	25
4.1	O USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS (DROGAS).....	26
4.2	O PROIBICIONISMO.....	30
4.2.1	O uso de drogas como um problema social: a lógica do proibicionismo.....	30
4.2.2	O proibicionismo e a saúde pública: o modelo de doença.....	34
4.2.3	O proibicionismo no Brasil.....	37
4.3	A REDUÇÃO DE DANOS.....	39
4.3.1	Histórico da redução de danos.....	40
4.3.2	Redução de danos: da estratégia de prevenção ao paradigma ético-político.....	48
4.3.3	A redução de danos nas políticas públicas brasileiras.....	52
4.3.4	A redução de danos nas pesquisas científicas.....	59
4.3.5	A redução de danos e o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas	61
5	TENSÕES POLÍTICO-IDEOLÓGICAS NA ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.....	63
6	METODOLOGIA.....	67
6.1	O ENFOQUE QUALITATIVO	67
6.2	ENTRE A HERMENÊUTICA E A NARRATIVA.....	68
6.3	CENÁRIO E SUJEITOS DE PESQUISA.....	72
6.4	O CAMINHO DA PESQUISA.....	75
6.5	ASPECTOS ÉTICOS	79
7	COMPREENDENDO A REDUÇÃO DE DANOS: A DIVERSIDADE DE CONCEPÇÕES E PRÁTICAS.....	80
7.1	A REDUÇÃO DE DANOS COMO UMA TÉCNICA ASSISTENCIAL.....	91
7.2	A REDUÇÃO DE DANOS COMO UMA TECNOLOGIA DE CUIDADO	

	NA ATENÇÃO ÀS PESSOAS USUÁRIAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS.....	95
7.3	AS PRÁTICAS DE REDUÇÃO DE DANOS NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS.....	102
8	O PAPEL DA FORMAÇÃO NA CONSTRUÇÃO DE CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DA REDUÇÃO DE DANOS.....	109
9	O DISPOSITIVO DO ACOLHIMENTO COMO POTENCIALIZADOR DA ESTRATÉGIA DE REDUÇÃO DE DANOS.....	122
10	O GRUPO DE REDUÇÃO DE DANOS: UMA POTÊNCIA PARA A CONSOLIDAÇÃO DA REDUÇÃO DE DANOS NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS.....	131
11	A REDUÇÃO DE DANOS E A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: ENTRE ESTRATÉGIA DE GESTÃO E DE ATENÇÃO.....	140
12	DESAFIOS PARA A CONSOLIDAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE REDUÇÃO DE DANOS NA ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.....	148
13	CONSIDERAÇÕES FINAIS E REFLEXÕES.....	154
	REFERÊNCIAS.....	158
	APÊNDICES	
	APÊNDICE A – ROTEIRO DE ORIENTAÇÃO PARA BUSCA DE DOCUMENTOS.....	172
	APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO CAPS AD.....	173
	APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA GESTORES DO CAPS AD.....	175
	APÊNDICE D – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO.....	177
	APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	178
	APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA GESTORES.....	180
	ANEXOS	
	ANEXO 1 – PARECER DO CONSELHO DE ÉTICA DE PESQUISA.....	182
	ANEXO 2 – FINANCIAMENTO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS DO CEARÁ.....	185

1 PRELÚDIO

Esta dissertação é um documento que resultou de uma investigação realizada no Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Ceará (UFC). É uma pesquisa qualitativa, que tangencia o campo da avaliação de políticas públicas, voltada para o campo de estudos das políticas de saúde, situado mais especificamente na intersecção das áreas de políticas de saúde e políticas sobre drogas, trabalhando a temática da redução de danos (RD) e tendo como objetivo fundamental compreender concepções e práticas dessa estratégia na atenção à saúde aos usuários de álcool e outras drogas em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) no município de Fortaleza, situado no estado do Ceará, no nordeste do Brasil.

Pelo fato do tema “drogas” ser extremamente complexo, optamos por trazer aos interlocutores uma experiência de imersão no “mundo” dos estudos sobre drogas para que fique clara a escolha e a importância da discussão acerca da estratégia de RD para o Campo da Saúde Coletiva, para os estudos das políticas sobre drogas, com ênfase na atenção psicossocial, destacando-se a figura do CAPS AD.

As discussões que construímos têm o objetivo de tornarem-se relevantes para a crítica, construção e consolidação das práticas de atenção relacionada aos usuários de substâncias psicoativas, especialmente a psicossocial, a partir das reflexões que ora faremos.

O documento está organizado em capítulos que contam o desenrolar da pesquisa de maneira que o leitor se envolva na história e, mesmo que nada conheça sobre a temática, consiga apreender o desenvolvimento da RD como estratégia para o cuidado aos usuários de substância psicoativas, além de poder refletir, a partir do cenário de pesquisa escolhido, como está o desenvolvimento da estratégia de RD na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Fortaleza.

Os primeiros capítulos (Cap. 2 a 3) abrem o nosso problema, justificam a nossa investigação e apontam nossos objetivos. Posteriormente trazemos a fundamentação teórico-conceitual (Cap. 4 e 5) que norteia a investigação. Lançamos, então, o nosso estudo metodológico e o caminho por nós traçado (Cap. 6). Por fim, nos últimos capítulos (Cap. 7 a 13) contamos o que aprendemos com a pesquisa.

Consideramos essa construção uma estrada, a qual percorremos em coletivo e que terá um novo passageiro sempre que for lida. Almejamos sempre uma boa viagem.

2 INTRODUÇÃO

O uso e abuso de substâncias psicoativas (ou drogas) na contemporaneidade constitui-se em um fenômeno social complexo. Hoje, o uso prejudicial dessas substâncias gera preocupação nos governos no campo social e na saúde, configurando-se como um problema de saúde pública (BRASIL, 2015b).

Embora a questão preocupe as nações há muitas décadas no que diz respeito à saúde das pessoas, o governo brasileiro permaneceu omissivo por muito tempo em relação às políticas públicas de saúde na área. Apenas em 2003, buscando dar respostas à sociedade acerca da problemática, o Ministério da Saúde (MS) lançou a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas. Esta, em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e a Política Nacional de Humanização (PNH), adotou uma alternativa estratégica para abordar o problema das drogas na saúde: a perspectiva da redução de danos (RD).

Hoje, dentro das políticas, a RD é caracterizada como uma abordagem inovadora, pois o tratamento oferecido para o uso de drogas foi, por muito tempo, realizado apenas pela imposição da abstinência ao usuário.

Desde o final do século XIX, o consumo dessas substâncias é tratado por um viés de proibição. Até o fim do século XX, a questão era vista apenas sobre o prisma que muitos autores denominam “paradigma proibicionista” (SANTOS *et al.*, 2010; TEIXEIRA *et al.*, 2017). Este se manifesta por meio de duas vertentes: a moral/criminal, tratando o usuário como um ser amoral, com problemas de caráter e um criminoso; e a médico-psiquiátrica, colocando no usuário de substâncias psicoativas o *status* de doente (ALVES, 2009; MACHADO & MIRANDA, 2007; SOUZA, 2014). As duas visões, embora diferentes em natureza, seguem o mesmo princípio, que é o da pretensão da erradicação das drogas do mundo e, por consequência, a abstinência dessas substâncias por parte das pessoas. Ambas tratam os usuários de maneira muito similar: com exclusão social e confinamento em prisões e casas de recuperação ou em instituições para tratamento psiquiátrico, como os manicômios e asilos.

Com a Reforma Psiquiátrica em andamento no Brasil e no mundo, tendo ganhado força na década de 1980, a RD foi tomando forma, inicialmente como forma de prevenção secundária e terciária para reduzir os danos do uso de substâncias nos usuários dependentes de drogas pesadas, tornando-se, posteriormente, um novo olhar sobre o uso de substâncias psicoativas,

vindo a tensionar o viés proibicionista e, em sua extrapolação, servindo de referência para outras discussões bioéticas¹.

Assim, desde o lançamento da política do MS, a RD foi incorporada dentro das políticas sobre drogas, sendo introduzida nas políticas de justiça e segurança pela Lei nº 11.343, de 2006, que tem como base a Política Nacional Sobre Drogas (PNAD) de 2005.

A RD foi, ao longo da sua construção histórica, constituindo-se em um movimento social, passando a ser entendida como um paradigma ético, clínico e político, que parte de pressupostos filosóficos do pragmatismo e dos direitos humanos, enxergando o uso de drogas como não necessariamente prejudicial, sendo uma estratégia de cuidado de menor exigência, entendendo que existem indivíduos que não querem ou não conseguem parar o uso das substâncias, além de que contemplaria uma parcela da população com dificuldades de acesso à atenção integral. Ademais, parte de uma ideia de que o uso de substâncias entorpecentes é um hábito milenar das civilizações, sendo improvável uma sociedade sem drogas (TEIXEIRA, 2017; BRASIL, 2015b; PRESTES, 2017).

Apesar de estudiosos colocarem a RD como um novo paradigma, é importante que se compreenda que as políticas brasileiras (e internacionais) ainda compreendem a lógica proibicionista e da RD como complementares, embora no seio das concepções e ideologias que as norteiam exista uma enorme contradição. Socialmente falando, podemos refletir para onde apontam as tendências diversas do espírito da nossa época. De um lado a proibição moralista e a guerra contra o grande mal das drogas, que corrompe e adocece o indivíduo; do outro, uma visão progressista e pragmática, entendendo as drogas como um fenômeno da existência humana, que não precisa ser combatido, mas compreendido e respeitado (SODELLI, 2010).

A política de 2003 torna clara essa via dupla do cuidado ao uso problemático de substâncias psicoativas:

Dentro de uma perspectiva de saúde pública, o planejamento de programas deve contemplar grandes parcelas da população, de uma forma que a abstinência não seja a única meta viável e possível aos usuários. Outros [usuários] sequer procuram tais serviços, pois não se sentem acolhidos em suas diferenças. [...]

Reconhecer o consumidor, suas características e necessidades, assim como as vias de administração de drogas, exige a busca de novas estratégias de contato e de vínculo com ele e seus familiares, para que se possa desenhar e implantar múltiplos programas de prevenção, educação, tratamento e promoção adaptados às diferentes necessidades. Para que uma política de saúde seja coerente, eficaz e efetiva deve ter em conta que as distintas estratégias são **complementares e não concorrentes**, e que, portanto, o

¹ Ver RIBEIRO, M. M. “Cap. 5 – A redução de danos para além da ‘questão das drogas’”. In: *Drogas e redução de danos: o direito das pessoas que usam drogas* – São Paulo: Saraiva, 2013.

retardo do consumo de drogas, a redução dos danos associada ao consumo e a superação do consumo são elementos fundamentais para sua construção (BRASIL, 2004a, p. 8 - grifo nosso).

Conforme o trecho, o MS adota uma postura prática, entendendo que não é mais possível tratar o abuso e a dependência de drogas apenas pelo viés da doença e, conseqüentemente, da abstinência, mas que é necessário levar em consideração o uso de diferentes estratégias para tratar do problema. A RD, então, é entendida dentro de uma perspectiva estratégica de operacionalização das políticas.

Há, por vezes, confusão de entendimento sobre a RD, pois inúmeros textos sobre o assunto usam os termos “política”, “estratégia(s)”, “perspectiva”, “abordagem” ou “paradigma”. A própria legislação utiliza termos diversos como “lógica da redução de danos”, “ações de redução de danos”, “estratégias de redução de danos”. Neste estudo, utilizaremos o termo “*estratégia de redução de danos*”, pois entendemos a RD em uma perspectiva de *macroestratégia*, em uma noção ampliada de bases político-ideológicas demarcadas. Podemos dizer que dentro dessa perspectiva existem *microestratégias*, que muitas vezes são referidas nos textos das políticas como ações ou, propriamente, estratégias.

A categoria “estratégia” é cara dentro do planejamento de políticas públicas, incluindo as de saúde. O termo, comumente utilizado em estudos do campo da administração, que lança mão do conceito de “planejamento estratégico”, tem como principais representantes no Campo da Saúde na América Latina os teóricos Carlus Matus e Mário Testa. Ambos, embora de maneiras distintas, chamam a atenção para o planejador inserido dentro de uma estrutura social, regida por relações de poder e interesses diversos, que precisam ser observadas na formulação de estratégias que tem como objetivo mudanças no sistema ou uma transformação social (URIBE RIVIERA, 1995; LIMA, 2004).

Corroborando com o pensamento de Testa, Giovanella (1990) afirma que o

enfoque estratégico de planejamento em saúde pode ser entendido como formulações que rompem com a normatividade de um "deve ser" que se impõe sobre a realidade. Nestas, propõem-se processos de planejamento que objetivam alcançar o máximo de liberdade de ação a cada ação realizada. Para tanto, considera-se o problema do poder, admitindo-se o conflito entre forças sociais com diferentes interesses e com uma visão particular sobre a situação-problema na qual se planeja, fazendo parte do processo de planejamento a análise e a construção da viabilidade política (p. 129).

Essa mesma noção de liberdade é encontrada em Matus, ao tratar do momento estratégico para planejamento em saúde, uma vez que neste se articula dialeticamente o que “deve ser” como o que se “pode ser”. Neste momento, dá-se a análise do “pode ser” do plano, construindo-se a viabilidade por meio da estratégia (LIMA, 2004).

Testa (1995) comenta que o termo “estratégia”, de origem militar, é usado em muitos sentidos em várias disciplinas. Ele se relaciona a comportamentos organizacionais em que seja preciso superar obstáculos que se oponham à conquista de um objetivo, ou seja, de uma meta. A estratégia, portanto, não é uma maneira de alcançar a meta (se a entendermos como um alvo fechado, estanque), mas uma forma de se colocar em situação de se aproximar para alcançar a meta. Isso significa estabelecer condições favoráveis ao desempenho. É uma manobra para ganhar liberdade da ação.

O autor discute os conceitos de política e estratégia em relação, que são de extrema relevância em nosso estudo. Para ele, política é uma proposta de distribuição do poder e estratégia é a forma de implementação de uma política, ou seja, um meio de distribuir poder. Dito de outra maneira, pode-se falar de meios e fins. Como mencionamos, a estratégia busca uma meta. O objetivo (a meta) é a política. A estratégia se torna instrumento para esse objetivo. Contudo, Testa adverte que ao falar em objetivo, está se referindo a um processo que estabelece prazos curtos, ou seja, começos e não pontos de chegada. Na concepção que trabalha, a política surge como objetivo que a estratégia almeja, tal como esta é instrumento da política em um diálogo circular, em um movimento recursivo sem princípio e fim.

Indo na mesma direção deste autor, Carlus Matus (1993), ao falar do planejamento estratégico, coloca o movimento como lei do processo social. Assim, na construção da estratégia há de se considerar esse incessante movimento.

Podemos pensar, com esses autores, que a noção de estratégia adotada nas políticas sobre drogas agrega a ideia de liberdade, de maleabilidade. Ela é distinta da noção de “programa”, usada no planejamento tradicional em saúde, que “congela a ação” no “deve ser”, que é normativo. Passa-se de um plano normativo para um plano estratégico, tendo como essência a mediação entre conhecimento e ação, além da consciência de que o planejador faz parte de um sistema conflitante, com objetivos distintos de seus opositores (LIMA, 2004).

Ademais, quando a política de 2003 entende a estratégia como método, podemos perceber uma ideia que se aproxima com a de Edgar Morin (2005), que vê o método em um poliscópio de arte, pilotagem, neoartesanato e estratégia. Para o autor, o conceito de “estratégia” liga-se à noção aleatoriedade, podendo esta ser relacionada à noção de liberdade defendida pelos autores latino-americanos. Essa aleatoriedade, no entendimento do autor, está inscrita tanto no objeto como no sujeito na sua complexidade.

Vemos que o pensamento estratégico dá norte às ações da atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas. Por esse motivo há tanta dificuldade acerca da definição de RD. As

políticas sobre drogas entendem o problema do uso dessas substâncias como complexo, em uma população heterogênea. Essas características demandam a adoção de diferentes estratégias maleáveis, uma vez que se inserem dentro de um complexo social que tem conflitos de poder e interesses diferentes entre grupos sociais distintos.

Dessa forma, estrategicamente, o ponto de referência para a assistência das pessoas com uso problemático de álcool e outras drogas é atualmente o CAPS AD, que se insere dentro da Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme intitulada pela Portaria de nº 3088, de 23 de dezembro de 2011. Com a criação da rede, a RD foi fortalecida na ideia de promoção de redes de cuidado e corresponsabilidade.

Chegamos a emergência do nosso problema: passados dezesseis anos da adoção da RD como estratégia na atenção integral ao usuário álcool e outras drogas, pouco se sabe como ela se apresenta nos discursos e práticas dos profissionais dentro da rede de atenção, nos próprios equipamentos e cotidiano das práticas, especialmente no estado do Ceará e no município de Fortaleza. Existe uma legislação e documentos oficiais que sugerem e legitimam as práticas, mas compreendemos que lógica proibicionista é muito poderosa em nossa sociedade, coexistindo com a visão de mundo da RD.

Dito isso, é fato que existem duas vertentes que convivem no cotidiano das práticas em saúde: a da abstinência e a de redução de danos (TEIXEIRA *et al.*, 2017). Inspiradas no pensamento foucaultiano, poderíamos dizer que essas noções atuam como dispositivos (PRESTES, 2017), entremeados em redes que produzem verdades, práticas e discursos, que operam em relações de saber/poder que afetam o cotidiano dos serviços.

É sabido que o Estado do Ceará, por meio da, hoje extinta, Secretaria Especial de Políticas Sobre Drogas - SPD-CE (Lei Estadual nº 15.773, de 10 de março de 2015), seguindo políticas federais, fortaleceu a noção da abstinência no tratamento dos usuários de álcool e outras drogas, por meio da ampliação da parceria com as Comunidades Terapêuticas (CTs), que seriam também dispositivos sob lógica do proibicionismo.

O interesse por este estudo partiu da suspeita de que a RD continuasse sendo pouco conhecida e/ou adotada no cotidiano das práticas, como sugerem estudos recentes (SILVEIRA *et al.*, 2016; CALASSA, 2015; FILHO, 2009; CARVALHO & DIMENSTEIN, 2017; GOMES & DELLA VECCHIA, 2018). Com isso podemos levantar questionamentos gerais, para o nosso objetivo de pesquisa: a redução de danos estava sendo adotada como uma estratégia dentro da

Política de Atenção ao Usuário de Álcool e Outras Drogas no município de Fortaleza? Ela era operada por meio de que concepções e práticas?

2.1 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA

2.1.1 A implicação pessoal da pesquisadora

Este tópico é um exercício reflexivo. Fala de minha experiência pessoal que leva à construção do objeto da pesquisa.

O uso de substâncias psicoativas sempre me fascinou desde a adolescência. Na minha sede pelo conhecimento, eu estudava os diversos tipos de drogas e seus efeitos. Encantava-me os mistérios da mente humana e eu acreditava que essas substâncias desempenhavam um papel importante na alteração dos processos mentais e isso me causava tanto curiosidade, como deslumbramento.

Cursei Psicologia na UFC e o estudo das drogas ilícitas passou à convivência com os seus efeitos, que percebia de diversas maneiras entre companheiros de universidade nas incontáveis festas boêmias do bairro do Benfica, em Fortaleza. Entre discussões de mesas de bar ou rodas acadêmicas, a questão das drogas sempre esteve presente. Durante a faculdade, meus estudos das drogas ilícitas ainda foram deslocados para o estudo das drogas lícitas e controladas, os psicofármacos, pois a psicopatologia era um dos meus temas de maior interesse. Eu gostava de compreender os mecanismos de ação das substâncias e as suas relações “objetivas” no tratamento de condições como a psicose.

Já no último ano da faculdade a minha relação com a questão das drogas foi estreitando-se. Fui estagiar no “manicômio judiciário”, instituição asilar que cuidava dos “loucos infratores” e entre eles muitas pessoas que tinham diagnóstico de “transtorno esquizoforme ocasionado pelo uso de substâncias psicoativas” e outros do gênero. A partir de então o meu estudo tanto sobre as psicoses, quanto sobre as drogas começaram a se intensificar.

Depois de formada trabalhei por dois anos no sistema penitenciário do estado do Ceará e a “droga” era considerado o maior “problema” do cárcere em todos os aspectos, desde a segurança, até o social e de saúde. Se eu pudesse colocar em números, diria que nove entre dez pessoas a quem assisti em todo o meu tempo no sistema prisional tinham questões relacionadas ao uso de substâncias psicoativas.

Lá, participei de um programa destinado a usuários de drogas, onde trabalhávamos em equipe na prevenção, educação e promoção da saúde dessas pessoas. Sem me dar conta à época, comecei a trabalhar dentro da lógica de RD nos grupos em que coordenei oficinas de música e arte, realizando também trabalhos de educação em saúde e drogas, dando acolhimento e voz àquelas pessoas, que eram excluídas socialmente de todas as formas possíveis.

Entretanto, ali algo começara a me inquietar. Isso aconteceu, especialmente, porque entrei em um grupo de estudos do Núcleo de Estudos sobre Drogas (NUCED) do Curso de Psicologia da UFC, aprofundando o estudo sobre a assistência aos usuários de drogas e entrando em maior contato com a RD. Então percebi que no meu trabalho não se falava dessa abordagem. Por quê? Aliás, o próprio trabalho com os usuários de drogas, que era demanda do sistema prisional cearense, era motivo de conflitos entre as equipes dos presídios, pois alguns profissionais se recusavam a ter contato direto com os detentos, que era um aspecto fundamental das atividades do programa.

Depois que saí da atenção penitenciária, tornei-me psicóloga do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e, nos momentos em que precisei assistir junto às equipes aos usuários de álcool e outras drogas e sugeri o uso da estratégia de RD, recebi silêncio como resposta.

Esses foram alguns fatos que me trouxeram até aqui. Além disso, como psicóloga da saúde, sempre me foi uma preocupação constante a aplicação prática das políticas de saúde, levando em consideração os princípios que as norteiam, sendo o estudo das mesmas cotidiano. Dessa maneira, eu me propus, com essa investigação, a ser atriz no processo de mudança das políticas sobre drogas na saúde, de forma que essa pesquisa pudesse trazer resultados que fossem úteis para a assistência às pessoas usuárias de álcool e outras drogas, especialmente na cidade de Fortaleza.

2.1.2 Relevância político-social para o campo da saúde

Na emergência do nosso problema de pesquisa e, principalmente a partir de minha posição profissional, levantamos a possibilidade de que a RD não fosse adotada de todo ou parcialmente nos serviços de saúde em Fortaleza, diante da hegemonia histórica do paradigma do proibicionismo/abstinência e por ser uma estratégia de incorporação relativamente recente nas políticas sobre drogas. Existem indicativos na literatura para tal, além de dificuldades que nos levaram a inúmeras outras conjecturas de pesquisa. A primeira delas é o conhecimento

público de que o campo da saúde mental no município de Fortaleza veio se fragilizando nos últimos anos pela constante mudança de equipes e gestão de saúde da rede (por vínculos empregatícios instáveis), incluindo os CAPS AD, gerando descontinuidade nos vínculos profissional-usuário-serviço levando, possivelmente, a fragilidades na apropriação das políticas por parte dos profissionais de saúde e gestão. Ademais, quando da busca dos documentos oficiais nos sites governamentais, não foi conseguido encontrar Plano Estadual ou Municipal de Saúde que contemplasse o campo da atenção psicossocial no estado e município. Assim, não estava claro como se fazia a gestão dos serviços de saúde mental do município e estado, tendo as políticas e diretrizes federais uma importância considerável. Destarte, os componentes estratégicos das políticas podem ser enfraquecidos, uma vez que um dos princípios norteadores do pensamento estratégico é a maleabilidade e adequação às condições do meio.

A estratégia de RD é um importante componente da Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas e de outras políticas públicas sobre drogas no Brasil. Uma melhor compreensão deste componente estratégico faz-se importante para o entendimento de fatores importantes no dia-a-dia da prática do CAPS AD, como: adesão ao tratamento, projeto terapêutico singular (PTS), tipo de tratamento, locais de atendimento na rede, entre outros.

Além disso, ainda existem poucas pesquisas dentro enfoque qualitativo acerca da RD. Há trabalhos quantitativos sobre distribuição de kits e programas de trocas de seringas, além de trabalhos teóricos acerca das diferentes noções de RD e sobre o movimento social da Redução de Danos em um olhar antiproibicionista. Todavia, há muito pouco sobre a prática profissional em RD em relação aos profissionais de saúde da RAPS, que não sejam os chamados “redutores de danos”.

Podemos refletir sobre a relevância deste estudo em uma dimensão que relaciona política institucional e micropolítica. Isso significa dizer que para compreender o escopo de uma política de estado é preciso entender a relação do seu texto com a interpretação do texto pelo sujeito e a aplicação dessa interpretação na ação do cotidiano. Ora, é tão comum, desde intelectuais do direito até o cidadão comum a crítica da lei ou da política que “não sai do papel”. Essa pontuação, muitas vezes fundamentada, esbarra na falta de dispositivos para se compreender os motivos que levam a isso ou as dinâmicas político-sociais que engendram esse desfecho.

Ademais, Delbon *et al.* (2006) advertem que implantar intervenções em RD é um processo gradativo, longo, devendo-se respeitar as diferenças das equipes e dos serviços. Passados dezesseis anos do lançamento da política que incluiu a RD como estratégia na atenção

aos usuários de álcool e outras drogas, é pertinente refletirmos sobre em que momento desse processo os serviços se encontram em Fortaleza.

Esta investigação é, portanto, uma tentativa de compreensão dessas relações dentro do CAPS AD, que é o principal dispositivo da rede para atenção aos usuários de álcool e outras drogas.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

- Compreender concepções e práticas da estratégia de redução de danos na atenção à saúde a usuários de álcool e outras drogas em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) no município de Fortaleza.

3.2 ESPECÍFICOS

- Identificar e analisar documentos oficiais do Estado do Ceará, do Município de Fortaleza e da gestão local onde se encontra o CAPS AD que versem sobre a estratégia de redução de danos na área da atenção à saúde dos usuários de álcool e outras drogas;
- Investigar concepções dos profissionais de saúde e gestores desse equipamento acerca da redução de danos e as práticas que eles atribuem à estratégia.
- Correlacionar os textos das políticas sobre a redução de danos, as concepções desses atores sobre a estratégia e as práticas de assistência do serviço.

4. O USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS, O PROIBICIONISMO E A REDUÇÃO DE DANOS

Para discutirmos onde se insere a estratégia de RD no campo da saúde, precisamos compreender dentro de uma perspectiva histórica o uso de substâncias psicoativas (ora chamada de drogas), a construção da lógica da proibição dessas substâncias no contexto da modernidade e o tensionamento desta pela perspectiva da RD. Esses três elementos são tão fortemente imbricados no “fenômeno da droga” na atualidade, que não há forma de compreendê-los sem um aprofundamento dos três.

Destarte, nesse capítulo trataremos discussões acerca de cada um destes elementos, em separado, de forma didática, embora sempre em uma perspectiva dialógica, para então chegarmos às políticas públicas sobre drogas no Brasil, onde se insere a estratégia de RD e as pesquisas sobre o tema no âmbito das políticas públicas de saúde.

4.1 O USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS (DROGAS)

É praticamente impossível acabar o uso de substâncias psicoativas. Elas têm sua utilização nas comunidades humanas desde os tempos mais remotos da humanidade. A ideia de um mundo sem drogas não passa de uma utopia, que uma perspectiva realista e pragmática não pode, nem deve, alimentar.

Em geral, os estudos que tratam da RD, partem dessa premissa. É impossível imaginar a humanidade sem drogas, tendo como base os registros históricos humanos, que identificam o uso de drogas há milênios na maioria das organizações sociais (PRESTES, 2017).

Apesar de a “naturalização do uso das drogas” ser uma possível crítica aos estudos antiproibicionistas², no pressuposto de que sempre existiu e sempre existirá drogas na humanidade, há evidência da força da historicidade do fenômeno, que expressa dessa maneira pode parecer, para alguns, uma afirmação sem fundamentação consistente. Afinal, não é porque algo existe há milhares de anos, que existirá sempre. As revoluções tecnológico-científicas e transformações de modos de viver dos séculos XX e XXI demonstraram mudanças radicais em formas de vida das pessoas que tinham características seculares. Entretanto, não se pode negar a força da história na construção social de hábitos humanos.

Partindo desse entendimento, é necessário que percebamos cruciais diferenças entre o uso de substâncias psicoativas por nossos antepassados e no mundo atual, além de variações culturais, sociais, individuais e farmacológicas das drogas que levam a padrões de consumo diversos, tornando-se um fenômeno extremamente complexo (HELMAN, 2009).

Começamos nossa reflexão pela discussão da adoção do termo “droga” no século XX como descritor de substâncias psicoativas (também chamadas de narcóticos³) ilícitas, especialmente no nosso idioma⁴.

² Estudos que se posicionam contrariamente ao chamado “paradigma proibicionista” e que não acreditam em um mundo livre de drogas, entendendo o “fenômeno das drogas” como parte da existência humana.

³ No dicionário Michaelis: palavra de origem grega (*narkotikós*) que significa substância que entorpece o cérebro e lhe paralisa funções.

⁴ No inglês, por exemplo, o termo “*drug*” pode ser utilizado corriqueiramente para designar medicamento, o que acontece em raras ocasiões no português, salvo no meio médico-acadêmico.

No sentido técnico, “droga” designa de forma ampla qualquer substância que, contrastando a “alimento”, não é assimilada de forma imediata como meio de manutenção do organismo, mas desencadeia no corpo uma reação tanto somática, quanto psíquica de intensidade variável, mesmo quando consumidas em pequenas quantidades (SIMÕES, 2008). Isso designaria um leque imenso de substâncias como a cerveja, a cocaína, o Diazepam, até os medicamentos do cotidiano para gripe ou dor de cabeça.

Segundo Vargas (2008), a própria etimologia da palavra “droga” é duvidosa. Algumas hipóteses de palavras de origem seria: *drogria* (do latim), *daruk* (do irânico), *durâwa* (do árabe), *druko* (do celta). A hipótese mais plausível seria a do holandês *droghe vate*, que significaria “barris de coisas secas”, em referência aos barris de especiarias (e possivelmente narcóticos) que os europeus levavam das Índias para a Europa durante as grandes navegações. Logo, o vocábulo “droga” já estaria associado a uma noção de mercado e de exotismo, muito presente no início dos tempos modernos.

Podemos perceber que este é um conceito relativamente recente em termos históricos, com algo em torno de quinhentos anos de vida, aproximadamente. Antes desse momento essa palavra não existia. Hoje, ela é, em si mesma, associada a uma noção de mal, sendo naturalmente ligada a algo negativo e, por muitas vezes, ao abuso de substâncias narcóticas. Em uma lógica proibicionista e moralista de ver o fenômeno do uso de substâncias psicoativas, – hegemônica principalmente nas últimas duas décadas do século XX – este consumo é necessariamente associada a doença, delinquência e compulsão (LABATE *et al.*, 2008).

Dessa maneira, o conceito de droga está longe de ser associado apenas às suas propriedades farmacológicas, mas é um construto social. Ora, o *farmakon* (do grego) tanto servia para designar remédio, quanto veneno (SIMÕES, 2008; ESCOHOTADO, 1998) e, embora tecnicamente o termo “droga” se refira isso, ele ganha uma conotação que se aproxima de “demoníaca” dentro do pensamento de proibição.

Para além da farmacologia das substâncias, estudos da antropologia da saúde defendem o chamado “efeito total da droga”, que depende de variáveis como o ambiente físico e social em que o consumo ocorre, personalidade e estado psíquico da pessoa que usa a substância, contexto econômico, valores atribuídos ao uso de substâncias psicoativas por determinado grupo social, autoridade de quem fornece ou prescreve a droga, além do princípio ativo em si (HELMAN, 2009). Esses estudos evidenciam que o padrão de uso (se recreativo, abusivo ou dependente) dos narcóticos, dependem de um entremeado desses vários fatores,

sendo que, de maneira objetiva, não há como se considerar o uso de drogas, em si, como prejudicial (HELMAN, 2009; LABATE *et al.*, 2008; SIMÕES, 2008).

Há, todavia, dentro de uma lógica de saúde pública, um entendimento de que no comportamento do uso de substâncias psicoativas há riscos associados, da mesma forma que eles existem em outros comportamentos humanos, tais como fazer sexo, viajar, praticar esportes, comer, entre outros (LABATE *et al.*, 2008). Ainda assim, as pessoas continuam usando narcóticos, desde os tempos mais remotos, com os propósitos mais diversos, que perpassam questões complexas, como a busca do prazer e alterações dos estados de consciência, a aventura, a criminalidade, a sociabilidade, a transcendência e o conhecimento (SIMÕES, 2008).

Na antiguidade, em muitas culturas e em rituais tribais que remontam até o período neolítico, essas substâncias, ou melhor, ervas ou produtos da natureza, tinham frequentemente um papel de mediador espiritual, de transcendência e ligação com o divino (ESCOHOTADO, 1998; SIMÕES, 2008). Mesmo assim, desde aquele tempo, o caráter recreativo das drogas, especialmente do álcool, era reconhecido. Exemplo disso é o Livro do Eclesiastes, no antigo testamento, que descreve o vinho como o “gozo do coração e alegria”, além de posteriormente ser consagrado como a representação do sangue de Cristo, que remonta a simbologias pagãs (SIMÕES, 2008; ESCOHOTADO, 1998).

A idade média europeia viu a perseguição de tudo que era considerado magia, bruxaria e que tinha o signo de pecaminoso ou demoníaco, afinal, o prazer era um dos pecados maiores, sendo entendido em muitas ocasiões como obra do demônio, tendo um *status* de irreabilidade. As substâncias inebriantes, como a mandrágora, a *amanita muscaria*, o ópio, entre outras, – inclusive aquelas ervas não psicotrópicas usadas para fins medicinais – eram associadas a rituais pagãos e foram banidas da sociedade cristã, controlada, à época, pela Igreja Católica. Seus usuários e prescritores foram torturados e/ou mortos pela Inquisição (ESCOHOTADO, 1998; SOUZA, 2014).

No tempo da renascença, a alquimia medieval começava a dar os primeiros indícios da formulação moderna da química, com advento da revolução científica da época. O alquimista Paracelso foi um dos primeiros a postular a dupla face das substâncias químicas, que ora poderiam exercer influências positivas (*essentia*) e ora negativas (*venena*). Para ele, “*sola dosis facit venenum*” (somente a dose faz o veneno) e, com isso, as doenças passaram a ser entidades tratadas por essas substâncias, que tinham o poder de curar ou destruir (VARGAS, 2008; ESCOHOTADO, 1998).

A realidade cotidiana das pessoas que viviam nessa época era regida por um princípio de vida breve. Era uma Europa pré-industrial em que, sobretudo os pobres, viviam em estados de torpor ou alucinação por boa parte do tempo, causados pela fome, pelo pão mal fermentado ou adulterado por ervas entorpecentes (como a papoula, o cânhamo, o joio e o esporão de centeio). Era uma época de excessos de uma sociedade febril e insone que recorriam a mediadores de esquecimento para suportar o desalento daquela vida (VARGAS, 2008).

Entretanto, nem mesmo nesse tempo o estatuto contemporâneo da “droga” aparecia. Em verdade, era cômodo para aquela sociedade que os pobres fossem “controlados” pelos entorpecentes. Essa forma de existência os mantinha disciplinados e ajustados a uma dinâmica social que não precisava deles.

Já na era moderna, com o comércio marítimo, é que se deu início à construção da nossa noção atual de “droga”. Começou com a comercialização do que Vargas (2008) chama de “alimentos-droga”. De início, essas transações caracterizavam-se como tráfico, a exemplo do tráfico das especiarias, que tinha obtido muito sucesso, como bem aprendemos nos livros de história do Brasil. Eram o açúcar, o chocolate, o chá, o café, o tabaco e as bebidas alcólicas destiladas.

Ao longo dos anos a demanda por esses “alimentos de luxo” começou a aumentar, chegando às camadas populares. O capitalismo estava emergindo e este era palco favorável para as bebidas quentes estimulantes (como o chá, café e chocolate adoçados), que davam energia e vigor aos trabalhadores, seguindo os ditames de sobriedade e disciplina que esse sistema demandava. As bebidas destiladas e o tabaco ganharam, então, o rótulo de inadequação ao trabalho, mas ainda tinham a função de tornar suportável as condições extremamente precárias de trabalho e de vida, principalmente após a revolução industrial (VARGAS, 2008).

O “problema social das drogas”, como será melhor explicitado na próxima sessão, emerge de fato no final do século XIX, com o aumento da produção das bebidas alcólicas e a preocupação com a queda da produção dos trabalhadores nas indústrias, especialmente nos Estados Unidos (RIBEIRO & ARAÚJO, 2006; VARGAS, 2008).

O século XX viu, ainda, um grande desenvolvimento da indústria farmacêutica e a sintetização de muitos elementos químicos. Isso levou ao isolamento de inúmeras substâncias psicoativas e manipulação de seus princípios ativos, tanto para funções terapêuticas, como recreativas. Nesse mesmo período, enquanto certos narcóticos foram proibidos, outros foram crescendo em produção dentro da indústria farmacêutica com a ampliação da importância social

das atividades biomédicas e com a legitimação médica para proibição de narcóticos específicos (VARGAS, 2008), ficando claro o interesse de mercado nessa questão.

O fim do século passado e especialmente o início deste século assistiu um aumento exponencial do uso de todos os tipos de substâncias psicoativas, sendo considerado um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Dados da *United Nations Office on Drugs and Crime* (UNODC) estimam que no ano de 2015, 255 milhões de pessoas eram usuárias de drogas (ilícitas) no mundo, sendo dessas 29,5 milhões pessoas com transtornos relacionados ao uso dessas substâncias (UNODC, 2017).

4.2 O PROIBICIONISMO

4.2.1 O uso de drogas como um problema social: a lógica do proibicionismo

Nos Estados Unidos da América (EUA) desde o período colonial a questão da proibição dos entorpecentes era discutida e, até mesmo, requerida. O puritanismo cristão era massivo entre os colonos e trazia consigo a noção cristã medieval europeia de que as distintas formas de ebriedade não passavam de “paraísos artificiais”, que ameaçavam a sociedade com pragas de impureza e pecado. Ainda no ano de 1650, o Código de Connecticut, uma amálgama perfeita entre puritanismo exaltado e democracia política, criminalizava a embriaguez e a vagabundagem, além de regular a venda da quantidade de vinho por pessoa e proibir o uso do tabaco (ESCOHOTADO, 1998).

Apesar disso, apenas no século XIX é que o consumo de substâncias psicoativas foi se construindo como um problema social e estas se transformando em “drogas”, conforme comentamos, dando corpo a lógica do proibicionismo. Até então, na maioria das nações o uso e comércio dessas substâncias era livre para fins medicinais ou de recreação (ESCOHOTADO, 1995; RIBEIRO & ARAÚJO, 2006).

Nos EUA, no início dos anos de 1800, a economia foi deixando de ser predominantemente agrícola e se tornou industrial, chegando em 1860 a ser a segunda potência industrial do mundo (ESCOHOTADO, 1998). Nesse momento, o consumo de substâncias psicoativas gerava um duplo incômodo: o moral e o produtivo. Esses fundamentos estavam fortemente imbricados no pensamento cristão americano. Como vimos, no século XVII tanto a ebriedade como o ócio eram vistos como comportamentos fora da lei.

Na questão produtiva, havia um incômodo acerca da inadequação da ebriedade para o trabalho, embora esta tivesse uma função de acalento e controle social. No fim do século XIX a produção de álcool industrializado crescia exponencialmente e, conseqüentemente, seu consumo, sobretudo entre as camadas populares, que eram a força de trabalho das indústrias americanas (ALVES, 2009; RIBEIRO & ARAÚJO, 2006; VARGAS, 2008).

O fundamento moral da proibição, como pontuamos, já era arraigado na sociedade americana da época, sendo provável que no início do movimento proibicionista ele tenha sido mais decisivo que o fator econômico. O pensamento cristão desde os tempos medievais já condenava o uso de substâncias psicoativas. Além disso, a sociedade puritana-moralista americana, marcada pela intolerância, costumava associar o uso de narcóticos às minorias sociais, como os negros, imigrantes e proletários (RIBEIRO & ARAÚJO, 2006) criando estigmas⁵ sociais nessas populações, que anos mais tarde seriam as maiores vítimas da guerra às drogas.

No século XIX, nos EUA, os *saloons* eram extremamente importantes na venda e consumo de álcool e outras substâncias. Eram espaços de jogo, prostituição e dança, consideradas atividades insuportáveis para a sociedade puritana americana da época (RIBEIRO, 2013).

Esse moralismo levou a criação de um movimento proibicionista, formado pela união das igrejas católicas e protestantes de Ohio, sob o slogan “ao badalar dos sinos das Igrejas de Ohio, os *saloons* devem partir”. A proposta do movimento era o fim do comércio do álcool, que gerava degradação moral e física que se acreditava ter acometido a nação. Esse movimento levaria a formação do Partido Proibicionista em Ohio, em 1869. A sociedade civil organizou-se em entidades: a Sociedade Nova-Iorquina Para Supressão do Vício (1868), a Liga das Senhoras Cristãs Pela Sobriedade (1873), as Ligas Anti-Saloon (1893). Até mesmo as universidades se posicionaram, criando a Federação Científica Pela Sobriedade (1879) que tinha como objetivo definir e buscar soluções para o problema social, que começava aos poucos a se delinear como de saúde pública. Editoras e jornais ocuparam-se de discutir o tema, que ganhou dimensão nacional. Debatiam especialmente sobre a necessidade de banir o álcool do país (ESCOHOTADO, 1998; RIBEIRO, 2013).

Em 1920, o governo americano conseguiu aprovar a 18ª emenda à Constituição, que baniu o álcool, conhecida como “Lei Seca”, que perdurou até 1932. Todavia, antes mesmo da aprovação dessa lei, os EUA já realizavam pressões no cenário internacional em direção à

⁵ A questão do estigma será melhor discutida no capítulo 7.

proibição das substâncias psicoativas, uma vez que após a 1ª Guerra Mundial, o país recebeu um contingente muito grande de imigrantes vindos da China, que introduziram o hábito de fumar ópio, o que preocupava o governo acerca da possível disseminação do consumo (RIBEIRO & ARAÚJO, 2006).

Dessa maneira já em 1906 e 1911 ocorreram os Encontros de Xangai e em 1912 e 1914 os de Haia, na Holanda, nos quais os EUA visavam suprimir gradualmente o comércio de ópio. Esses eventos foram resultado das Guerras do Ópio, no século XIX, quando o governo chinês fechou seus portos para a entrada de ópio, trazido pelos britânicos, por conta do consumo problemático naquela população (RODRIGUES, 2008; SOUZA, 2014).

Posteriormente, as pressões para o proibicionismo espalharam-se pelo mundo e parte das nações começaram a compartilhar a ideia americana de que a dieta farmacológica deveria ser regulada pelo Estado. Após o fim da proibição do álcool, em 1932 os EUA criaram o *Federal Bureau on Narcotics* para regular a venda de psicotrópicos (RIBEIRO & ARAÚJO, 2006).

Além disso, convocaram uma série de eventos internacionais, sediado pela Comissão de Narcóticos (CDN), criada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1946, com a finalidade de controlar e reprimir a produção, comércio e consumo de narcóticos. Foram três convenções, conhecidas como Convenções-Irmãs. Em 1961, em Nova Iorque e em 1971 e 1988, em Viena, com o objetivo de construir um plano de ação comum sobre as drogas pelos estados membros, reafirmando o proibicionismo como política a ser seguida por todas as nações (ALVES, 2009).

Segundo Ribeiro & Araújo (2006) desde o início das tentativas de proibição das substâncias psicoativas “o feitiço virou contra o feiticeiro”. Mesmo tendo os britânicos e aliados ganhado as Guerras do Ópio, eles não quiseram que o governo chinês legalizasse o consumo de produto. Isso desembocou na criação de organizações criminosas que, com o atributo de ilegalidade, agregava valor ao comércio da substância. As organizações criminosas chinesas, mais tarde conhecidas como Tríades, capitaneavam o comércio ilegal para Europa e EUA, que se tornou uma fonte de exploração econômica para sociedades secretas seculares, difundindo as máfias criminosas pelo mundo, como as italianas Cosa Nostra, Camorra e ‘Ndrangheta – que se destacaram por traficar bebidas alcólicas (no tempo da lei seca) e cocaína nos EUA – a Yakuza no Japão e os cartéis de tráfico de cocaína da América do Sul, como o de Cali, da Colômbia.

Foi nessa ilegalidade do comércio e do uso que a chamada “guerra às drogas” foi construída e, a partir dos anos 1980, com a internacionalização do tráfico e o fim da Guerra

Fria, ela se intensificou. Passos & Souza (2011) comentam que a guerra às drogas foi inserida no “ciclo global de guerras”. Em meio ao fim dos regimes totalitários a anterior “guerra ao comunismo”, transformou-se em guerra às drogas e, posteriormente, ao terrorismo, como ameaça aos estados democráticos. Assim, ela

se tornou ao mesmo tempo um exercício de controle social e uma estratégia para a ampliação da economia neoliberal a partir do exercício do poder e da violência. A economia neoliberal se fortalece através da intensificação de uma economia bélica, já que a lógica de guerra às drogas e a lógica de consumo não são lógicas opostas, elas se alimentam e se fortalecem mutuamente (PASSOS & SOUZA, 2011, p. 155).

Para estes autores, como outros que analisam o fenômeno a partir das estruturas econômicas, a guerra às drogas acaba por ter uma função econômica reguladora principalmente no que diz respeito ao mercado bélico.

Além disso, a lógica proibicionista faz parte do que Souza (2014) chama de “dispositivo das drogas”, inserida no que Foucault chamou de “a arte de governar” ou governamentalidade, que controla os corpos para serem dóceis num deslocamento – que fica claro na sociedade americana – do poder pastoral da Igreja, que controla as pessoas pela obediência e negação do prazer, para uma tecnologia moderna de controle dos corpos pela repressão e pela medicina.

O proibicionismo opera no controle das pessoas por discursos, que vão criando verdades e práticas sociais. Na década de 1990, Bucher & Oliveira (1994) em uma perspectiva dos estudos da linguagem, especialmente no âmbito da análise do discurso, realizaram uma investigação analisando textos brasileiros da época (em que o discurso da guerra às drogas vigorava em plena hegemonia), chegando à conclusão de que eles fazem parte de um conjunto que denominou “formação discursiva antidrogas”, que levava a constituição de uma ideologia de expressão condenatória, caracterizada por uma argumentação emotiva e alarmista, a serviço de certas instâncias de poder e autoridade. A ideologia, sendo a principal categoria de análise do estudo, era tomada pelos autores como “categoria explicativa do funcionamento dos discursos sociais”, definição que lançamos mão também aqui.

Os textos analisados eram publicações americanas no Brasil, documentos oficiais brasileiros e textos da imprensa brasileira. Nessa análise emergiram as seguintes unidades analíticas:

1) silenciamento acerca das questões sociais que concorrem para os fenômenos de uso, abuso e dependência de drogas; 2) desconsideração da motivação do usuário, da sua dimensão subjetiva; 3) simplificação do fenômeno das drogas, apontando elementos unidimensionais na etiologia da dependência; 4) centralização exclusiva do

produto tóxico ilícito; 5) tratamento genérico dos efeitos da droga, pela lei do tudo ou nada, sem especificação do produto, do padrão de uso, da personalidade e história de vida do usuário, do contexto; 6) associação dramática freqüente entre droga e sexo, droga e crime, droga e morte; 7) omissão do fato de que droga pode propiciar prazer, sensações agradáveis, facilidades de comunicação e relaxamento; 8) omissão ou descaso a respeito do uso e abuso de psicotrópicos e outras drogas lícitas; 9) crença de intervenção heroica e desinteressada que livrará a comunidade e o país, definitivamente, das drogas; 10) recomendação de atividades religiosas, morais, patrióticas e esportivas como estratégias de prevenção (ou mesmo como “va cinas”) (BUCHER & OLIVEIRA, 1994, p. 140).

Ilustrativamente, nessas unidades discursivas propostas pelos autores fica evidenciado o cerne do discurso do proibicionismo que norteava a sociedade brasileira, com base na ideologia americana, espalhada mundialmente. Em inúmeras ocasiões esses textos usavam de persuasão, e não tinham objetivo de informar (como no caso da mídia), mas de convencer, criando um discurso de consenso, pelo qual transmitem-se ideias, as quais são, virtualmente, partilhadas por todos, como se fosse um axioma que não se pode duvidar (BUCHER & OLIVEIRA, 1994).

Esse “consenso” é de grande valia para pensarmos como as políticas públicas de saúde fomentaram-se a partir de então. É claro que a noção partilhada da “guerra às drogas” acabaria respingando nas políticas de saúde, uma vez que os seus operadores estavam inseridos dentro dessa ideologia de medo, violência, crime, pecado e morte, que era atrelado ao discurso antidrogas.

Apesar do poder dessa ideologia, há evidências de que a guerra às drogas é uma guerra fracassada, que gerou efeitos nefastos, especialmente nos grupos sociais minoritários, como imigrantes, negros e pobres, que foram estigmatizados como usuários ou traficantes, gerando um *apartheid* social, numa lógica que procura o inimigo sempre no outro, seja nos países estrangeiros, seja no outro que é diferente de mim. Isso gerou mais violência e, conseqüentemente, fortaleceu o comércio ilegal de entorpecentes entre essas minorias, que eram socialmente excluídas e viam nesse mercado um meio de vida (RODRIGUES, 2008).

4.2.2 O proibicionismo e a saúde pública: o modelo de doença

O fenômeno da drogadição, dependência química, toxicomania, transtorno por uso de substância psicoativa, seja qual for a nomenclatura usada no campo da medicina e da saúde, foi uma invenção do fim do século XIX, início do XX. Não que o uso de entorpecentes não possa ser problemático, mas como vimos antes, o problema inicial do consumo de drogas passava por questões morais e econômicas, sendo primeiramente deslocadas para uma lógica criminal,

tendo posteriormente sido construída uma noção de danos à saúde, sendo legitimada pelo poder médico-sanitário da época.

É precisamente no início do século XX, quando o hábito do uso de entorpecentes deixa de ser uma exceção entre os filhos da “boa sociedade”, passando para prostitutas, pequenos criminosos e classe trabalhadora que este surge como problema de saúde pública, como uma “epidemia” a ser combatida e controlada (RODRIGUES, 2008). Essa construção veio, segundo Foucault, a partir do surgimento de um novo problema nos séculos XVIII e XIX, percebido pelos governos e intelectuais da época: a população (SOUZA, 2014).

Com a modernização e a industrialização do período, o número de habitantes nas cidades cresceu rapidamente, necessitando de uma forma de governar a cidade e conter as massas humanas aglomeradas que se reproduziam velozmente. Era necessário um conjunto de saberes que forjassem corpos saudáveis para o trabalho e mansos para o trato, sendo o momento em que várias disciplinas, como economia, estatística, demografia e medicina social desenvolveram-se (RODRIGUES, 2008; SOUZA, 2014).

A medicina social (precursora da saúde pública), segundo Foucault (1979), nasceu junto com o capitalismo, no final do século XVIII, início do séc. XIX. Ele critica a tese de alguns autores de que com o surgimento do mundo capitalista a medicina passou de coletiva para privada, individualista. Pelo contrário. Para ele, o capitalismo socializou um primeiro objeto que foi o corpo, como força de produção e depois força de trabalho. O controle da sociedade sobre os indivíduos não opera simplesmente pela ideologia ou pela consciência mas começa no corpo, no biológico, no somático, que foi onde investiu a sociedade capitalista. O corpo foi investido política e socialmente como força de trabalho.

Todavia, no início da medicina social ocidental ainda não havia essa valorização do corpo pelo poder da medicina, que só se deu na segunda metade do século XIX. Essa evolução da medicina social passou por três etapas: primeiro, a medicina de Estado; depois a medicina urbana, com o crescimento da cidade e; por fim, a medicina da força de trabalho e do controle dos corpos.

A medicina de Estado teve como precursores as políticas estatísticas que ocorriam na França, Áustria e Inglaterra, que começaram a contar a força ativa de suas populações no sec. XVII, organizando taxas de mortalidade e natalidade, tendo como marca a polícia médica alemã no fim do séc. XVIII, início do XIX, que possuía um sistema completo de observação de morbidade, nascimento e morte, com dados coletados de hospitais e de médicos que atuavam nas cidades. A formação dos médicos era definida pela própria corporação. Foi o tempo em que

os médicos e a medicina tornaram-se sujeitos/objetos de normalização, havendo organização administrativa encarregada de fiscalizar a prática médica. Eles ainda tinham seu domínio de autoridade hierarquizado em uma pirâmide dos médicos de menores e maiores localidades. A organização do saber médico, era, portanto, estatal.

A segunda fase do desenvolvimento da medicina social ocorre na França, com a urbanização. O amontoado das pessoas na cidade traz o que Foucault chamou de “medo urbano”, uma angústia diante da cidade, das epidemias que a população numerosa poderia trazer, dos prédios altos, dos cemitérios numerosos, dos esgotos, das caves construídas em baixo das casas, que tinham sempre o risco de desmoronar. O amontoamento de cadáveres de pessoas pobres nas cidades tornou-se um problema de saúde, pelas infecções que traziam ou simplesmente pelo pânico das pessoas pela proximidade dos mortos.

Nesse contexto a burguesia francesa adotou o método da quarentena, onde cada família ficava na sua casa, nos seus distritos e um sistema de vigilância foi constituído para desinfecção das ambientes. Era uma medicina de controle de circulação das coisas (água e ar) e, sobretudo, uma medicina de exclusão, que vimos reproduzida, claramente, em toda nossa contextualização da doença mental e do uso de drogas. Essa exclusão anda de mãos dadas com a proibição, que ora discutimos.

A última fase da consolidação da medicina social, no séc. XIX, traz consigo o entendimento da “medicina dos pobres”, do proletariado, à época em que eles deixaram de fazer parte da paisagem da cidade e passaram a ser força de trabalho e, assim, passaram, na Inglaterra, a ter direito à assistência de saúde. Era uma assistência que mais tinha a ver com um controle médico da população. Ela controlava a vacinação das pessoas, organizava registros de epidemias e doenças que poderiam virar epidêmicas e localizava os ambientes insalubres para destruição dos focos de insalubridade. Ela triunfou por ligar três aspectos: assistência ao pobre, controle da força de trabalho e esquadramento geral da saúde pública, permitindo aos ricos que se protegessem dos perigos gerais. Era um governo dos corpos pela medicina.

Esse governo dos corpos não visava somente o aumento das suas habilidades, tampouco a sua sujeição, mas uma relação complexa que torna o indivíduo ao mesmo tempo mais útil e dócil, levando a uma forma de exercício de poder, nomeada por Foucault de *biopoder*. (FOUCAULT, 2001; 2008).

Esse exercício de poder aplicado ao controle das populações (habitantes da *polis*) é chamado de *biopolítica*. É nesse momento que a medicina social cria o problema de saúde pública das drogas.

A diferença é que esse mecanismo de controle na saúde, diferente do proibicionismo repressor clássico, usa o seu oposto, o cuidar, como forma de controle das subjetividades. Segundo Rodrigues (2008),

junto às ações disciplinares de cunho coercitivo, como a prisão e ação das “forças da lei”, a biopolítica operou estratégias de incremento das condições de vida dessas mesmas populações vigiadas, o que originou investimentos em saúde pública – campanhas de vacinação, reformas urbanas, saneamento público, regulamentação das profissões médicas etc. – que significavam a um só tempo melhoria de vida e fortalecimento para o trabalho. Assim, Foucault identifica positivamente no exercício do poder ou, em outras palavras, que o governar não se restringia a coagir (*provocar morte*), mas também, em “causar vida” (p. 97).

Segundo esse autor, é nessa confluência entre coerção e assistência, entre reprimir e oferecer que o proibicionismo desponta. O controle e a regulamentação do uso de drogas foram elementos importantes para a consolidação do poder médico do período, que passou a dizer quais os usos eram aceitáveis ou não, tendo papel fundamental na fixação de leis, que tomava o que fosse cientificamente legítimo como “legal”, e o cientificamente ilegítimo como “ilegal”.

O primeiro hábito a tornar-se doença foi o de beber. Sobre isso Souza (2014) diz:

Parece óbvio que o fenômeno da “bebedeira” tenha se tornado problema para a saúde pública no século XVIII, pois foi também nesse contexto que a saúde pública surgiu, sendo desde o início uma modalidade de intervenção estatal. O que é menos óbvio é que a saúde pública, entendida como campo exclusivamente médico-epidemiológico, era uma matriz explicativa dos comportamentos e hábitos de vida. É neste âmbito que o problema da “bebedeira” passa pelo crivo do saber médico se tornando gradativamente uma doença (p. 991).

É nesse agenciamento de saberes que um hábito cultural é tornado uma doença que deve ser curada, sendo a única forma de tratamento a abstinência. Algo parecido ocorre com o ópio, e posteriormente, com as outras drogas.

Nessa inter-relação entre os saberes médico, jurídico e moral, a ideologia proibicionista perdurou e se fortaleceu, ditando hábitos político-sociais até os dias de hoje, tendo extrema importância dentro do saber/poder/fazer médico e conseqüentemente de toda a área da saúde, que foi se complexificando, criando toda uma rede explicativa para doença da dependência de substâncias psicoativas.

4.2.3 O proibicionismo no Brasil

No Brasil, como ocorreu no exterior, as primeiras intervenções do governo para controle do uso e comércio das substâncias psicoativas aconteceu no início do século XX por

meio de um aparato jurídico-institucional. Todavia, nesse período o consumo dessas substâncias era incipiente e não representava ameaça social ou de saúde pública. Apenas o álcool era consumido em maior escala, mas tolerado pelos governantes.

Essa apatia do governo sobre o tema levou a criação de sociedades privadas, como a Liga Antialcoólica de São Paulo, a Liga Paulista de Profilaxia Moral e Sanitária, a Liga Brasileira de Higiene Mental e União Brasileira Pró-Temperança, que tinham o objetivo de educar contra o uso do álcool, começando os primeiros trabalhos assistenciais para os alcoolistas, marcadas por concepções moralistas e higienistas (MACHADO & MIRANDA, 2007).

As leis começaram a ser aprovadas no país por influência internacional, sendo que na década de 1920 a legislação penal propunha internação compulsória, por tempo indeterminado, em instituição correcional aos chamados “toxicômanos”. Em 1938 foi promulgada a Lei nº 891, a Lei de Fiscalização dos Entorpecentes, na qual o governo adotou claramente medidas proibicionistas, que posteriormente foram incorporadas no artigo 281 do Código Penal, em 1940, que criminalizada o porte de drogas ilícitas, independentemente da quantidade, indiscriminando o uso pessoal do comércio ilícito dessas substâncias.

Na década de 1970 a repressão se intensificou e, no que diz respeito às intervenções em saúde, a Lei nº. 5.726/1971 (Lei de entorpecentes da época) permaneceu omissa em relação aos usuários, salvo aqueles casos dos “infratores viciados”, que seriam internados em hospital psiquiátrico pelo tempo que demandasse sua recuperação.

Seguindo as convenções da ONU, o Brasil criou uma política repressora que era propagada pelos órgãos estatais, como o COFEN (Conselho Nacional de Fiscalização de Entorpecentes) e o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes, sendo criados no período militar, que posteriormente deu origem ao CONAD (Conselho Nacional Antidrogas) e ao SISNAD (Sistema Nacional Antidrogas) já em 1998, tendo como órgão executivo a SENAD (Secretaria Nacional Antidrogas) (ALVES, 2009).

O prefixo “anti” deixava claro o posicionamento do governo brasileiro acerca da questão das drogas. As discussões provenientes das ações de RD, principalmente no âmbito da saúde, levaram a transformações políticas que retiraram nos anos 2000 esse prefixo, passando os órgãos e as políticas a serem denominadas pelo vocábulo “sobre”, como veremos mais adiante.

4.3 A REDUÇÃO DE DANOS

Diante da comprovada ineficácia do modelo proibicionista, além dos efeitos sociais perversos por ele criados (BUCHER & OLIVEIRA, 1994, MACHADO & BOARINI, 2013; RODRIGUES, 2008), aos poucos foi tomando forma o que muitos autores denominaram *paradigma da redução de danos* (MARLAT, 1999; RIBEIRO, 2013, FONTANELLA & TURATO, 2005; MOREIRA, *et al.*, 2006; DELBON *et al.*, 2006; TEIXEIRA, 2017; CALASSA *et al.*, 2015; SOUZA, 2013; BRASIL, 2004a) .

Embora essa seja uma premissa válida – visto que uma revolução paradigmática transpõe inúmeras barreiras científico-sociais e cria, conseqüentemente, uma nova maneira de ver o mundo⁶ como é o caso da RD, que se coloca como uma nova forma de posicionamento político, científico e social ante à questão das drogas na contemporaneidade –, ela pode ser defendida apenas parcialmente, pois a RD é um ponto de vista que coexiste com o paradigma proibicionista e que tem enfrentado nos últimos anos, especialmente no Brasil, uma tentativa de desconstrução pelos partidários do proibicionismo, como veremos ao longo das discussões que os resultados da nossa pesquisa apontaram.

Ainda assim, a extrapolação da noção de RD foi tão ampla, que ela pode ser aplicada a outras discussões como eutanásia e ortotanásia, aborto, trabalhadores intoxicados por substâncias em processos industriais ou por agrotóxicos, travestis que injetam silicone sem adequado acompanhamento médico, entre outras, sendo criada, atualmente, uma nova discussão sobre os próprios limites do conceito (RIBEIRO, 2013; NARDI & RIGONI, 2005).

Apesar da ampliação da noção de RD, tornando-se um marco conceitual e histórico nas políticas de justiça/segurança e saúde no mundo, não podemos esquecer que suas origens remetem a estratégias bastante pragmáticas de saúde pública em medidas de prevenção em saúde (MARLAT, 1999, RIBEIRO, 2013; CARLINI, 2003; DIAS *et al.*, 2003, CARLINI-MARLAT, 2003). Essas “técnicas”, como pensava, em 2003, Carlini e outros psiquiatras brasileiros, bem como a Associação Brasileira de Psiquiatria, eram aplicadas quando não era possível a abstinência (esta era tida como meta ideal) e tinha objetivo de reduzir danos e riscos ocasionados pelo uso de drogas. A própria entidade supracitada alertava sobre o risco de “ideologias de redução de danos” (INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, 2003).

⁶ Ver: KUHN, Thomas s. *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Editora Perspectiva S.A, 5ª edição, 1998.

Como podemos ver, em um primeiro momento, inserida em um modelo proibicionista, a RD nada mais era que uma técnica em saúde pública, legitimada e controlada pelo saber médico, em uma lógica preventivista. É importante que tenhamos em mente que essa forma de entender a RD ainda coexiste com uma visão mais ampla do conceito, sendo que a nossa análise entende a estratégia de RD no contexto/textos das políticas de saúde brasileiras em uma forma crítica e ampliada, na qual ela se propõe nesses documentos. Essa visão ampla conversa com o saber biomédico psiquiátrico e os movimentos sociais, que são formas distintas de conceber a RD, mesmo que, em alguns momentos, dialoguem entre si, sendo fundamentais para a construção da noção de RD nas políticas de saúde.

Para entendermos como essa perspectiva tecnicista transformou-se em um movimento social amplo, faremos, a seguir, um panorama histórico da RD no mundo e no Brasil, até chegarmos ao conceito ampliado da estratégia.

4.3.1 Histórico da redução de danos

A maioria dos estudos sobre o tema da RD traz seu marco histórico inicial na Inglaterra, a partir das mudanças na forma de tratamento dos usuários de substâncias psicoativas, oficializadas por meio da publicação do Relatório de Rolleston, em 1926. O relatório foi produzido por um grupo de médicos britânicos, a pedido do governo. Este recomendava que, em alguns casos, os dependentes de opiáceos poderiam receber narcóticos do gênero (especialmente metadona) a fim de reduzir os danos do seu uso e ajudá-los a levar uma vida mais proveitosa, de acordo com suas necessidades. Nesses casos, a administração e monitoramento do uso da droga ficava sob responsabilidade do médico (RIBEIRO, 2013; MARLATT, 1999, NARDI & RIGONI, 2005; SODELI, 2010).

Apesar do pioneirismo britânico no que hoje chamamos de terapia de substituição e manutenção, além da forma de “medicalização” do tratamento da dependência de drogas, essa abordagem foi muito criticada nas décadas subsequentes, ganhando força, de fato, na Holanda na década de 1980, com os Programas de Trocas de Seringas (PTSE) a partir da preocupação com a crescente epidemia da AIDS e com a transmissão de outras doenças por via sanguínea, como as hepatites (RIBEIRO, 2013, MARLATT, 1999).

O governo holandês, apesar de ser signatário de todos tratados internacionais sobre narcóticos (como já visto, dentro de um viés proibicionista), destacava-se por adotar uma postura política mais liberal. Assim, ainda em 1976, sancionou uma lei que estabelecia

tratamento distinto às drogas, de acordo com os tipos de danos que elas poderiam ocasionar, categorizando as mesmas em “drogas leves” (maconha e haxixe) e “drogas pesadas” (cocaina, heroína, LSD e anfetaminas). Com essa diferenciação, as políticas públicas implementadas buscavam auxiliar ao usuário a melhorar seu estado físico e social, contando com sua participação direta.

Esse protagonismo dos usuários nas políticas levou à sua organização em grupos sociais, culminando em 1980, na fundação do “*Junkiebond*” em Roterdã, que era uma espécie de associação de usuários de drogas injetáveis (UDI). Em 1984, com a preocupação da crescente difusão de hepatite B entre os usuários de drogas injetáveis, o *Junkiebond* iniciou em Amsterdã, com apoio do governo, um projeto piloto de trocas de agulhas e seringas usadas por novas. Notemos que, embora seja pouco comentado, inicialmente os PTSEs iniciaram-se em razão da transmissão das hepatites. Posteriormente, quando da descoberta da transmissão do HIV por via sanguínea, é que se fortaleceram os programas para a prevenção da AIDS (RIBEIRO, 2013; MARLATT, 1999).

Nesse contexto, a RD começa a se delinear como um movimento social, pois o papel dos usuários foi fundamental para a adoção de políticas públicas de saúde e sociais que fossem de acordo com as necessidades dessas pessoas. Conforme Marlatt (1999), no final dos anos 1990 já existiam grupos locais como o *Junkiebond* na maioria das grandes cidades holandesas, com representação nacional na Federação Holandesa de Liga de Dependentes (ou “*Junkies*”, para usar o termo preciso). O objetivo da federação era zelar pelos interesses dos usuários e combater a deterioração deles, seguindo uma filosofia de que os usuários conhecem melhor seus problemas. Assim, o trabalho da federação consistia em consultar o governo sobre distribuição de metadona e disponibilidade de seringas esterilizadas gratuitas, além de questões de legislação, polícia e moradia.

Com o sucesso comprovado do PTSE de Amsterdã, em 1986 esses programas começaram a se expandir globalmente (RIBEIRO, 2013). Todavia, em muitas nações a RD permaneceu por muito tempo dentro de programas de prevenção de HIV/AIDS e hepatites. Como uma nova visão de mundo para o uso de substâncias psicoativas, ela se delineou no contexto da mudança de legislação sobre drogas nesse país, tornando-a mais liberal e pragmática, muito embora tenha sido, à época, criticada por outros países europeus, como França e Suécia, além dos EUA (MARLATT, 1999).

A mudança de legislação na Holanda teve início com a citada lei de 1976, que reformulava a “Lei do Ópio”. Esta, descriminalizava o uso de maconha e haxixe, podendo o

seu resultado ser observado na queda das estatísticas de consumo da maconha. Em 1976 o uso da população era de 3% na população de 15 e 16 anos e de 10% na população entre 17 e 18 anos. Números que em 1985 eram de 2% e 6%, respectivamente. Muitos outros estudos desse tipo foram conduzidos no país, evidenciando que a descriminalização da droga não leva necessariamente ao aumento do uso, além de descreditar a “teoria da porta de entrada”⁷, pois o número de usuários de drogas pesadas permanecia estável e consideravelmente menor do que o número de usuários de drogas leves (*idem*), indo de encontro a argumentos proibicionistas.

Para além da questão criminal, as políticas construídas a partir dessa lei colocaram na legislação um viés mais humano. Criava-se uma nova “filosofia de tratamento”, em que o governo incentivava formas de auxílio que não tinha o objetivo de eliminar o comportamento dependente, mas melhorar o bem-estar físico e social dos usuários e ajudá-los em uma reinserção social. Isso seria possível por meio de trabalho de campo nas ruas, hospitais, prisões, centro de circulação para prostitutas, fornecimento de metadona, apoio material e oportunidades de reabilitação social. Em 1985, com a revisão da política de drogas houve uma ênfase na “normalização” do problema das drogas. Isso significa dizer que o usuário dependente de drogas na Holanda assemelhava-se mais a um cidadão desempregado que a um monstro ameaçador à sociedade (ENGELSMAN, 1989 *apud* MARLATT, 1999).

Dentro dessa conjuntura, o termo “redução de danos” é cunhado em 1981, em uma publicação da Secretaria de Estado para Proteção da Saúde e do Meio Ambiente do governo holandês (MARLATT, 1999). De início, ele era entendido dentro de uma lógica tradicional de prevenção secundária e terciária, tendo hoje seu escopo ampliado também para uma lógica de atenção primária. Sem dúvida, o que hoje conhecemos como “Movimento de Redução de Danos” tem seu pioneirismo histórico nas transformações políticas e sociais da Holanda dos anos oitenta do século passado.

Em linha coerente à desenvolvida na Holanda, posicionou-se o Reino Unido. Apesar do pioneirismo do Relatório de Rolleston, o enfoque de redução ou “minimização” de danos (como é conhecido no país) ficou restrito ao viés da medicalização, que foi muitas vezes desaprovado pelo meio médico. Contudo, com o desenvolvimento da política holandesa, a nação foi palco da primeira Conferência Internacional Sobre Redução de Danos, em Liverpool em 1990, tendo sido patrocinada pelo Departamento de Saúde de Merseyside (*idem*).

⁷ Ideia difundida pelas perspectivas proibicionistas de que o uso de uma droga leve, como maconha e haxixe, leva necessariamente ao consumo de drogas pesadas, como cocaína e heroína.

O modelo de Merseyside destacou-se e passou a ser conhecido mundialmente. Apesar da crítica à prescrição de drogas posterior ao Relatório de Roleston, esse departamento continuou trabalhando com a abordagem, assistindo à população de Liverpool, sendo que nos anos noventa do século passado já havia vários serviços articulados para a população dependente. Estes incluíam troca de seringas e educação na comunidade dos usuários; prescrição de drogas, como heroína e cocaína; e serviços de aconselhamento, emprego e moradia. Os farmacêuticos criavam receitas para drogas fumáveis, preparadas em “baseados” (análogo ao nome da expressão brasileira para a maconha fumada), que eram cigarros em que substâncias como heroína e cocaína eram injetadas. Além deles, os farmacêuticos ofereciam as drogas em ampolas, de forma líquida ou em aerossol (*idem*).

A todos os dependentes que se cadastravam no Serviço de Dependência de Drogas de Merseyside eram oferecidos esses serviços, inclusive internação para desintoxicação. Apenas 10% desses usuários tinha interesse em tratamentos que visassem a abstinência. Estes eram sempre oferecidos, mas caso o dependente recusasse, eram oferecidas todas as alternativas de reduzir os danos do uso de substâncias psicoativas. Isso mantinha o hábito, mas criava um ambiente de reflexão e confiança junto ao indivíduo. Os serviços funcionavam em equipe interdisciplinar, formadas por médicos, assistentes sociais, enfermeiras entre outros profissionais de saúde. O médico não era o “chefe” da equipe. Todas as decisões eram tomadas em conjunto em acordo com o paciente.

Nesse modelo, a prescrição de drogas funcionava como um “chamariz” e como uma medida de evitar o abandono do tratamento. Elas serviam tanto como metas intermediárias (até o abandono das drogas) ou como meta final, nos casos de impossibilidade de o dependente abandonar o uso, sendo prescritas indefinidamente.

A polícia desempenhava um papel essencial nessa abordagem. Representantes policiais participavam de comitês de aconselhamento do departamento da saúde para melhor os programas de prevenção e tratamento de drogas. Eles rotineiramente encaminhavam usuários detidos aos programas de trocas de agulhas. Eles utilizavam a “política da advertência”, uma vez que o porte para uso era criminalizado. Na primeira abordagem vez eles advertiam os usuários e os encaminhavam aos serviços, para em uma reincidência, só então serem processados. O usuário não era fichado em uma primeira infração e, caso fosse a um programa, ele passaria a ter o direito legal de portar drogas para o uso pessoal.

Estudos da época sugeriram a efetividade da abordagem, com a queda dos índices de HIV entre os usuários de drogas injetáveis e a diminuição da criminalidade (*idem*).

Muitos países europeus inspiraram-se nos modelos holandês e inglês, adotando programas e serviços em RD, sendo que em 2005, sete países membros da União Europeia (UE) tinham legislação específica para a temática (RIBEIRO, 2013).

A RD espalhou-se pelo resto do mundo, destacando-se também como pioneiros o Canadá e a Austrália. O primeiro sediou, em 1994, a V Conferência Internacional sobre Redução de Danos relacionados com Drogas em Toronto, sendo a primeira delas na América do Norte. Nas atas das conferências foram incorporados temas significativos e inovadores como: redução de danos para populações especiais (mulheres grávidas que usam drogas, meninos e meninas de rua, prostitutas e populações no cárcere); legalização de drogas x “mentalidade de temperança”; definição e medição de efeitos prejudiciais x benefícios das drogas. (RIBEIRO, 2013; MARLATT, 1999)

A Austrália destacou-se por ser o primeiro país a introduzir a RD oficialmente nas políticas sobre drogas em 1985 e foi pioneira em incluir o álcool e o tabaco no mesmo patamar das drogas ilícitas, pois entendia que elas eram responsáveis pela maioria dos danos que as drogas ocasionavam à população (MARLATT, 1999).

Dessa maneira, Canadá e Austrália destacaram-se por entender as drogas sob uma perspectiva diferente a fim de educar as pessoas a partir de um ponto de vista realista, vindo antes das “drogas”, as substâncias psicoativas que viemos argumentando até então, compreendendo nelas tanto a possibilidade de trazer benefícios, como malefícios para a vida das pessoas.

Os EUA, como era de se esperar, estão bastante atrasados no que diz respeito a estratégia de RD. No final dos anos de 1990, os PTSEs ainda eram incipientes, mesmo com grande quantidade de UDIs no país à época, – cerca de 1 milhão – pois não havia financiamento para eles nos programas de HIV/AIDS e a política norte-americana sobre drogas era baseada totalmente na redução do consumo de drogas (MARLATT, 1999; FONSECA, 2005). Alguns grupos na área da saúde arriscaram-se em defender a RD como técnica de prevenção, mas, como evidenciado nos noticiários, filmes e na mídia de modo geral, os grupos de apoio e ajuda mútua do tipo “anônimos”, que têm uma ideologia baseada na abstinência, ainda prevalecem como alternativa para tratamento ao “dependente químico” ou ao “viciado” em drogas neste país.

No Brasil, assim como no resto do mundo, a RD foi introduzida por meio de programas vinculados à prevenção de HIV/AIDS e outras doenças transmissíveis por via sanguínea na população de UDIs.

O primeiro PTSE foi implantado em 1989, na cidade de Santos (SP). À época, a cidade era conhecida como “a capital da AIDS”. Por ser uma grande cidade portuária, era porta de entrada e saída de muitas mercadorias no país, sendo um ponto estratégico para o tráfico de drogas. Dados epidemiológicos da época mostraram que, em 1988, a cidade liderava o *ranking* do número de casos de AIDS proporcionais à população do país, onde 51% dos casos de contaminação por HIV/AIDS estavam relacionados ao compartilhamento de seringas para o uso de drogas injetáveis.

Apesar dessa iniciativa pioneira na cidade, a forma com que a mídia veiculou a divulgação do programa criou muita polêmica, levando a ações da polícia e Ministério Público contra a Secretaria de Saúde do Município. O então secretário municipal de saúde David Capistrano e o coordenador do Programa de DST/AIDS, Fábio Mesquita, sofreram ação judicial por adotarem a estratégia, acusados de incentivarem o uso de drogas (PASSOS & SOUSA, 2011; RIBEIRO, 2013; MACHADO & BOARINI, 2013).

Ribeiro (2013), coloca que apesar do pioneirismo histórico de Santos no uso da estratégia de RD, os dispositivos jurídicos que o Estado utilizou contra a implantação do programa fez que ele ficasse obstaculizado até a presente década. Passos & Souza (2011) lembram que essa retaliação do Estado contra a Secretaria Municipal de Santos evidenciou a contradição da máquina estatal, na medida em que o poder judiciário suspende o direito constitucional de acesso universal à saúde. É nesse tensionamento entre as políticas totalitárias e políticas democráticas que coexistem e compõem o funcionamento dessa máquina, que podemos situar a RD e os embates por ela travados nesses 30 anos de existência no Brasil.

Apesar da proibição judicial, diante do quadro epidemiológico das infecções por HIV em Santos, iniciou-se um processo de debates e encontros públicos para sensibilização dos agentes de estado acerca da importância das ações de RD. Dessa maneira, em 1991, foi criado o IEPAS – Instituto de Estudos e Pesquisas em AIDS de Santos – uma organização não governamental (ONG), formada por diversos profissionais da saúde ligados ao primeiro programa de 1989. Com base em pesquisas de campo junto aos usuários, eles começaram uma intervenção, que havia tido sucesso em outros países (principalmente naqueles onde a distribuição de seringas era considerada ilegal), a saber: a distribuição de hipoclorito de sódio para desinfecção das seringas (RIBEIRO, 2013; NARDI & RIGONI, 2005).

No campo, os agentes de saúde constataram que os UDIs lavavam as seringas antes de reutilizá-las para retirar os vestígios de sangue que pudessem coagular e entupir a agulha durante o compartilhamento. Assim, passaram a distribuir-lhes uma solução de hipoclorito de

sódio, em concentração 5,25%, para que lavassem as seringas antes da reutilização. Era cientificamente demonstrado (à época, hoje já não é mais aceito) que essa concentração da substância era eficiente para matar o vírus HIV (RIBEIRO, 2013).

Em 1994, boletins do Ministério da Saúde mostravam que 25% dos casos de AIDS estavam relacionados ao uso de drogas injetáveis. Essa realidade epidemiológica foi decisiva para a entrada definitiva da RD nos programas de HIV/AIDS na política nacional. Assim, no mesmo ano, foi iniciado um projeto de articulação política em torno da interface “AIDS e drogas”, sendo criado o “Projeto Drogas” do Programa Nacional de HIV/AIDS, que contava com o apoio político e financeiro da ONU, por meio do Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas (Sigla em inglês UNDCP). Esse projeto tentou articular, em torno do tema “drogas”, a Coordenação Nacional de Saúde Mental, o então COFEN – que era ligado ao Ministério da Justiça – e as Secretarias do Ministério da Educação e do Desporto. Dessa forma, a RD foi inserida em diferentes programas e secretarias que criaram linhas de intervenção em nível municipal e estatal, principalmente por meio dos *Programas de Redução de Danos* (PRDs) (PASSOS & SOUSA, 2011).

Inicialmente, o “Projeto Drogas” contemplou dez estados: Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, São Paulo, Rio de Janeiro, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Distrito Federal, Ceará e Bahia. Esses estados foram prioritários pelo quadro epidemiológico com alta taxa de notificação de AIDS contraída por compartilhamento de seringas no uso de drogas injetáveis. Os usuários de drogas eram prioridade no projeto pela eficiência dessa via de transmissão do HIV. O primeiro PRD foi implantado em Salvador em 1995, sediado no CETAD – Centro de Estudos e Terapia de Abuso de Drogas – que ficava localizado em um centro de estudos da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, fato que contribuiu para aceitação do programa (NARDI & RIGONI, 2005; RIBEIRO, 2013; FONSECA *et al.*, 2006).

Assim como o início dos programas na Holanda, aqui também os programas eram voltados para a questão da prevenção do HIV/AIDS, mas com a inserção da figura do *reductor de danos* – que normalmente era um usuário ou ex-usuário de drogas da comunidade que tinha maior acesso a outros usuários, estabelecendo uma relação de confiança – é que aos poucos a RD saiu dos programas de prevenção de DST/AIDS, se transformando em uma estratégia de cuidado aos usuários de substâncias psicoativas (PASSOS & SOUSA, 2011, NARDI & RIGONI, 2005).

Além da importância do apoio da comunidade internacional para a implantação da RD no Brasil, papel fundamental para a mudança da política de programas para a estratégia que

hoje existe nas políticas sobre drogas do país, foi a articulação dos movimentos sociais com o governo, especialmente dos usuários e redutores de danos, similar ao que ocorreu na Holanda.

As ONGs tiveram grande importância nesse processo. Elas tinham o objetivo de pesquisar e/ou implementar projetos com estratégias para reduzir os danos sociais e à saúde dos usuários de drogas. Vale destacar a fundação da ABORDA (Associação Brasileira de Redução de Danos) em 17 de novembro de 1997, durante 2º Congresso Brasileiro de Prevenção da AIDS, em Brasília, que tinha (e permanece) como objetivos: a luta pelo direito e dignidade dos redutores de danos e usuário de drogas e; implementar e fortalecer a redução de danos como política pública. A ABORDA mobilizou redutores de danos e usuários de drogas para que organizassem politicamente, fundando várias ONGs pelo Brasil (ABORDA, 2018; RIBEIRO, 2013; PASSOS & SOUSA, 2011).

O protagonismo da associação deu respaldo e fortaleceu a autonomia dos redutores de danos, que não encontravam espaço de expressão nos PRDs. Estes, por serem aparelhos estatais, encontravam-se num contexto institucional que colocava obstáculos à militância emergente dos redutores e usuários de drogas. Essa militância forçou a criação de espaços de gestão exteriores ao Estado, organizando o Movimento de Redução de Danos pelo país. Esses espaços foram de suma importância para que os usuários e redutores se vissem respeitados e não mais vistos como doentes ou criminosos (PASSOS & SOUSA, 2011).

O ano seguinte, 1998, foi marcante para o desenvolvimento da estratégia de RD no Brasil. No mês de março ocorreu em São Paulo a IX Conferência Internacional de Redução de Danos, que durante a abertura teve anunciada a sanção da Lei Estadual nº 9.758/97, sendo a primeira lei no país que regulamentou a RD e autorizou a troca de seringas no estado. A partir desta lei, a estratégia foi se legitimando e sendo aos poucos assumida como política pública, levando ao surgimento de novas leis municipais e estaduais pelo país regulamentando as ações de RD (RIBEIRO, 2013).

Ainda nesse ano foi criada, também com participação da ABORDA e outras ONGs, a Rede Brasileira de Redução de Danos (REDUC), sendo uma organização de caráter nacional, formada tanto por participantes de outras organizações, como por pessoas que participavam de PRDs, sem articulação política. Eram redutores de danos, usuários de drogas, travestis, profissionais de saúde, pessoas vivendo com HIV, estudantes, pesquisadores, entre outros. Eles criaram uma gestão democrática e participativa, evitando que os programas ficassem isolados em nível local. A consolidação dessa rede fez surgir um plano de formulação de políticas articulando planos locais, estaduais e federal, envolvendo as minorias num ciclo relacional que

envolvia trocas que ia muito além dos PTSs, tirando o foco específico da prevenção, dando a RD contornos mais amplos (RIBEIRO, 2013; PASSOS & SOUSA, 2011).

Essa articulação política possibilitou a inserção da RD na Política de Atenção Integral aos Usuários de álcool e outras drogas, em 2003. Nesta, como veremos mais adiante, ela se amplifica. Além disso, em 2005, a Portaria do MS nº 1.059 regulamentou as “ações de redução de danos sociais e à saúde”, sendo a RD, posteriormente, também incorporada à lei de drogas de 2006.

No ano de 2013, havia no Brasil oficialmente registradas na receita federal duas associações nacionais de redução/redutores de danos e 25 associações estaduais. Dos programas registrados eram 267 PRDs ativos, atingindo um público aproximado de 146 mil usuários de drogas injetáveis, o que corresponde a aproximadamente 18% desse universo, segundo estimativas do Programa Nacional de HIV/AIDS (RIBEIRO, 2013).

Hoje, a Redução de Danos – em letra maiúscula, designando o movimento social, conforme a ABORDA – vai para além das políticas de saúde e de segurança e se refere a um movimento social amplo, que superou o paradigma sanitarista, sendo entendida como busca de bem-estar social para todos, com ou sem o uso de drogas, inclusive as tidas como ilegais (CAMPOS & SIQUEIRA, 2003). O próximo tópico abordará de forma abrangente a construção da conceituação de RD.

4.3.2 Redução de danos: da estratégia de prevenção ao paradigma ético-político

Como vimos, ainda dentro de uma linha tecnicista, tendo como base o paradigma da abstinência e a prevenção de doenças contagiosas por via sanguínea na década de 1980 e 1990, a RD era tida especialmente em uma linha preventiva, que ainda permeia de forma importante o discurso médico-psiquiátrico nos dias de hoje.

Carlini (2003), um importante representante dessa vertente, usando um modelo americano, posicionou a RD nas três esferas de prevenção. Na primária, cabe prevenir o uso de drogas antes que ele inicie. Na secundária, deve-se impedir a progressão desse uso, uma vez já iniciado. E à terciária resta impedir piores consequências do uso contínuo.

Nesse olhar sobre o fenômeno das drogas, percebemos claramente a forma de operar do poder médico em linha de proibição. De forma implícita nessas sentenças, podemos perceber como o médico é o responsável pelo “quadro” da doença do paciente, restando ao usuário de drogas a posição passiva de espectador.

A crítica ao olhar extremamente preventivista não significa dizer que as ações de RD não passem por estratégias de prevenção, mas para além disso, a RD, como vimos na sua construção histórica, passa a ter um olhar ampliado de promoção da saúde nas políticas sobre drogas. Assim, promover bem-estar de uma forma ampla, como no conceito de promoção saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1986) está hoje mais condizente com o que se tornou a RD. Entretanto, é importante lembrar que ainda há uma conceituação de RD que a vê como alternativa para a “meta ideal” da abstinência, como os exemplos a seguir:

A redução de danos, portanto, pode ser entendida atualmente por, pelo menos, duas vertentes diferentes: (a) a primeira, mais fidedigna aos conceitos primordiais de sua criação, para reduzir danos de HIV e DST em usuários de drogas injetáveis e (b) a segunda, cujo conceito mais abrangente inclui ações no campo da saúde pública preventiva e de políticas públicas que visam a prevenir os danos antes que eles ocorram. [...] A melhor forma de reduzir os danos de todas as drogas à sociedade é estimular padrões de abstinência em todas as comunidades, famílias e indivíduos. Não existe uso de drogas isento de riscos. Dados recentes mostraram que doses relativamente baixas de álcool expõem adolescentes a maiores riscos de acidentes e a outros problemas. As políticas de redução de danos, neste sentido mais amplo, deveriam diminuir os danos sociais causados pelo uso de drogas. (DIAS, *et al.*, 2003, p. 342).

A redução de danos reconhece a abstinência como resultado **ideal**, mas aceita alternativas que minimizem os danos para aqueles que permanecem usando drogas. O princípio de tolerância zero estabelece uma dicotomia absoluta entre nenhum uso e qualquer uso, sem distinguir o uso experimental, os usos moderados, pesados e as diferentes dimensões de danos associados aos distintos padrões de uso. A redução de danos não é contra a abstinência. Contudo acredita que os efeitos prejudiciais do uso de drogas e outros riscos associados, como a atividade sexual desprotegida, podem ser colocados em um continuum. Quando há comportamento muito perigoso, a redução de danos propõe reduzir o nível da exposição ao risco. A abordagem de redução gradual estimula os indivíduos que tenham comportamento excessivo ou de alto risco a dar um passo de cada vez para reduzir as consequências prejudiciais de seu comportamento (DIAS *et al.*, 2003, p. 345 – grifo nosso).

Segundo Silveira e Silveira, o movimento da redução de danos apresenta como objetivos gerais: evitar, se possível, que as pessoas se envolvam com o uso de substâncias psicoativas; se isto não for possível, evitar o envolvimento precoce com o uso de drogas, retardando-o ao máximo; para aqueles que já se envolveram, ajudá-los a evitar que se tornem dependentes; para aqueles que já se tornaram dependentes, oferecer os melhores meios para que possam abandonar a dependência; e se, apesar de todos os esforços, eles continuarem a consumir drogas, orientá-los para que o façam da maneira menos prejudicial possível. Dessa forma, consideramos a redução de riscos e a redução de danos partes de um mesmo continuum onde estão englobadas as estratégias de prevenção nos vários níveis – primário, secundário e terciário – bem como todas as intervenções de atendimento ao usuário, incluindo tratamento e reinserção social (CARLINI, *et al.*, 2003, p. 367).

Os três excertos, retirados do Jornal Brasileiro de Psiquiatria tomam a RD de uma forma pragmática, incluindo o conceito de “redução de riscos” que, segundo Barbosa (2011), estaria mais condizente com a lógica da saúde pública, tendo um caráter epidemiológico, enquanto o termo “redução de danos” estaria mais voltado para o sujeito e suas necessidades

individuais. A publicação de 2003 mostra o posicionamento de inúmeras entidades de Psiquiatria da época, uma vez que a estratégia estava sendo incorporada às políticas de saúde, bem como o posicionamento de entidades do movimento social Redução de Danos. Embora a visão psiquiátrica pontue a diferenciação da noção “médica” de RD para os movimentos sociais, os conceitos acabam se confundido, sendo inevitável a introdução da estratégia em uma dimensão ampliada, uma vez que esta nasceu do movimento social. Há, ainda, uma preocupação em não “colar” a RD ao intento de legalização das drogas, pois acreditam que a redução de danos é uma estratégia complementar à redução da oferta e da demanda, ainda tendo a noção de que as drogas são maléficas à saúde das populações, embora se tenha em mente uma visão realista da dificuldade de acabar com o consumo de substâncias psicoativas na humanidade.

A própria construção da RD dentro da psiquiatria denota as tensões do enraizamento da noção proibicionista, incrustada no pensamento psiquiátrico no “paradigma da abstinência” com uma nova proposta de tratamento que desloca o poder do médico para o usuário e sua rede de apoio, à qual a psiquiatria tem dificuldades de se ajustar, visto a secularidade do poder psiquiátrico no controle das subjetividades.

Destarte, podemos dizer que, especialmente no Brasil, onde a RD foi “importada”, por assim dizer, a partir de experiências internacionais positivas, ela passou de uma abordagem puramente técnica para uma dimensão mais abrangente, político-ideológica, de compreender o fenômeno complexo do uso de substâncias psicoativas. Em diálogo com as instâncias de saúde pública e do movimento social é que novas construções acerca da RD foram possíveis.

Santos *et al.* (2010), em consistente revisão de literatura sobre a RD, elencaram pelo menos cinco formas de entendimento diferentes sobre o tema dentro da Saúde Coletiva. Pode ser compreendida como 1) prática de cuidado utilizada quando a abstinência não é meta possível para o tratamento, sendo uma forma de cuidado mais realista, visto que as drogas sempre existiram e sempre existirão na sociedade, sendo uma utopia imaginar um mundo livre das drogas; 2) como uma forma de empoderamento do sujeito que usa droga, como uma possibilidade para os que não conseguem ou não querem parar o uso de substâncias psicoativas; 3) como uma noção ligada a um bem estar comunitário e/ou social, com promoção e prevenção de agravos e danos à saúde e social, não só das drogas lícitas e ilícitas, mas de outras substâncias prejudiciais; 4) como uma noção econômico-social que questiona a criminalização das drogas e, 5) uma abordagem para ser utilizada apenas com as populações vulneráveis e marginalizadas.

Como se pode ver, há um desafio conceitual em relação à RD dentro do próprio meio científico, que pode dificultar sobremaneira o dia-a-dia de trabalho na atenção ao usuário de

substâncias psicoativas. Nesse quesito, como veremos adiante, as políticas tentam ser o mais abrangente possíveis, tentando mediar um diálogo com o paradigma tradicional, ainda existente, mas tentando aos poucos trazer para a política de atenção psicossocial um modelo melhor condizente com as necessidades dos usuários.

Dessa maneira, na visão de vários autores (NARDI & RIGONI, 2005; MOREIRA *et al.*, 2006; DELBOM *et al.*, 2006; BARBOSA, 2011; FILHO *et al.*, 2009; PASSOS & SOUSA, 2011; SODELLI, 2010; MACHADO & BOARINI, 2013; MORERA *et al.*, 2015; SOUZA, 2013; CALASSA *et al.*, 2015; RIBEIRO, 2013) a redução de danos é uma estratégia (entendida de uma maneira ampliada) que visa reduzir os efeitos adversos do uso de substâncias psicoativas, pautadas nos princípios dos direitos humanos e do pragmatismo, de baixa exigência, entendendo que o sujeito tem a liberdade de escolher como se comportar em relação às drogas, perante ao seu uso ou a abstinência delas. A RD entende que o fenômeno da erradicação das drogas do mundo é irreal e incoerente com as necessidades humanas. É uma alternativa aos modelos criminal e de doença. Estes que vêm travando uma guerra perdida contra às drogas que gera, inclusive, mais agravos à população.

A RD não entende a abstinência como meta ideal de tratamento, pois há aqueles usuários que não querem ou não conseguem parar o uso de drogas, todavia, reconhece a abstinência como uma meta possível. É uma forma de trabalho em saúde centrada no usuário, como protagonista do seu processo de *cuidado* e não de cura.

É uma estratégia norteada pelo princípio da dignidade humana e da cidadania, tendo a tolerância como chave para o processo de cuidado. Ao contrário do que se pode pensar, ela não se resume à assistência às populações vulneráveis, embora muitos programas sejam dedicados a esse público, mas ela compreende ações ampliadas de prevenção, educação e promoção nas comunidades, escolas e sociedade, como um todo. Como nos modelos canadense e australiano, ela deve ser também uma nova forma de educar sobre drogas. Diferente da preocupação moralista e do modelo médico sobre o prejuízo que poderia acarretar o informe aos adolescentes que não são usuários de drogas sobre elas, em uma perspectiva ampla, informar, educar e esclarecer sobre o uso das mais diferentes substâncias (psicoativas ou não) é uma questão de prevenção, promoção de saúde e empoderamento do sujeito, que no futuro fará as escolhas adequadas para si sobre o uso de drogas.

Um dos objetivos da RD também é a reinserção social dos dependentes de drogas, tentando minimizar o estigma vivido por essa população, que muitas vezes os impedem de buscar tratamento. Esse estigma deve ser reduzido ao máximo dentro do serviço que acolhe o

usuário, em um princípio de neutralidade moral, ou suspensão de pressupostos ideológicos, embora se saiba que no cotidiano de trabalho esse seja um grande desafio.

É de suma importância dentro do olhar da RD o contato próximo ao usuário, para que sejam debatidas com ele as suas necessidades em relação ao histórico pessoal, à sua personalidade, ao contexto social em que está inserido, à sua rede de apoio, entre outros fatores. É sempre um cuidado numa hierarquia de baixo para cima, partindo do usuário para o serviço. Dessa maneira, certas técnicas ou estratégias de cuidado não podem virar receitas, nem transpostas de um indivíduo para o outro, nem de um contexto social para outro.

Dentro das ações de RD há uma infinidade de possibilidades, como os clássicos programas de trocas de agulhas e seringas, a educação em saúde na comunidade sobre o uso de drogas e outras substâncias, comportamento sexual e violências; terapia de substituição (ex.: mudança do uso de crack para o uso de maconha) e manutenção (acordo de manutenção da dosagem da droga), ambas ainda escassas no Brasil; distribuição de preservativos aos usuários; acordo de mudança de padrão de consumo da substância (ex.: passar do uso de cocaína injetada para aspirada); distribuição de insumos para o uso (exs.: cachimbos, para usuários de crack e canudos descartáveis, para usuários de cocaína); distribuição de água em boates e bares para evitar a intoxicação alcoólica; consultórios de/na rua e outros PRDs.

Conforme visto, a RD deixou de ser apenas uma maneira de tratar o “problema” das drogas, passando a ser uma maneira de se posicionar diante do fenômeno. Além dos movimentos sociais, o Estado teve papel importante como protagonista nesse processo com a reformulação das políticas relacionadas às drogas.

4.3.3 A redução de danos nas políticas públicas brasileiras

Conforme mencionado anteriormente, a RD surgiu no Brasil na década de 1990 dentro dos programas de prevenção de HIV/AIDS. Embora os PRDs tenham sido a principal forma de apresentação da RD é necessário desvinculá-la dos programas. Ela precisa ser entendida numa linha de cuidado em saúde relacionado ao uso de substâncias psicoativas.

Já em 2001, a Coordenação Nacional de DST e AIDS trazia a publicação *Manual de Redução de Danos*, na qual caracterizava a RD como estratégia, ao lado das estratégias de redução da oferta e redução da demanda para o controle do uso de drogas. À época, a RD era definida como estratégia que “orienta a execução de ações para prevenção das consequências

danosas à saúde que decorrem do uso de drogas, sem necessariamente interferir na oferta ou no consumo” (BRASIL, 2001, p. 11).

Embora no manual o foco da estratégia ainda estivesse no viés preventivo de orientação dos profissionais para atuação nos programas, essa publicação foi importante para abrir portas para a ampliação do conceito, trazendo reflexões importantes sobre direitos humanos, advocacia e eficácia.

Na reflexão sobre os direitos humanos, a coordenação se posiciona de forma ética, entendendo que o usuário de drogas ilícitas não é reconhecido como cidadão e propondo uma inversão do que chamou de “ordem perversa”, em que a pessoa deve ser percebida como cidadão antes de usuário de substâncias lícitas ou ilícitas por um princípio empático.

Reconhecendo a complexidade e sensibilidade da questão drogas-AIDS, a coordenação ainda propõe uma advocacia da RD, isto é, uma intensa ação de promoção e defesa de ideias e estratégias, que se torna relevante pela necessidade de uma consciência do problema que supere preconceitos, para a legitimação das ações de RD.

Essa advocacia era justificada pela informação epidemiológica e o caráter estratégico da RD no controle da infecção do HIV nos UDIs; pelas questões de direitos humanos envolvidas; a demonstração dos resultados positivos na redução de riscos entre as populações de UDIs e suas redes de socialização (tanto no campo internacional, como no nacional); as relações custo/benefício das ações de RD, tendo redução dos gastos com assistência médico-hospitalar e farmacêutica devido à prevenção dos casos de AIDS e hepatites; e a baixa eficácia da tecnologia disponível para tratamento da dependência química.

Sobre esta última, a coordenação reconhece fortemente em seu argumento que, apesar da variedade ampla de modalidades e técnicas de tratamento, não existe nenhuma de comprovada alta eficácia (no sentido da meta da abstinência). Ao contrário, o trabalho com dependência de drogas é caracterizado por uma baixa taxa de bom prognóstico, mesmo em bons serviços e em pessoas que queiram parar o uso de drogas (BRASIL, 2001).

Com esse novo posicionamento do governo para além dos PRDs, foi-se criando o solo para a inclusão da RD nas políticas públicas, sendo outro marco importante a inclusão da Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, referência legal da Reforma Psiquiátrica, que veda o tratamento em saúde mental em instituições com características asilares e que prioriza o tratamento dentro da comunidade, fortalecendo os atendimentos nos CAPS e na rede de saúde mental, tendo como princípio a cidadania do usuário dos serviços de saúde mental.

Posteriormente, conforme assinalamos quando introduzimos nossa problemática, a estratégia de RD foi incorporada oficialmente em uma política de saúde mental na Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, de 2003. Esta, reconhece a exclusão social e ausência de cuidados que atingem aqueles que sofrem de transtornos mentais, incluindo àqueles que consomem álcool e outras drogas, propondo a reversão de modelos assistenciais, considerando que políticas públicas comprometidas com promoção, prevenção e tratamento, na perspectiva da integração social e produção da autonomia das pessoas, tenderia a diminuir, em escala expressiva, o sofrimento decorrente deste consumo (BRASIL, 2004a).

A política assinala a necessidade de produzir novas perspectivas de vida para esses usuários que ultrapasse leis, planos e propostas, que sejam implementadas e exercidas no cotidiano dos serviços, práticas e instituições. Dessa forma

torna-se imperativa a necessidade de estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais, que tenha ênfase na reabilitação e reinserção social dos seus usuários, sempre considerando que a oferta de cuidados a pessoas que apresentem problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas deve ser baseada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial especializada, devidamente articulados à rede assistencial em saúde mental e ao restante da rede de saúde. Tais dispositivos devem fazer uso deliberado e eficaz dos conceitos de território e rede, bem como da lógica ampliada de redução de danos, realizando uma procura ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas, de forma integrada ao meio cultural e à comunidade em que estão inseridos, e de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2004a, p. 6).

Com isso, a noção ampliada da RD é incorporada em toda a rede de assistência aos usuários de álcool e outras drogas, privilegiando o cuidado das pessoas que sofrem pelo consumo dessas substâncias, sem necessariamente atribuir ao uso a condição de doença, mesmo que essa concepção seja fundante na preocupação em saúde pública com fenômeno do consumo de substâncias psicoativas.

Na política, o MS reconhece que a questão das drogas foi tratada predominantemente pelo viés psiquiátrico e médico e que isso pode ter impedido a visão global do problema. Da mesma maneira que a Coordenação Nacional de DST/AIDS em 2001, percebe a existência de propostas preventivas e terapêuticas consideravelmente ineficazes e que, por vezes, são reforçadoras da própria situação de uso abusivo e/ou dependência. Nesse momento, a RD aparece como uma proposta promissora, uma vez que reconhece que a abstinência não pode ser o único objetivo a se alcançar. Ao contrário, no cuidado de vidas humanas há, necessariamente, que se lidar com singularidades, com diferentes possibilidades de escolhas a serem feitas. As

práticas de saúde, em qualquer nível de ocorrência, precisam levar em conta a diversidade (BRASIL, 2004a). Destarte, a RD é oportuna

porque reconhece cada usuário em suas singularidades, 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 se oferece como um método (no sentido de *methodos*, 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, o estabelecimento de vínculo com os profissionais, que também passam a ser co-responsáveis pelos caminhos a serem construídos pela vida daquele usuário, pelas muitas vidas que a ele se ligam e pelas que nele se expressam (BRASIL, 2004a, p. 10).

Por esse motivo assinalamos a RD como estratégia, no sentido de caminho, conforme foi apresentado no texto da política. No pensamento estratégico, o caminho pode apresentar pedras ou desvios e não há uma só forma de ser traçado. Além disso, é preciso compreender esse método em relação ao contexto geral. Isso significa o olhar em de inter-relações em rede:

Se afirmamos que a redução de danos é uma estratégia, é porque entendemos que, enquanto tal, e para ter a eficácia que pretende, ela deve ser operada em interações, promovendo o aumento de superfície de contato, criando pontos de referência, viabilizando o acesso e o acolhimento, adscrevendo a clientela e qualificando a demanda, multiplicando as possibilidades de enfrentamento ao problema da dependência no uso do álcool e outras drogas. Neste ponto, a abordagem se afirma como clínico-política, pois, para que não reste apenas como "mudança comportamental", a redução de danos deve se dar como ação no território, intervindo na construção de redes de suporte social, com clara pretensão de criar outros movimentos possíveis na cidade, visando a avançar em graus de autonomia dos usuários e seus familiares, de modo a lidar com a hetero e a autoviolência muitas vezes decorrentes do uso abusivo do álcool e outras drogas, usando recursos que não sejam repressivos, mas comprometidos com a defesa da vida. Neste sentido, o locus de ação pode ser tanto os diferentes locais por onde circulam os usuários de álcool e outras drogas, como equipamentos de saúde flexíveis, abertos, articulados com outros pontos da rede de saúde, mas também das de educação, de trabalho, de promoção social etc., equipamentos em que a promoção, a prevenção, o tratamento e a reabilitação sejam contínuos e se dêem de forma associada. (BRASIL, 2004a, p. 10-11).

Dessa maneira, a política adota a RD como um dos eixos norteadores da assistência em álcool e drogas. Apesar disso, as tensões políticas existentes fazem com que os diferentes métodos (RD e os que entendem a abstinência como fim) sejam reconhecidos como complementares, uma vez que, os próprios princípios basilares da política reconheçam as diversidades culturais existentes no país, que acabam por contemplar diversas formas de existir e de cuidar.

Nota-se, sobretudo, a importância que a política atribui ao termo “álcool”. Conforme debatido anteriormente, a noção de “droga” aproxima-se comumente da noção de ilicitude e crime. A política faz a opção de enfatizar o “álcool”, trazendo dados epidemiológicos que

colocam essa substância como a mais prejudicial para a saúde das pessoas, sendo a mais custosa para a saúde pública que todas as outras drogas em conjunto.

Além disso, discute a dificuldade do tratamento da dependência do álcool por parte dos profissionais no quesito acolhimento e por não compreender fenomenologicamente as questões desse cuidado, havendo uma crença compartilhada de não recuperação do paciente, além do despreparo para perceber os sinais e sintomas de abuso e dependência, por falta de competência e desresponsabilização, evidenciando, segundo o MS, estigma, exclusão e preconceito (BRASIL, 2004a).

Pela especificidade do álcool, inclusive na sua licitude e, pela amplitude dos agravos causados pelo seu consumo, a partir da parceria de várias instâncias do governo desde a saúde à segurança, foi instituída a Política Nacional Sobre o Álcool, por meio do decreto presidencial nº 6.117, de 22 de maio de 2007. Nele, a lógica ampliada do conceito de RD também foi inserida como referencial para ações políticas, educativas, terapêuticas e preventivas em relação ao uso do álcool, compreendendo-a na área da saúde como um conjunto estratégico de medidas de saúde pública para minimizar os riscos à saúde e à vida, decorrentes do uso do álcool (BRASIL, 2010b).

O mesmo aconteceu mais recentemente com o crack, que foi colocado em caixa alta dentro dos textos das políticas, pois foi visto como uma “epidemia” em 2011, retornando ao lema da guerra às drogas no programa “Crack, é possível vencer” (PASSOS & SOUZA, 2011).

Embora este lema remonte à lógica proibicionista, as populações vulneráveis, em grande parte os usuários de crack, são os principais alvos das ações de RD dentro dos PRDs. Segundo a compreensão das políticas, esse quadro precisava ser ampliado.

Numa tentativa de elucidação das ações de RD, as quais ainda eram nebulosas para os profissionais e instituições no quesito operacional, foi publicada pelo Ministério da Saúde a portaria nº 1.028 de 1º de julho de 2005, regulando as ações de redução de danos sociais e à saúde, explicitando os tipos de intervenções que deveriam ser promovidas e executadas, inclusive dentro de instituições de caráter total, como o sistema penitenciário, cadeias públicas, estabelecimentos educacionais destinados à internação de adolescentes, hospitais psiquiátricos, abrigos e quaisquer instituições que privem as pessoas da liberdade.

Em 23 de dezembro de 2011, a portaria nº 3.088 criou a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do SUS, que fortaleceu o potencial estratégico da RD articulando-a com as outras estratégias e serviços da rede de atenção psicossocial, levando a

uma coexistência e uma relação dialógica com os serviços de acolhimento com características asilares (de longa internação), como é o caso das CTs, que passaram a fazer parte da rede.

A pressão política que a ótica da RD exerceu no início dos anos 2000, especialmente com a política do MS de 2003, impulsionou a reformulações gerais nas políticas sobre drogas e na legislação sobre o assunto no Brasil.

Com isso, a Política Nacional sobre Drogas (PNAD) foi aprovada pela resolução nº 03 GSIPR/CH/CONAD, em 27 de outubro de 2005. Ela norteava todas as políticas públicas e ações em torno da questão das drogas no Brasil, sendo base da construção da “Lei de drogas”, Lei 11.343, sancionada em 2006.

A sua construção deu-se a partir do diálogo entre o Estado e sociedade, para o realinhamento da política até então vigente, de 2001. Foram três momentos de discussão: um internacional, seis regionais e um nacional.

O primeiro foi o Seminário Internacional de Políticas Públicas sobre Drogas, que promoveu o debate e o intercâmbio de experiências entre sete países com modelos diferentes sobre o tema, a saber: Canadá, Itália, Países Baixos, Portugal, Reino Unido, Suécia e Suíça. Do evento participaram ONGs, comunidade científica, autoridades brasileiras e formadores de opinião.

O segundo e terceiro momento foram fóruns realizados nas cinco regiões em parceria entre a então Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) e os Conselhos Estaduais de Entorpecentes/Antidrogas, para depois ser consolidada a política nacional no Fórum Nacional Sobre Drogas (BRASIL, 2010b).

Nesses eventos, os capítulos da PNAD foram construídos coletivamente, sendo nesse momento, no capítulo 4, nomeado “Redução de Danos Sociais e à Saúde”, que a RD ganhou notoriedade, não mais apenas no campo da saúde, mas em todas as áreas das políticas públicas sobre drogas.

A política entendia a RD de uma forma bastante ampla, tendo em sua primeira diretriz do capítulo supracitado o seguinte: “reconhecer a estratégia de redução de danos, amparada pelo artigo 196 da Constituição Federal, como medida de intervenção preventiva, assistencial, de promoção da saúde e dos direitos humanos” (BRASIL, 2010b, p. 19). Tem ainda como diretrizes a implementação, divulgação e acompanhamento das diversas estratégias, em consonância com as políticas públicas de saúde, bem como prevê a capacitação dos profissionais para atuação nas atividades de RD. Segundo o texto, a multiplicação das atividades da estratégia deve ser estimulada e a RD deve ser incluída como abordagem de

promoção e prevenção da saúde no ensino formal nos níveis fundamental, médio e superior (BRASIL, 2010b).

Apesar dessa legitimação, o texto da política mantinha a RD lado a lado com as estratégias de redução da oferta e de demanda, permanecendo as tensões ideológicas do cuidado em saúde. No capítulo “Tratamento, recuperação e reinserção social”, é de entendimento da política a promoção da articulação e integração entre SUS e SUAS por meio da rede nacional de intervenções para tratamento, recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional, formada por “Unidade Básica de Saúde, ambulatórios, Centro de Atenção Psicossocial, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, comunidades terapêuticas, grupos de autoajuda e ajuda mútua, hospitais gerais e psiquiátricos, hospital-dia, serviços de emergências, corpo de bombeiros, clínicas especializadas, casas de apoio e convivência e moradias assistidas” (BRASIL, 2010b, p. 18).

Nota-se a diversidade de modelos de tratamento adotados. A política traz ainda em seus objetivos “Avaliar e acompanhar sistematicamente os diferentes tratamentos e iniciativas terapêuticas, fundamentados em diversos modelos, com a finalidade de promover aqueles que obtiverem resultados favoráveis” (BRASIL, 2010b, p. 15). Ou seja, em 2005, o governo propôs promover os modelos com bons resultados. Podemos pensar que esses resultados positivos podem resultar de uma maior, ou mais eficiente, articulação política.

Fica evidenciado na descrição da rede que o governo entende as diversas abordagens de olhar o fenômeno da droga como complementares e, dessa maneira, pensamos que no dia-a-dia de trabalho elas devem conversar de forma dialética.

A Lei 11.343/2006 confirma a aparente contradição que viemos discutindo até então. Ao mesmo tempo em que coloca como um princípio os direitos fundamentais da pessoa humana, especialmente em sua autonomia e liberdade, reconhecendo o fenômeno do uso recreativo e indevido de substâncias psicoativas, mantém o porte para consumo como crime, ainda que sob penas “brandas”, que não mais preveem encarceramento dos usuários. Entretanto, as penas para tráfico e crimes associados à produção e ao comércio de drogas ilegais passam a ser mais rigorosas, tendo o cárcere como medida privilegiada.

Percebemos que, mesmo com o deslocamento da lógica criminal para a de doença no cuidado em saúde do usuário de drogas, esta noção criminalizante continua perpassando os dispositivos jurídicos e coexistindo com um olhar tolerante sobre o fenômeno da droga.

4.3.4 A redução de danos nas pesquisas científicas

Na primeira etapa da investigação, lançamos mão do uso de algumas bases de dados, além de bibliotecas virtuais relacionadas ao estudo de RD, manuais e documentos do MS e de outras esferas do governo federal, autores clássicos nos estudos sobre drogas e RD, além de outros autores que debatem assuntos transversais a esses últimos.

Em um primeiro momento, utilizamos o descritor “redução de danos” na base de dados SciELO, do período que vai dos anos 2000 a 2019 para tentar situar a RD nas pesquisas científicas ao longo do tempo. Escolhemos esse corte temporal por compreender o momento histórico de transição das políticas sobre drogas que se deu no início dos anos 2000, que vem sofrendo transformações até os dias atuais.

De todos os documentos encontrados relevantes para a temática (n = 226), foram selecionados 87, que tinham relação com a estratégia de RD (que falavam sobre a temáticas de álcool e drogas ou os programas de HIV e hepatites). Não faremos nesse momento a descrição dos métodos e etapas dessa revisão, mas apresentaremos algumas percepções úteis para a nossa discussão.

Salta-nos aos olhos primeiramente a pequena quantidade de documentos publicados nos últimos dezenove anos, especialmente poucos artigos publicados acerca da RD propriamente dita no Brasil (n = 22), no sentido de artigos teóricos ou de campo discutissem especificamente essa temática.

No início dos anos 2000, as publicações eram incipientes e a RD era, na quase totalidade das vezes, apenas citada dentro de PTSEs. Até o ano de 2005, praticamente só havia publicações em relação a programas de HIV/AIDS e hepatites, mas em 2006 houve um aumento considerável das publicações, sendo 12 neste ano. Provavelmente a discussão foi acalorada pela inclusão oficial da RD nas políticas sobre drogas e na legislação federal.

De maneira geral, os artigos encontrados falam das políticas sobre drogas e programas relacionados. Alguns poucos falam de avaliação de PRDs ou de programas relacionados ao uso de drogas (n = 8). Dos 87, 76 são artigos brasileiros, sendo que 51 deles tem seu campo de pesquisa na região Sudeste ou foram escritos por pesquisadores provenientes de instituições dessa região país, sendo apenas 11 publicações do Nordeste, das quais duas são do Ceará, Fortaleza, mas nenhuma tratando especificamente do tema da RD, embora a discutam como estratégia dentro dos programas trabalhados. Antes do ano de 2010, praticamente não existiam publicações nordestinas que ao menos tangenciassem a RD.

Em relação à modalidade de pesquisa, a partir do ano de 2010, o número de pesquisas qualitativas superou em muito as pesquisas quantitativas no Brasil, sendo em toda a revisão um total de 31 qualitativas e 10 quantitativas, dos quais 7 dessas últimas foram realizadas antes do ano de 2010.

As pesquisas qualitativas que encontramos na nossa revisão, citaram a RD em diversas áreas e perspectivas: em programas e/ou abordagens relacionadas ao tratamento ou à educação para o uso de drogas mais seguro/prevenção do uso (SCHLICHTING *et al.*, 2007; SOUZA & MONTEIRO, 2011; ADADE & MONTEIRO, 2014; SOUZA & CARVALHO, 2014; SOUZA *et al.*, 2015; GRAÇA & GONÇALVES, 2015; BARROS & COLAÇO, 2015; SANTOS *et al.*, 2018); nas experiências de usuários com substâncias psicoativas, às vezes específicas, como o crack, álcool ou tabaco, podendo enfatizar contextos específicos (LARANJO & SOARES, 2006; MOREIRA *et al.*, 2006; SPINK, 2010; CRUZ & MACHADO, 2010; FRÚGOLI JR & SPAGGIARI, 2011; GOMES & ADORNO, 2011; CRUZ *et al.*, 2014; DANTAS *et al.*, 2014;) ou modos de administração específico, como os UDIs (PICCOLO & KNAUTH; 2002; DESLANDES *et al.*, 2002); dentro de PRDs (DELBON *et al.*, 2006; NARDI & RIGONE, 2009; INGLEZ-DIAS *et al.*, 2014; TEIXEIRA *et al.*, 2018); na experiência do tratamento pelo olhar de usuários de substâncias psicoativas e/ou seus familiares (FONTANELA & TURATO, 2005; HORTA *et al.*, 2016; MANENTE *et al.*, 2018); no trabalho na assistência a usuários de drogas em profissões específicas (DEA *et al.*, 2004; LIMA *et al.*, 2007; BARBOSA, 2011); na vivência dos profissionais e usuários de consultórios de/na rua (ENGSTROM & TEIXEIRA, 2016; SANTOS & CECCIM, 2018; BITTENCOURT *et al.*, 2019); e no relato de redutores de danos das suas atividades cotidianas (DIAS *et al.*, 2016).

Por certo que o fato de existirem mais pesquisas qualitativas na área das drogas denota a sensibilidade da natureza desse tema de estudo, pois há uma preocupação de como a assistência aos usuários de substâncias psicoativas tem se manifestado nos últimos anos. Mesmo assim, em relação a RD propriamente dita, ainda há uma lacuna no quesito das pesquisas qualitativas. Na nossa revisão só foram encontrados 9 estudos qualitativos específicos sobre a temática da RD e apenas 6 destes estudos versam sobre o CAPS AD.

Desta feita, esse levantamento sugere a necessidade de aprofundamento entre a relação entre a RD e o CAPS AD, uma vez que são dispositivos que estão entremeados nesse novo paradigma de assistência em relação às drogas, especialmente na região Nordeste e no Ceará, onde os estudos sobre a temática ainda são escassos.

4.3.5 A redução de danos e o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

O primeiro CAPS foi inaugurado em São Paulo, em 1986. A criação desse e de tantos outros posteriormente foi resultado de um intenso movimento social, iniciado pelos trabalhadores da saúde insatisfeitos com o único método de tratar os transtornos mentais à época: o hospital psiquiátrico. Os CAPSs, tanto quanto os NAPSs – Núcleos de Atenção Psicossocial – foram criados oficialmente pela Portaria GM 224, de 1992, sendo definidos como “unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional” (BRASIL, 2004b, p. 12).

Aos poucos os CAPSs foram se configurando como principal dispositivo dos serviços substitutivos do cuidado em saúde mental, a partir dos princípios da Reforma Psiquiátrica, legitimados pela lei de 2001. Nele, a assistência dentro da comunidade, em um projeto terapêutico singular (PTS) e em coparticipação no tratamento são as diretrizes, respeitando os direitos dos seus usuários como cidadãos.

Vários serviços substitutivos em saúde mental foram sendo criados, bem como as modalidades dos CAPSs. O CAPS AD surge em 2002, seguindo os princípios do geral, respeitando as especificidades dos usuários de álcool e outras drogas, tendo, por exemplo, um leito destinado à desintoxicação. Segundo o manual do MS, *Saúde Mental no Sus: os Centros de Atenção Psicossocial*, a lógica de planejamento que deve ser empregada no CAPS AD é a da RD, devendo o equipamento ter articulação consistente com um hospital geral da sua região para eventuais necessidades (BRASIL, 2004b).

Chama bastante atenção o número inexpressivo que encontramos em nossa revisão sobre pesquisas que relacionavam a RD ao CAPS AD. Com isso, em um segundo momento, usamos na plataforma utilizada os descritores nas combinações “redução de danos” e “centro de atenção psicossocial”, “redução de danos” e “caps ad”, “redução de danos” e “centro de atenção psicossocial álcool e drogas”, mas encontramos apenas os mesmos documentos anteriores.

Apesar de estarem em pequeno número, essas pesquisas nos instigaram por sugerirem uma fragilidade da RD dentro dos CAPS AD. Dos seis documentos que encontramos na base de dados, quatro eram pesquisas de campo em CAPS AD. Um deles é um estudo quanti-qualitativo sobre a avaliação da disponibilização de “kits de redução” de danos aos usuários de

drogas nas comunidades e no CAPS AD nos anos de 2003-2004, quando a prática da distribuição de *kits* ainda era comum e a RD estava engatinhando nas políticas de saúde (DELBON *et al.*, 2006). Os resultados da investigação, à época, trouxeram reflexões sobre a necessidade de sensibilização dos profissionais para o trabalho com a estratégia e, portanto, treinamentos e reuniões foram realizadas para o melhor entendimento e apropriação da estratégia para ser utilizada no cotidiano do trabalho.

Os outros três documentos eram relatórios de pesquisas qualitativas, uma do ano de 2008 (MORAES, 2008) e outras duas bastante recentes, do ano passado (MANENTE *et al.*, 2018; SANTOS *et al.*, 2018).

A primeira pesquisa, realizada em Recife, tinha como objetivo analisar a percepção de profissionais, usuários e acompanhantes sobre os modelos utilizados para a atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas. A autora partia da ideia de que a mudança do modelo assistencial proposta pela política atenção integral a essas pessoas poderia ter mudado a visão de assistência entre os envolvidos, passando de uma lógica que vê os indivíduos como doentes, para uma que os vê como cidadãos em uma perspectiva de RD. O estudo mostrou, entretanto, que os usuários entendiam-se como doentes, eram medicalizados e que havia resquícios do modelo psiquiátrico hospitalocêntrico na assistência.

Os dois estudos mais recentes relacionam diretamente a RD e o CAPS AD. O estudo de Manente *et al.* (2018), que falava da percepção do tratamento das pessoas usuárias do serviço do CAPS AD, evidenciou a problemática das contradições político-assistenciais que viemos discutindo. Os resultados mostraram que havia no CAPS pesquisado uma duplicidade métodos, um pautado na RD e outro na abstinência. Além disso, o estudo mostrou que muitos usuários apontavam que não acreditavam na efetividade da RD. Os autores apontam uma necessidade de maior engajamento dos usuários na escolha do tratamento e da desmistificação dos métodos.

Já o estudo de Santos *et al.* (2018) problematizou a ausência de engajamento dos usuários no tratamento do CAPS AD, na tentativa de superação do caráter tutelar do equipamento, que poderia, na visão dos autores, potencializar o protagonismo dos usuários e se voltar mais as necessidades deles, sendo que o aspecto clínico das intervenções terapêuticas ainda eram sobrevalorizados, em detrimento de outros interesses dos usuários.

Outro estudo recente realizado por Carvalho e Dimenstein (2017) na cidade de Natal sobre a análise do discurso de um CAPS AD (tipo III) e de uma CT mostrou que, em ambas as instituições, o discurso da RD não estava incorporado na rotina dos serviços, recebendo pouco

apoio, ainda que os usuários mostrassem-se receptivos à proposta, reconhecendo os efeitos positivos da mesma.

Essas evidências da fragilidade da RD no CAPS AD ligadas à lacuna existente na literatura sobre o assunto nos impulsiona ainda mais para este estudo, uma vez que precisamos falar da RD no CAPS AD dentro do debate sobre a assistência aos usuários de álcool e drogas.

Embora existam algumas pesquisas na região Nordeste sobre o assunto, a ainda limitada literatura sobre os serviços de saúde mental de base comunitária e RD acaba por enfraquecer a própria estrutura dos mesmos, podendo levar ao fortalecimento de serviços que propõem tratamento no formato asilar, que se encontram fora dos princípios que guiam a atenção à psicossocial no Brasil.

5 TENSÕES POLÍTICO-IDEOLÓGICAS NA ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Este capítulo tem função elucidativa à problematização que viemos construindo até aqui. É evidente que existem tensões políticas e ideológicas (paradigmáticas para alguns autores) na atenção aos usuários de álcool e outras drogas que dialogam, ou deveriam dialogar, dialeticamente no cotidiano dos serviços.

Machado & Boarini (2013) colocam que embora haja legitimação da RD dentro das políticas sobre drogas, o fenômeno do consumo dessas substâncias ainda suscita muita discussão na comunidade acadêmica, na saúde, na segurança pública, nos meios de comunicação e na sociedade em geral. No debate científico essa legitimidade estaria dividida em três vertentes: a recusa da validade da estratégia no âmbito da prevenção sob a suspeita de não cientificidade; a aceitação parcial e a sua aceitação.

O primeiro argumento, segundo as autoras, é moral, visto que há dados do MS e de outras partes do mundo sobre a validade da estratégia. O segundo, está pautado especialmente no conceito de “risco”, aceitando o uso da estratégia na prevenção da AIDS em UDIs, nos PTSEs, mas ainda tendo a abstinência como meta. A terceira é a aceitação da RD em sua forma ampliada.

Esses pontos de vistas diversos dificultam a consolidação da RD, a disseminação de seus princípios e sua aplicação na saúde pública, especialmente porque se vem presenciando um intenso direcionamento do dinheiro público para financiamento de CTs, contrapondo decisões da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, pondo em risco os direitos dos usuários

de drogas, principalmente no que diz respeito à atenção dentro da comunidade na rede, em serviços como o CAPS AD, Consultórios de Rua e Casas de Acolhimento Transitório (CAT) (MACHADO & BOARINI, 2013).

Em uma análise sobre as políticas sobre drogas dos anos 2000 a 2016, Teixeira *et al.* (2017) identificam essas tensões, que chamaram de paradigmáticas, dentro das políticas, classificando-as dentro de três modelos: (1) moral/criminal/proibicionismo; (2) doença/asilar; (3) redução de danos e/ou modelo de atenção psicossocial/antiproibicionista. De forma sistemática compilaram decretos, políticas e outras normativas que facilitam o entendimento dessas tensões, conforme a apresentação do quadro abaixo.

Quadro 1: Sistematização das normativas sobre drogas na legislação brasileira de 2000 a 2016.

Normativos	Ano e Setor	Relação com temática das drogas e a organização dos serviços	Modelos*
Lei 10.216 de 06 de abril de 2001	2001. Ministério da Saúde	Marco da Reforma Psiquiátrica; novo modelo de atenção em saúde mental; desospitalização, serviços de base territorial, portas abertas, sem exclusão do convívio com a sociedade. Define três tipos de internação psiquiátrica: voluntária, solicitada pelo paciente e involuntária.	(3)
Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 101 de 30 de maio de 2001 (revogada pela RDC 29 de 2011)	2001. Ministério da Saúde. Anvisa	Regulamento Técnico sobre o funcionamento dos serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas (SPA), segundo modelo psicossocial, também conhecidos como Comunidades Terapêuticas (CT).	(2)
Decreto Presidencial nº 4.345 de 26 de agosto de 2002.	2002. Presidência da República. Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD)	Institui a Política Nacional Antidrogas (PNAD). Apresenta o prefixo <i>anti</i> drogas, que denota uma posição proibicionista visando uma <i>sociedade livre do uso de drogas</i> ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas embora já aponte para programas de redução de demanda e danos considerando os determinantes sociais de saúde.	(1)
Portaria nº 2197 de 14 de outubro de 2004.	2004. Ministério da Saúde	Estabelece que o Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (AD). Considera as determinações do documento “A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de AD” de 2003 do MS. Adota a Redução de Danos (RD) como estratégia de intervenção prioritária. É contrária a internação de usuários AD em hospitais psiquiátricos normatizando as internações hospitalares de curta permanência; propõe integração entre os serviços e níveis de atenção à saúde	(3)
Resolução nº3/GSIPR/CH/CONAD de 27 de outubro de 2005.	2005. Conselho Nacional Antidrogas (CONAD)	Institui a Política Nacional Sobre Drogas substituindo o prefixo “anti” para “sobre” drogas, refletindo nova compreensão técnica-política para o problema em uma sociedade protegida do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas.	(3)
Portaria nº 1.028, de 1 de julho de 2005.	2005. Ministério da Saúde	Regulamenta ações que visam à RD decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem	(3)

		dependência definindo as ações de RD com disponibilização de insumos para prevenção de HIV e hepatites.	
Lei de Drogas 11.343 de 23 de agosto de 2006.	2006. Presidência da República. Casa Civil	Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad). Prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas e as redes de serviços. Estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes, distingue usuário de traficante e suas respectivas penas, porém mantém a criminalização e a penalização por uso de drogas.	(1)
Decreto nº 6.117, de 22 de maio de 2007.	2007. Presidência da República	Institui a Política Nacional sobre o Alcool com medidas para redução do seu uso indevido e sua associação com a violência e criminalidade. Propõe a ampliação e fortalecimento das redes locais de atenção integral na lógica de território e de RD.	(3)
Portaria nº 1.190 de 04 de junho de 2009.	2009. Ministério da Saúde.	Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Alcool e outras Drogas (PEAD). Normatiza os Consultórios de Rua (CR) como uma das estratégias do plano na área de saúde mental, visa diversificar as ações orientadas para a prevenção, promoção e tratamento por meio de respostas intersetoriais efetivas.	(3)
Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009.	2009. Presidência da República, Casa Civil	Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social, regula isenção de contribuições para a seguridade social às pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos e inclui as CT em tal categoria.	(2)
Decreto nº 7.179 de 20 de maio de 2010	2010. Presidência da República, Casa Civil	Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (PIEC) e cria o seu Comitê Gestor. Esse Plano deu origem ao Programa "Crack é Possível Vencer" em 2011 apresentando três eixos de atuação: Prevenção, Cuidado e Autoridade com a finalidade de promover a prevenção, o tratamento e a reinserção social de usuários; além do enfrentamento do tráfico de crack e outras drogas ilícitas. Visa integrar as ações de saúde e reinserção social de usuários AD com as ações do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), além da ampliação dos dispositivos da rede de atenção.	(2 e 3)
RDC 29 de 30 de junho de 2011.	2011. Ministério da Saúde. Anvisa	Estabelece requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes de SPA em regime de residência. Revoga a RDC de 2001 e apresenta atividades supostamente desenvolvidas nas CT sem nomeá-las como tal. Não há o rigor anterior da RDC 101 quanto aos critérios de elegibilidade do residente e mantém o critério de permanência voluntária. Não define número máximo de leitos (que era de 30 na RDC 101) e o responsável não tem mais que ser necessariamente da área de saúde, mas apenas de nível superior.	(2)
Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011.	2011. Ministério da Saúde.	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Revê a organização da Atenção Básica e seus atributos essenciais e derivados. Incorpora a RD na Atenção Básica e cria as equipes de Consultório na Rua (eCnaR).	(3)
Portaria nº 3088 de 23 de dezembro de 2011.	2011. Ministério da Saúde.	Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e	(3)

		outras drogas (RAPS) para ampliação do acesso à atenção psicossocial aos pontos de atenção da rede e incluindo às urgências. Institui as CT, as eCnaR e Centro de Atenção Psicossocial para AD (CAPS AD) como seus dispositivos.	
Portaria nº 131 de 26 de janeiro de 2012.	2012. Ministério da Saúde.	Institui incentivo financeiro de custeio para apoio aos Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as CT no âmbito da RAPS. Define 30 leitos como número máximo por serviço (que já constava na RDC 101). Para recebimento do incentivo os serviços deverão integrar Região de Saúde que conte com componentes da RAPS. Apresenta normas mais rígidas de credenciamento para os serviços residenciais.	(2 e 3)
Portaria nº 10, de 28 de fevereiro de 2014.	2014. Ministério da Justiça. SENAD.	Acrescenta modelo de relatório de fiscalização das CT. Define CT como entidade que presta serviços de acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de SPA. Explicita que há um número de vagas contratadas pela SENAD, órgão fiscalizador das CT utilizando parâmetros da RDC 29/2011. Define como direito do acolhido a Laborterapia que emprega o trabalho como forma de recuperação. Propõe modelo de acolhimento em que não há privação de liberdade.	(2)
Resolução nº 01 de 19 de agosto de 2015.	2015. Presidência da República. CONAD.	Regulamenta, no âmbito do Sisnad, as entidades caracterizadas como CT, sem prejuízo da RDC nº 29. Afirma que as CT não são estabelecimentos de saúde, mas de interesse e apoio das políticas públicas de cuidados, atenção, tratamento, proteção, promoção e reinserção social. Estabelece o acolhimento por até 12 meses o que se diferencia de uma abordagem psicossocial com vistas a desinstitucionalização. O programa de acolhimento ainda permite incluir a realização de desenvolvimento da espiritualidade como parte do método de recuperação.	(2)
Portaria 834 de 26 de abril de 2016.	2016. Ministério da Saúde	Redefine os procedimentos relativos à certificação das entidades beneficentes de assistência social na área de saúde (CEBAS) e considera entidade beneficente de assistência social na área de saúde aquela que atue diretamente na atenção à saúde. A CT definida como entidade de saúde poderá receber o CEBAS, porém não há definição de critérios quanto ao que se caracteriza "entidade de saúde". Informa ainda excepcionalmente, para receber a CEBAS as CT que comprovem a aplicação de apenas 20% de sua receita bruta em ações de gratuidade.	(2)

*Legenda: Modelos de abordagem aos usuários de drogas: 1) Moral/criminal/proibicionismo; 2) Doença/asilar; 3) Redução de danos e/ou modelo de atenção psicossocial/antiproibicionista.

Fonte: TEIXEIRA *et al.*, 2017 (adaptado).

Esse quadro proposto pelos autores nos dá uma visão geral de como o alicerce da assistência ao uso de drogas foi organizado nesse novo século.

Dos 18 documentos, na classificação dos autores, 8 dizem respeito ao modelo psicossocial que tem como base o paradigma da redução de danos, 6 ao modelo de doença/asilar e 2 estavam claramente no modelo proibicionista. Os outros 2 que restaram, dialogavam entre os modelos (2) e (3).

Essa ilustração torna translúcida a nossa problemática. A RD enfim, precisa ser compreendida, analisada e avaliada nas políticas para que tenhamos uma dimensão de como esse dispositivo está operando no dia-a-dia da assistência, a partir dos atores sociais envolvidos. Afinal, por meio de ideologias e princípios que norteiam as práticas é que as políticas tomam corpo.

Sobre isso, Delbon *et al.* (2006) fazem uma importante reflexão. No seu estudo, eles dizem que implantar um PRD, mesmo que apoiado por leis e pelas políticas públicas é uma tarefa difícil, que exige criatividade, esforço conjunto e flexibilidade nos prazos de implementação. Isso porque

A implantação do conceito de RD em um serviço de saúde pode encontrar resistência dos funcionários. Com um trabalho integrado da equipe e das coordenações é possível sensibilizá-los para posterior internalização desses conceitos (p. 46).

Além disso, os autores apontam que se deve ter em mente que a implantação das intervenções em RD é um processo gradual, que deve respeitar as diferenças das pessoas envolvidas e dos serviços.

A nossa intenção nessa investigação é sobretudo ter uma noção, dentro de uma esfera macro, em que momento o município encontra-se nesse processo, partindo da compreensão em uma esfera micro da RD no serviço escolhido, levando em consideração a especificidade dos operadores da estratégia nesse espaço.

6 METODOLOGIA

6.1 O ENFOQUE QUALITATIVO

São inúmeros os estudos que justificam a opção da escolha pela investigação qualitativa por entender que o objeto da investigação não pode ser quantificável e, que nos objetivos da mesma, se trabalha com o universo das crenças, valores, aspirações, motivos e atitudes (MINAYO, 2000).

Embora concordemos com essas premissas, entendemos mais profundamente que a pesquisa qualitativa diz respeito a uma determinada postura de pesquisa, em que o fundamento epistemológico seja coerente no caminho metodológico desde a construção teórica à escolha das técnicas de pesquisa utilizadas (MERCADO-MARTÍNEZ & BOSI, 2007).

Não basta dizer que o objeto não é quantificável, pois é possível observar que existem investigações que se utilizam de questionários “qualitativos”, que tomam esse predicado em um sentido mensurável, digno da postura das ciências naturais, na sua necessidade de objetividade e neutralidade científica.

Assim, o enfoque qualitativo apresenta-se sobremaneira de uma forma crítica ao paradigma da ciência positivista, sendo considerado inadequado e estreito para abranger a subjetividade inerente aos processos humanos (MERCADO-MARTÍNEZ & BOSI, 2007).

Sem nos desfazermos da importância do método quantitativo para ciência, nem entrarmos na querela do preciosismo dos métodos, entendemos que a natureza da(s) pergunta(s) da investigação qualitativa é de ordem diferente dessa outra forma de pesquisar.

Ademais, alguns pressupostos do enfoque devem ser considerados. A não neutralidade do pesquisador é o primeiro deles. O observador está sempre implicado na experiência de conhecer. Este conhecimento é sempre construído, não existindo verdades universais, nem uma realidade em si, mas as interpretações têm lugar na construção da(s) realidade(s), sendo o conhecimento científico, portanto, resultado de relações sociais (MERCADO-MARTÍNEZ & BOSI, 2007).

Embora a pesquisa qualitativa possa ser empregada com base em diferentes matizes teóricas, Deslandes & Gomes (2007) nos lembram que nesse tipo de estudo a interpretação do significado das ações sociais tem centralidade. É a partir dessa “arte de interpretar” que embasamos nosso caminho metodológico.

6.2 ENTRE A HERMENÊUTICA E A NARRATIVA

Aqui discutimos as correntes teórico-metodológicas às quais a nossa investigação se afiliou para construção do nosso caminho de pesquisa. Inicialmente construída sob a base metodológica da hermenêutica, a conversa com os sujeitos da pesquisa nos levou a uma análise que valorizou as narrativas por eles construídas, levando-nos à criação de uma própria narrativa interpretativa triangulando aspectos da análise hermenêutica e da análise narrativa.

A triangulação metodológica é uma metáfora proveniente de uma noção geográfica de mapeamento terrestre, de uma forma em que se encontra a localização de algo na interseção de dois ou mais pontos (PATTON, 1999). Assim, localizamos nossa metodologia entre a hermenêutica, em suas várias vertentes – especialmente a gadameriana – e a narrativa, que tem bases teórico-filosóficas assentadas na fenomenologia da experiência aproximando-se também dessa filosofia da interpretação (DELORY-MONBERGER, 2012), facilitando esse diálogo.

O olhar hermenêutico entende a operação interpretativa como fundamental para a apreensão dos discursos humanos, levando a *compreensão* do sentido destes.

A interpretação significa primariamente uma relação com o outro, com o texto (discurso) e com a natureza. Assim, “compreender com sentido significa assumir e tecer uma relação dialética tensional, que gera uma terceira margem emergente do interpretar” (ROHDEN, 2008, p. 36).

No nosso entendimento, o salto para a construção do conhecimento baseado na hermenêutica se dá pela implicação do pesquisador nesse processo. Na análise compreensiva, o observador é parte do processo interpretativo. Nas palavras de Rohden (2008): “trata-se de um olhar que não apenas vê, mas se vê; estamos às voltas com um dizer que não apenas dita, mas se implica ao dizer” (p. 51).

A narrativa enriquece o nosso olhar interpretativo, pois ela é uma das formas fundamentais com que as pessoas organizam a sua compreensão do mundo. Contando histórias, elas dão sentido às suas experiências passadas e compartilham essas experiências com outras pessoas. Assim, a análise cuidadosa de tópicos, conteúdo, estilo, contexto e ato de compor narrativas revela a compreensão das pessoas dos sentidos que atribuem aos eventos de sua vida e aos contextos culturais que vivem (GIBBS, 2009).

Moutinho & De Conti (2016) colocam que na análise narrativa a subjetividade ganha protagonismo, por ser o “lugar” onde se constroem os sentidos com uma dada audiência em determinado tempo e espaço. A narrativa, assim, é uma construção interacional. Nessa ideia, a audiência constrói conjuntamente a narrativa com seu contador, em um sentido histórico e cultural. É uma elaboração conjunta, na qual quem conta e quem ouve criam sentidos colaborativamente.

Quando a hermenêutica defende o olhar para a construção compartilhada da experiência e para historicidade dos fenômenos é que se faz uma intersecção fundamental com a narrativa. Que é uma narrativa, senão uma estória contada num tempo e que só tem sentido dentro de seu contexto e para quem se conta a estória? Uma narrativa, que nada mais é que uma

experiência contada, traz consigo a base da própria experiência, que é sua historicidade interna (GADAMER, 1997). Para o pensar hermenêutico, a vida humana é histórica e não há outra forma de se ver o fenômeno que não pela história por detrás do texto, a história por detrás do conceito, sobre a qual Gadamer discutiu adotando a categoria *preconceito*. Essa ideia, que foi mal interpretada em uma conotação negativa como se significasse “falso juízo”, diz respeito a um julgamento que já existia antes da experiência, em uma espécie de estrutura pré-existente à compreensão, ou seja, uma história viva que possibilita a compreensão. Essa história necessariamente está marcada por um tempo e uma cultura.

Lawn (2007), um notável comentador de Gadamer, fala dessa possibilidade do termo carregar tanto uma conotação positiva, quanto uma negativa. Segundo ele, a tradição iluminista, da qual as sociedades ocidentais em muito devem, enfatizou a visão negativa em detrimento da positiva. Contudo, a noção refere-se à necessidade de uma estrutura prévia de entendimento para que ocorra a compreensão. Esta, vale-se intimamente da noção de *experiência*.

Tanto para os teóricos que trabalham com a hermenêutica como para aqueles que trabalham as narrativas na pesquisa qualitativa, a noção de experiência ganha destaque. Esta, tal como afirma Gadamer (1997), é um processo vital e histórico na peculiar fusão da recordação e expectativa, num todo que se chama experiência. Assim, ele critica, como antes citamos, a noção empirista de que os fatos são extraídos da experiência. Antes, essa é constituída por meio dessa fusão, que podemos chamar de *fusão de horizontes*.

Esse conceito parte da ideia de “horizonte”, entendida como uma perspectiva sobre o mundo. Parte dela é adquirida pela linguagem, tendo um horizonte linguístico básico, que está em constante movimento, não sendo fixo. Ela é, então, uma inspiração. É ao mesmo tempo revelação e limitação, pois essa fusão entre a perspectiva acomodada e a nova (o novo horizonte) acontece a cada novo entendimento, sendo a compreensão sempre parcial, limitada aquela fusão momentânea. Esta liga o presente ao passado (LAWN, 2007).

Gadamer toma emprestada a noção heideggeriana de “círculo hermenêutico” para falar sobre como a interpretação ocorre. É uma “arte de interpretar”, é um movimento circular dialógico do sistema, que tem suas partes em conexão com o todo. O movimento da compreensão é, assim, do todo à parte e desta ao todo.

A metáfora usada por Lawn (2007), ilustra poeticamente este movimento:

Uma ótima maneira de ilustrarmos o círculo hermenêutico é pensarmos sobre o ato de lermos um romance. Quando estamos lendo, estamos sempre antecipando um significado total do texto: a resolução de conflitos narrados, o final da estória, etc. O leitor tem sempre em mente um desejo de fazer com que todas as partes individuais

do texto se encaixem, antecipando o significado total do livro. O significado do livro é visto como um desenrolar dos acontecimentos e o final do livro como sua resolução. Ao mesmo tempo, enquanto antecipamos o significado total, estamos sempre no processo de ler uma pequena parte do trabalho; primeiro uma palavra, depois uma sentença, depois um parágrafo. Estas partes contribuem com o significado total do trabalho, portanto podemos falar aqui de um movimento constante entre as partes e o todo. Os significados das palavras em um texto não devem ser considerados isoladamente, mas sim como unidades de significado que estão constantemente no processo de modificação em relação ao significado total implícito do texto (p. 68-69).

Segundo o autor, para não se cair na falácia do círculo de se fechar em si mesmo e se tornar vicioso, é preciso que se entenda o contexto da vida do autor do texto, as suas vivências. No caso da narrativa falada, que também é um texto, é necessário que levemos em consideração a vida do autor e seus preconceitos.

Dessa maneira, o atributo histórico ganha importância na construção de sentidos na interpretação, pois todo texto (discurso) está dentro de um tempo e de uma história, sendo que se interpreta mais uma *parole* (fala), que é uma mensagem, diacrônica, individual, marcada pela vivência temporal inserida num contexto, e não apenas uma *langue* (língua), que se caracteriza uma estrutura linguística de códigos que contém significados que poderiam supostamente, em uma teoria geral da interpretação, serem apreendidos de forma neutra (ROHDEN, 2008; RICOEUR, 2013).

Para Ricoeur (2013), na interpretação as dimensões de *parole* e *langue* articulam significados e sentidos para a compreensão do texto nessa relação das partes com o todo e vice-versa.

O diagrama a seguir ilustra como articulamos os aspectos da hermenêutica e da narrativa para alicerçar nosso estudo:

Figura 1 – Triangulação metodológica: entre a hermenêutica e a narrativa.



Dentro de uma linha de pesquisa de políticas de saúde, essa articulação entre o significado estrutural e o sentido particular, entre a historicidade e a experiência, torna-se fundamental para a compreensão dos fenômenos, a partir da interpretação das narrativas dos sujeitos envolvidos na investigação.

6.3 CENÁRIO E SUJEITOS DE PESQUISA

Elencamos como cenário do nosso estudo um CAPS AD⁸, por ser o equipamento de referência na atenção a usuários de álcool e outras drogas. A seguir faremos uma breve caracterização do campo, bem como justificaremos a nossa escolha.

O município de Fortaleza é a capital do estado do Ceará, estando localizado no litoral norte do estado, com área territorial de 313 km². A população está estimada em 2.627.482 habitantes, de acordo com dados do IBGE em 2017, tendo densidade populacional de 8.373 habitantes por km², sendo a maior densidade demográfica entre as capitais brasileiras. A população do município compreende 29,12% da população do estado e a cidade ocupa o ranking de 17º lugar em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) das metrópoles do país, com o índice 0,732, sendo caracterizada com IDH alto (FORTALEZA, 2017).

Desde a década de 1990, pela Lei Municipal nº 8.000 de 29 de janeiro de 1997, o modelo administrativo de gestão é descentralizado em Secretarias Executivas Regionais (SERs), sendo hoje sete (I, II, III, IV, V, VI e Centro), que compreendem 119 bairros. Por sua vez, o modelo de gestão descentralizado na saúde são as Coordenadorias Regionais de Saúde (CORESs) de mesma denominação e abrangência das SERs.

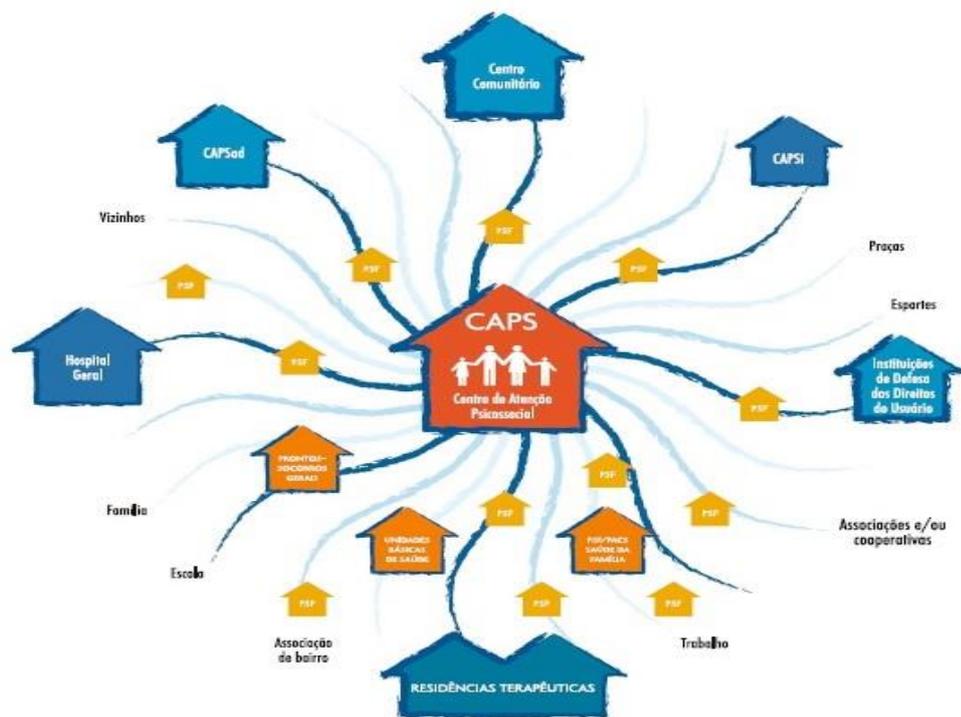
A rede de atenção à saúde em Fortaleza é composta por 152 equipamentos de saúde, que estão localizados em cada regional para atender a população adstrita. São Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPSs), hospitais de atenção secundária e terciária, Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), CAPSs nas categorias Geral, Infantil e Álcool e Drogas, Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), Centrais de Distribuição de Medicamentos no Terminal (CDMTs), equipes de Consultório na Rua, Espaço Ekobé e espaços para desenvolvimento de práticas integrativas em saúde, que geralmente funcionam nas UAPSs.

No tocante à RAPS, Fortaleza possui 19 equipamentos de saúde mental especializados, sendo 6 CAPSs Geral (um em cada regional, exceto CORES Centro), 7 CAPSs AD (um em cada regional) e 2 CAPSs i (localizados nas regionais III e VI, o primeiro sendo responsável

⁸ O CAPS AD escolhido não será identificado nessa pesquisa por questões ético-políticas.

pelo atendimento das regionais ímpares e o segundo, das pares), 5 Unidades de Acolhimento (UAs) e 2 Serviços de Residência Terapêutica (SRTs) (FORTALEZA, 2017), além dos outros equipamentos da rede de saúde, que também fazem parte da RAPS, conforme a ilustração a seguir:

Figura 2 – Rede de atenção à Saúde Mental (Psicossocial).



Fonte: BRASIL, 2004b.

A CORES onde se encontra o CAPS AD de nosso estudo, possui 18 equipamentos de saúde, dos quais 4 são equipamentos de saúde mental especializada.

Como já explicitado, o CAPS AD foi eleito como campo de pesquisa por ser o equipamento de referência da RAPS para atenção ao usuário de álcool e outras drogas. A escolha deste equipamento específico deu-se pelo fato dessa CORES ser minha⁹ regional de trabalho, pois atuava como articuladora em um serviço de saúde mental especializado em uma instituição de ensino superior que, embora privado, realizava parcerias com a rede pública, o que facilitou o diálogo durante a fase exploratória de campo. Além disso, a gestão desse dispositivo mostrou-se aberta, solicita e interessada em participar da pesquisa e em seus

⁹ Quando as sentenças aparecerem em primeira pessoa, trata-se de experiência pessoal da pesquisadora principal.

resultados, consolidando o equipamento como o *locus* da pesquisa.

Este CAPS AD é do tipo III (de acordo com o enquadramento da portaria nº 336, de 19/02/2002), sendo 24 horas, embora não estivesse em pleno funcionamento durante a realização da pesquisa, funcionando apenas durante o dia, de 7:00h às 17:00h. No equipamento aconteciam atividades de acolhimento, atendimentos individuais, grupos, visitas domiciliares e atividades de matriciamento nas UAPSs.

Sua equipe de trabalho era formada por médico(a)s, psicólogo(a)s, assistente sociais, terapeuta ocupacionais, enfermeiro(a)s, farmacêutico(a)s, técnico(a)s de enfermagem, funcionários de cargo administrativo, porteiros, recepcionistas, coordenadora do serviço, assistentes de coordenação, funcionários de serviços gerais e cozinha.

Havia, ainda, professores de uma universidade particular que prestavam serviços na unidade com seus alunos por meio de projetos de extensão.

A escolha desse cenário nos permitiu aprofundamento e, ao início, previmos um recorte metodológico que contemplasse o universo dos profissionais deste CAPS AD, não sendo necessários procedimentos de delimitação amostral dos sujeitos. Dessa forma, as questões logísticas de viabilidade nos foram favoráveis, mesmo que, em relação ao recorte inicial, o qual previa entrevista e observação do trabalho de sete sujeitos, tenha sido praticamente dobrada, tendo participado da pesquisa treze pessoas. Os critérios de inclusão adotados foram: ser profissional de saúde ou de gestão do equipamento; estar trabalhando no serviço por pelo menos seis meses; ter interesse em participar do estudo; assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndices E e F).

Existiam, ainda, profissionais que não preenchiam critérios de inclusão de tempo para participar da pesquisa, mesmo tendo interesse em participar da mesma, que foram excluídos. Mesmo assim, dos dezessete profissionais de saúde e gestão que trabalhavam nesse CAPS AD à época da pesquisa, treze participaram da pesquisa, sendo três deles excluídos pelo critério temporal e uma por ter tirado licença na segunda semana da pesquisa, contemplando nosso critério universal.

Entre os participantes, eram duas profissionais de gestão e onze profissionais de saúde, entre médico(a)s, enfermeiro(a)s, psicólogo(a)s, assistente sociais, farmacêutico(as), terapeutas ocupacionais e técnico(a)s de enfermagem. Eles tinham idades entre 25 e 68 anos, sendo nove mulheres e quatro homens. Doze destes tinham ensino superior, dos quais quatro possuíam pós-graduação em áreas relevantes para o trabalho dentro do equipamento. Além disso, doze dos entrevistados tinham mais de um ano no serviço, sendo nove deles servidores com vínculos

temporários de contrato de trabalho, três terceirizados e um servidor efetivo, concursado. Do tempo de profissão, quatro deles tinham entre 0 e 5 anos de profissão, três entre 5 e 10 anos, três entre 10 e 20 anos, dois acima de 20 anos de profissão. Uma pessoa não forneceu essa informação.

6.4 O CAMINHO DA PESQUISA

A nossa estrada de pesquisa passou por duas etapas: a de revisão de literatura e a de campo. Assim como triangulamos pressupostos metodológicos para embasar nossas análises do que foi visto na pesquisa, em nosso caminho metodológico também triangulamos técnicas para vivenciar o campo e, posteriormente, configurar os resultados da nossa pesquisa. Estas técnicas foram a busca e análise de documentos, a realização de entrevistas e observação sistemática. A fase de campo foi precedida da investigação na literatura, tendo sido um caminho rico em que havia retornos e saltos a depender de como se desenrolavam as vivências.

A revisão de literatura teve início ainda no começo do ano de 2017, em março, com o ingresso no Mestrado em Saúde Pública, sendo apenas finalizada ao final do relatório da pesquisa, em junho de 2019. Esta ocorreu por meio de busca nas plataformas digitais: Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Portal da CAPES), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Portal de Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), sendo que o procedimento mais estrito desta fase ocorreu na base SciELO, como descrito no tópico 4.3.4. A busca nos outros dois portais complementou a primeira revisão, não tendo uma organização tão sistemática quanto esta, servindo-nos, todavia, como ferramenta para a busca de material para ampliação das discussões que emergiram em campo.

A entrada em campo só pôde ocorrer após a qualificação do projeto na universidade, que se deu em abril de 2018, a anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, recebida em junho do mesmo ano e a aprovação do Comitê de Ética de Pesquisa (CEP) da UFC, recebida no mês de setembro de 2018.

Essa etapa ocorreu de outubro de 2018 a fevereiro 2019. As entrevistas e observações no serviço ocorreram até dezembro de 2018 e a busca por documentos de gestão estendeu-se até fevereiro do ano seguinte, pela dificuldade de acesso a esses documentos nos vários órgãos dos poderes estadual e municipal. O governo estadual passava por uma reestruturação no início de 2019, o que impediu o acesso a quaisquer instrumentos de gestão de forma direta, sendo que

alguns dos documentos encontrados da esfera estadual foram provenientes de uma busca por informações no Portal da Transparência do Estado.

O uso da investigação de documentos pode ser útil nas Ciências Humanas na medida em que possibilita ampliar o entendimento de objetos cuja compreensão necessita de uma contextualização histórica e sociocultural, acrescentando a dimensão do tempo à compreensão do social (SÁ-SILVA *et al.* 2009). Na intenção de uma construção temporal da RD nas políticas públicas e, buscando compreender as especificidades regionais e locais, procuramos documentos oficiais em nível estadual, municipal e local.

Essa busca documental foi posta como parte da investigação e não como parte da nossa fundamentação teórica inicial, como fizemos com as políticas federais, pelo fato, já mencionado, da fragilidade da organização do setor de Saúde Mental em Fortaleza.

O critério de seleção dos documentos partiu da referência histórica do capítulo que falava sobre a história da RD no Brasil. O Ceará foi um dos dez estados contemplados com o PRD em 1994/1995 no “Projeto Drogas”. Com isso, esse foi o ponto de referência dos documentos que buscamos, sendo a margem temporal dos documentos de 1994 a 2019 em nível local, municipal e estadual.

Além do critério temporal, criamos um roteiro de orientação (apêndice A) para a busca dos documentos, com base nas normativas federais. Desse roteiro, conseguimos poucos documentos, confirmando a fragilidade da gestão nessas três esferas. Visitamos a Secretaria Especial de Políticas Sobre Drogas do estado (SPD-CE), a Coordenadoria de Políticas Sobre Drogas (CPDrogas) do município, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), na Célula de Saúde Mental, que é um dos órgãos reguladores dos CAPSs na cidade, e a Área Técnica de ISTs/AIDS, além de ter tentado acesso ao plano de trabalho do CAPS AD, cenário da pesquisa, sem sucesso. A busca precisou ser interrompida, especialmente, pela morosidade dos órgãos para dar algum retorno às solicitações da pesquisa. Não conseguimos acesso à Secretaria Estadual de Saúde (SESA), pois o período de transição do governo dificultou os contatos com os responsáveis.

Tivemos acesso aos planos municipais de saúde do início dos anos 2000 até o ano de 2019, mas nenhum dos documentos citava qualquer aspecto direto sobre a assistência à saúde aos usuários de álcool e outras drogas. Acessamos alguns outros documentos de gestão, que tinham cunho operacional ou financeiro e foram descartados da nossa análise. Em todos os órgãos nos foi informado que eram seguidas as normativas federais para a condução da assistência. Tivemos, ainda, acesso a um relatório de gestão do CAPS AD em questão, sendo o único da esfera local. Os documentos que foram analisados traziam poucas referências sobre a

assistência aos usuários de drogas, e nada sobre a RD, sendo pouco utilizados nas nossas discussões e análises, sendo, sobretudo, citados nas suas lacunas.

A entrevista, por sua vez, foi a principal técnica utilizada na investigação, que deu vazão às narrativas dos sujeitos, tornando o estudo extremamente potente.

A entrevista, segundo Reste (2015), é literalmente uma *entre – vista*, uma troca de pontos de vista entre duas pessoas que conversam sobre um tema de mútuo interesse. É uma “conversação estruturada”, cuja força reside na apreensão da multiplicidade dos pontos de vista dos sujeitos sobre um tema, de modo a construir uma imagem da diversidade e controvérsia do mundo humano.

Em uma entrevista não se coleta informações. Constrói-se dialogicamente sentidos e significados novos. O entrevistador, assim, tem um papel ativo no processo, sendo sua postura fundamental para o discurso que ali será construído.

Esse *entre-ver* possibilitou a construção das nossas análises, existindo momentos que as entrevistas viravam conversas, tendo, inclusive, um tom confessional. O fato de a entrevistadora estar presente em quase todos os dias por dois meses no cotidiano do serviço facilitou o processo da entrevista, na qual os atores estiveram, na maioria das vezes, muito à vontade, especialmente aqueles últimos a serem entrevistados, que já estavam acostumados com a presença da pesquisadora, enriquecendo o processo.

Optamos pelo uso da entrevista semiestruturada, organizadas em sessões. Cada uma delas tinham ementas gerais para conduzir o diálogo. Mesmo assim, deixava-o aberto para a narrativa dos profissionais ganhar corpo na sua própria condução. Essas ementas foram cruciais para as informações obtidas, dando à pesquisa contornos mais amplos em relação os objetivos inicialmente pretendidos. Mesmo que essa organização convidasse ao diálogo mais aberto, ela tinha o objetivo de focalizar questões centrais para a pesquisa: as normativas relacionadas à RD, o entendimento do conceito pelos profissionais e como eles percebiam a estratégia dentro das práticas. Além disso, algumas das perguntas foram voltadas para a compreensão do posicionamento dos profissionais acerca da RD, uma vez que entendemos que além da apreensão das concepções e como se dá a aplicação desses conhecimentos na prática, a dimensão do julgamento de valor que eles apresentavam diante da estratégia e do fenômeno global do uso de substâncias psicoativas poderiam exercer influências diretas no cotidiano de trabalho dentro do CAPS AD. Com isso, foi criado um bloco de perguntas iniciais, que chamamos de “aquecimento”. Ele buscava o entendimento do fenômeno de uso de drogas em geral, procurando compreender o olhar que os profissionais tinham sobre o usuário de drogas,

levando em consideração os estigmas que essas pessoas carregam historicamente, além de buscar compreender a visão deles em relação aos usuários do serviço, por existirem evidências na literatura de que, muitas vezes, a RD era direcionada a grupos específicos de pessoas, especialmente populações vulneráveis. Nesta primeira sessão ainda foi abordada a temática da profissão, que se propunha a investigar as nuances da RD entre as diversas profissões da saúde, reconhecendo suas especificidades em um grupo de profissionais chamados “reduzores de danos”, que são atores com saberes distintos dos profissionais de saúde dos equipamentos, especialmente do CAPS AD.

Além disso, abordar a questão das profissões relacionava-se ao que é previsto dentro das políticas sobre drogas: a preparação dos profissionais para o trabalho sob a perspectiva da RD. Foi uma forma de investigarmos a política em seu nível micro.

As outras sessões do roteiro seguiam esse aquecimento, sendo direcionadas aos objetivos específicos da investigação. Os roteiros das entrevistas seguem em apêndice (B e C).

As treze entrevistas foram realizadas e transcritas pela pesquisadora principal, sendo realizadas no serviço, pela conveniência dos participantes, e gravadas com o consentimento dos mesmos, totalizando 11 horas, 14 minutos e 5 segundos de gravação. As entrevistas tinham em média 51 minutos.

A observação foi a técnica que nos permitiu contemplar o nosso último objetivo específico, que era relacionar as práticas do serviço às falas dos nossos informantes e as políticas, buscando outro olhar, na tentativa de apreender o fenômeno de uma outra dimensão. Isso porque compreendemos que mesmo nas falas dos sujeitos há muito de “não dito”, que pode ser apreendido de outras formas.

Dessa maneira, a observação

é uma técnica que faz uso dos sentidos para a apreensão de determinados aspectos da realidade. Ela consiste em ver, ouvir e examinar os fatos, os fenômenos que se pretende investigar. A técnica da observação desempenha importante papel no contexto da descoberta e obriga o investigador a ter um contato mais próximo com o objeto de estudo. (GEHARDT & SILVEIRA, 2009, p. 74).

Esse olhar do fenômeno não se propõe de forma alguma a uma neutralidade. Dentro de um serviço de saúde, por mais que se tenha um roteiro, a observação tem características dialógicas, pois não há como se pensar uma observação que não afete o cotidiano das práticas tanto em relação aos profissionais quanto aos usuários.

Optamos por uma modalidade de observação com o uso de um roteiro sistemático (apêndice D), que pode ser chamada de observação dirigida, conforme assinala Minayo (2008),

sendo aquela que aponta alguns aspectos a serem observados tendo em vista os temas que configuram o objeto e a partir de elementos exploratórios da realidade empírica. O nosso roteiro, dessa maneira, era relativamente aberto, sendo apenas orientador, no sentido em que focava especialmente nas práticas e atividades do serviço, na conduta dos profissionais, bem como na relação destes com os usuários dos serviços e a rede. O uso do diário de campo também foi importante ferramenta para as observações. Aspectos não contemplados no roteiro, bem como relacionados a espaço físico e ambiência, os sentimentos e percepções da pesquisadora foram relatados nesse instrumento, sendo muito utilizado nas análises. Nele, foi relatado o desenrolar da pesquisa e as mudanças que surgiram no processo. O uso do roteiro aliado ao uso do diário tornou a observação mais rica e ampla, abrindo as análises para as situações inesperadas que o campo trouxe.

Essas três técnicas combinadas culminaram nos resultados do estudo. As informações fornecidas pelos entrevistados foram transcritas, lidas repetidas vezes e organizadas em blocos temáticos, que passaram por dois processos: um mais amplo e outro mais minucioso, onde os temas foram afunilados e de onde emergiram núcleos de sentido. O mesmo aconteceu com as informações do diário de campo, onde também eram registrados os aspectos do roteiro de observação. Este serviu de base para organização do material do diário, mas as situações ocorridas no campo também trouxeram outras categorias empíricas. Uma categorização menor também ocorreu com as informações retiradas dos documentos. Entretanto, como a maioria deles foi excluída da nossa pesquisa, pouco material foi utilizado nas análises.

Estas últimas foram realizadas de forma ampla e não se limitaram a categorias empíricas. Em vez disso, organizamos nossos resultados em grandes temáticas que emergiram das narrativas dos sujeitos e dos nossos *insights*. Os próximos capítulos representam esses motivos, que mostram o diálogo entre a literatura, as narrativas e as nossas percepções.

6.5 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da UFC, pelo parecer do CONEP de nº 2.899.226, CAAE nº 95368618.4.0000.5054, por meio da Plataforma Brasil.

Além da aprovação no comitê, por se tratar de pesquisa qualitativa em um serviço de saúde, que tangencia o campo da avaliação em saúde, foram adotados inúmeros cuidados éticos no que tange às identidades e às falas dos participantes da pesquisa. Nomes fictícios foram adotados para dar ludicidade maior ao texto, que dessa maneira perde a dureza de um texto

técnico e ganha contornos literários. As alcunhas foram escolhidas pelos próprios participantes ou pela pesquisadora principal, quando os entrevistados preferiam não escolher codinomes. As identificações são acompanhadas dos códigos “PS” (Profissional de saúde) e “G” (Gestora). Existem sessões do relatório em que os entrevistados terão os nomes fictícios suprimidos, sendo referidos apenas pelos códigos, por citarem aspectos inerentes às suas profissões. No capítulo sobre o Grupo de Redução de Danos – grupo do serviço extremamente pertinente para a pesquisa e que passou a ser observado sistematicamente ao longo do estudo – os profissionais que facilitavam os encontros serão identificados apenas como “facilitadores”. Além disso, um personagem que apareceu constantemente nas diversas falas dos profissionais como referência em RD será referido apenas como “Psiquiatra Referência”, também por questões éticas.

Assim como foram protegidas as identidades de todos os envolvidos, foi também preservada a identidade do território onde ocorreu a pesquisa, tendo nomes de ruas, bairros, praças e equipamentos comunitários suprimidos, observando todo o cuidado ético que tivemos com a investigação.

7 COMPREENDENDO A REDUÇÃO DE DANOS: A DIVERSIDADE DE CONCEPÇÕES E PRÁTICAS

O trabalho de campo foi riquíssimo e complexo. Além dos diálogos com os atores envolvidos, foi uma imersão profunda no cotidiano das práticas do CAPS AD. Assim, parece-nos que a melhor forma de expor essa complexidade é como fazemos quando queremos explicar algo de difícil compreensão às crianças: contamos uma estória e, por vezes, reproduzimos algumas falas dos personagens para que elas tenham melhor compreensão do enredo.

Construiremos, então, a partir deste capítulo, uma narrativa contando a experiência de aprender sobre o que é a redução de danos neste CAPS AD em suas várias dimensões, nas quais dialogam aspectos da gestão, de concepções e práticas pela visão dos profissionais de saúde e gestores, pela minha própria visão (de pesquisadora de campo) e pelos documentos de gestão que conseguimos ter acesso.

Conforme assinalamos na construção do nosso problema, a RD perpassa inúmeros preconceitos – no sentido do pré-julgamento que antes discutimos – sobre o fenômeno do uso de drogas, o que pode dificultar ou facilitar a inserção da estratégia de RD nas práticas pela forma como os profissionais se posicionam diante dela.

A maioria dos atores contou que antes do trabalho neste CAPS AD, jamais havia atuado em um equipamento similar e que a inserção no serviço e o tempo de trabalho fez com que suas visões acerca do uso de drogas mudasse, o que afetava o entendimento das práticas e, conseqüentemente, do trabalho junto aos usuários.

Buscando apreender um pouco do posicionamento dos entrevistados em relação a RD, partimos do questionamento sobre o uso de substâncias psicoativas em si, como forma de abrir a discussão sobre RD. O entendimento do fenômeno de uso das drogas emergiu em inúmeras perspectivas entre esses atores, sobressaindo questões psicológicas e sociais. Para eles, em uma primeira dimensão as pessoas usam substâncias psicoativas por uma fragilidade psíquica ou social: por vínculos familiares frágeis, como uma forma de aliviar as angústias e os problemas, como sintoma de algum outro problema psicológico, o contexto de vida, a frustração, como uma válvula de escape dos problemas sociais e subjetivos, para lidar com fatores socioeconômicos, como uma forma de aliviar a vida difícil que levam e por meio da inserção no mercado do tráfico. Seguem algumas narrativas deles neste sentido:

Antes de eu entrar no... na minha prática aqui nesse serviço, eu não fazia ideia do tamanho que era esse fenômeno, essa gravidade, a quantidade de pessoas que estão hoje em uso e isso é... esse serviço só é uma amostra do que a gente tem aí a nível nacional, né? Mas, inclusive eu tava em discussão sobre isso recentemente com uma outra pessoa, né? Do “bum” que tá sendo o uso de substâncias e qual seria o gatilho disso. E atual... assim, atualmente eu tenho pensado bastante que uma das causas principais, a meu ponto de vista, é... relações familiares, eu acho que é a ausência de vínculos. E quando eu digo família, não só a congênita, geneticamente, biologicamente, mas sim família desde aquele que eu escolho pra tá e considero como família, meu vizinho, meu amigo, seja casais homo, casais hetero, é... eu acho que a quebra das relações familiares tá sendo a causa desse fenômeno, a falta de respeito, a falta de compreensão, a falta de afeto, a falta de privacidade, às vezes, de acolhimento e aí... é... de preparo até mesmo pra pessoas jovens, muito jovens que vão se tornar pais, já não têm... já vem de trás, de uma dificuldade... a família já vem desestruturada de antes, então no meu olhar o fenômeno se deve ao rompimento, à fragilidade dos vínculos familiares (MARIE, PS).

Então, quando eu comecei os atendimentos, eu comecei a perceber que, que o uso da substância em si não era, eu não vou dizer o problema, mas não era a questão central. O uso da substância não era a questão central. Existem várias outras questões que perpassam e estão pra muito além do uso de drogas. Hoje eu vejo o uso de drogas como, digamos assim, um sintoma de algo. Não vou dizer isso como uma regra geral, tem sim algumas exceções, mas... mas via de regra, hoje eu entendo como sintoma de alguma coisa (MIGUEL, PS).

Eu acho que é algo muito ligado às próprias realidades sociais também, que a gente tá vivendo hoje. Muito ligado mesmo à perspectiva, às condições sociais, ao baixo índice de educação, de direitos mínimos, né? Que a população vai encontrando, de alguma forma e também com outros fatores mais subjetivos. Além do social, outros mais subjetivos, que muitas vezes vai sendo mesmo uma válvula de escape, uma busca pra tentar lidar com algumas questões mesmo mais subjetiva da pessoa, interiores, enfim, é um pouco de como eu vou percebendo (MARIA, PS).

Como eu já tava iniciando a falar, tipo assim, eu considero como um problema multifatorial, né? Multisetorial também porque tanto envolve a questão, é... tanto financeira, como social, como de relacionamento, como da própria estrutura individual das pessoas, tá certo? Ah... e tipo assim, a gente vê claramente um aumento dessa, da questão do uso, associado a esses diversos fatores, né? Tipo a fragilidade dos vínculos sociais, que as pessoas têm, tanto na família, como nos meios em que ela vive, nos locais onde elas são inseridas, nos meios em que elas estão inseridas. Como também por essa busca por... um momento de felicidade, mesmo que seja temporário, que outras vezes não encontram essas realizações, esses momentos de felicidade nem na família, nem em casa, nem no trabalho, nem na escola, como também da questão do contexto da violência, né? Do, do... tsc... do mercado que tá por trás dessa questão do uso. O mercado ilegal, o mercado do tráfico, é o mercado da violência e tudo mais (GUSTAVO, PS).

Nessa dimensão aparece em paralelo a noção de doença. Para alguns, o uso de drogas é uma doença que necessita de tratamento, especialmente no contexto do CAPS AD. Surge na narrativa de uma profissional como um atual problema de saúde pública pelo aumento da quantidade de pessoas usuárias e conseqüentemente de políticas públicas voltada para esse público:

Eu enxergo que assim, é... droga, né? Isso já existiu há muitos... desde os primórdios. Os ancestrais, né? Mas com a evolução de novas drogas, com a descoberta de novas drogas, pessoas, que tão assim, encontrando meios, uma forma de na droga é... colocar ali toda a sua angústia, os seus problemas, achando que a droga vai aliviar aquele seu problema, entendeu? Então, eu acho que, assim, que vem aumentando muito e assim, isso é dados, né? Não é eu que tô dizendo, é dados, que vem aumentando muito e é hoje um problema de saúde pública, né? [...] A gente vê muito a política. Antigamente era uma, o crescimento dessa política, né? E esse crescimento se deu por quê? Por conta do aumento. Né? Dos casos, de pessoas, da crackolândia, né? De pessoas que vivem na rua. Essas coisas todas (ROSA, PS).

Tanto no discurso de Rosa, como no de Gustavo, começa a aparecer a problemática que viemos discutindo sobre o questionamento epidemiológico que o fenômeno incitou, da probabilidade do aumento dos riscos e danos sociais e à saúde, inclusive relacionados ao tráfico, à violência e a exclusão social. Nesses discursos a lógica da abstinência/doença, que anda lado a lado com a do proibicionismo repressivo, fica evidenciada. Nesse sentido, a fala de um profissional é bastante interessante:

Olha pelo, pelo pouco tempo que eu estou aqui [...] é que é como se eu tivesse enxugando gelo, porque essa, essa luta contra a droga você... é um conjunto de coisas. Não pode ser uma pessoa, duas pessoas, três pessoas fazendo isso. Precisa uma ação de governo realmente que funcione, não uma brincadeira, você maquiara uma coisa e dizer nós vamos tratar o usuário agora e não são mais vagabundos. Eles não são mais criminosos, eles agora são usuários. Que até a pouco tempo eram considerados como criminosos, né? Esse negócio todo. Então, pra você chegar a... a tratar esses indivíduos, esses usuários de drogas, você tem que... você tem que estar na prática do dia-a-dia e você sentir realmente que se o governo tem vontade de fazer isso ou é só uma resposta à sociedade (TIAGO, PS).

Tiago, quando perguntado sobre como ele entendia o uso dessas substâncias trouxe muitas críticas, que passam por questões de políticas de governo. Ele trouxe uma reflexão importante: antes eles eram vagabundos, criminosos, agora são usuários. Além disso, ao falar da “luta contra a droga” traz consigo a visão da proibição que ainda perpassa o cotidiano dos serviços no imaginário dos profissionais, mesmo que “agora” se tenha um outro ponto de vista, orientado pela política. Evidenciou, ainda, um momento de transição, – ou possivelmente de transição – que viemos discutindo, da passagem de um olhar proibicionista para um da lógica da RD. Voltaremos a essas reflexões, que estarão transversais à toda nossa discussão.

Em outra dimensão, o uso substâncias psicoativas apareceu como uma escolha e uma forma de conseguir prazer. Os profissionais também o entendiam como algo comum na nossa sociedade, uma opção das pessoas, uma busca pelo prazer e por novas sensações, por curiosidade. Alguns entrevistados colocaram que as pessoas começam no uso recreativo e apenas alguns vão ter o uso problemático ou dependente e vão necessitar de cuidados. As seguintes narrativas ilustram isso:

Nunca parei pra pensar nisso, mas assim, pensando rapidamente aqui, porque eu acho que as pessoas procuram um, um... algo que lhe dê, algo que lhe dê prazer, né? Acho que a maioria... acho não, tenho certeza que a maioria inicia por uma curiosidade, por experimentar uma sensação diferente, um prazer e acabam se tomando, a maioria... alguns, se tornando dependentes. Então acho que é isso, é a busca de prazer, de sensações, acho que é isso que leva elas fazerem isso. Esquecer problemas, desilusões que tiveram na vida e não têm a quem recorrer, recorrem as drogas (AMORA, PS).

Assim, hoje eu enxergo diferente. Antes eu tinha uma visão muito proibicionista das coisas, de como que era. Hoje eu enxergo como uma opção de cada pessoa, quem quer fazer uso, quem faz uso, às vezes antes de ser dependente, às vezes começa em uso recreativo e eu vejo como algo comum, mas que precisa ser cuidado porque traz danos à saúde, né? Dependendo da substância, dependendo de como ela é usada ou de outras patologias, de outras comorbidades associadas ao uso, ela pode trazer muitos malefícios. Então eu vejo como algo comum, mas que precisa de um olhar da saúde pra ter esses cuidados. (ANA, PS).

Bem, eu entendo que o uso de substâncias, seja ela qual for, né, tem a ver com muito... tem assim, a ver com muitas influências. Existem várias influências que fazem as pessoas usarem. É... e eu sempre procuro fugir daquele pensamento preconceituoso de que as pessoas usam porque querem. Somente isso. E isso é uma coisa que eu já aprendi. Que antes de eu trabalhar, por exemplo, com esse público, álcool e drogas, eu tinha o pensamento do senso comum, que as pessoas usam porque querem, porque são malandras ou vagabundas e que existe os serviços e elas não querem se tratar, no caso as que não conseguem, né? Eu tinha esse pensamento. E tinha preconceito mesmo, de não querer estar por perto, de não querer conversa e, a partir do momento que eu comecei a trabalhar com esse público [...] eu comecei a compreender que não é bem assim, né? Que as pessoas, elas têm, as pessoas fazem uso de alguma substância, elas têm, é... (*4 segundos de pausa*) ou elas não têm, né? Não existe necessariamente a questão do desvio de caráter. Que era uma das coisas que passava pela minha cabeça, né? Não acontece necessariamente dessa forma e que, entre todas, tem um contexto por trás disso tudo. Contexto de vida de dificuldade, de privação, frustração, enfim, né? Coisas que fazem com que as pessoas, a partir do momento que

usem alguma droga, ela passe a... ou ela se sinta melhor. Que é uma das coisas que a droga traz. Um prazer intenso, bom. Eu uso álcool eu sei que o prazer é bom, né? Do uso do álcool, por exemplo. É... mas eu acredito que é isso fazem, que fazem também as pessoas usarem. Pelo menos em algum momento ou naquele momento que estão usando droga, elas estão sendo felizes, né? Esquecendo as coisas, que tanto as atormentam. Que aí isso tá dentro das várias esferas da vida das pessoas. A questão da vida social, a vida afetiva, que aí envolve as relações familiares, com outras pessoas, né? As próprias privações, o desejo de consumo. E você não poder adquirir as coisas, enfim, né? A vida. A vida difícil que as pessoas tem hoje. E algumas encontram no uso de drogas uma forma de... de aliviar, né? Ou poder estar levando a vida. Então pra mim, essa experiência, ela perpassa esses... essas coisas, né? E que às vezes é difícil compreender, até pra mim mesmo foi difícil compreender. Mas hoje eu tenho uma compreensão bem melhor sobre isso e a cada dia eu aprendo com eles um pouco, a partir duma estória que eu escuto, do contexto de vida, eu vou percebendo o quão complexo é essa questão do uso de substância. (LEÃO, PS).

A dimensão do prazer, especialmente no discurso de Leão, aparece relacionada também à primeira dimensão que colocamos e que diz respeito às dificuldades da vida. Em nosso entendimento, de fato, são dimensões relacionadas e estão sempre imbricadas. Como discutimos com Helman (2009), não há como pensar um uso de substâncias apenas pelo prazer que ela propicia ou somente pelas questões sociais de dificuldades de certos contextos ou, tão somente, por questões psicológicas.

A sinceridade da fala de Leão ilustra com clareza o preconceito que falávamos, o qual encontramos em várias narrativas dos profissionais quando se referiam a antes e depois do trabalho no CAPS AD. No diálogo sobre o uso de substâncias surgiu no meu manejo em alguns momentos o questionamento “como você vê o usuário de substâncias psicoativas ou drogas?” ou de forma mais informal algo como “se uma pessoa chega na sua frente e diz que usa drogas, o que você pensa dela?”, em outros eles mesmos já discorriam sobre seu posicionamento quanto a isso. Essa inserção foi importante para compreendermos como os profissionais conduziam as suas práticas no CAPS AD e que posturas adotavam em suas atividades, as quais pude acompanhar e tecer o meu próprio julgamento para criarmos uma terceira via de compreensão dessas práticas. Quando nos diálogos eu sentia dificuldade de entender o posicionamento dos atores diante dos usuários de drogas, eu lançava essas perguntas em alguma de suas formas, dependendo da relação ali estabelecida. Essa questão algumas vezes era respondida de pronto, quase como num teste de associação de palavras junguiano¹⁰, como se fora para agradar o meu

¹⁰ Essa analogia refere-se ao trabalho do psiquiatra suíço Carl Gustav Jung, que realizava junto aos seus pacientes um “teste de associação de palavras”, no qual as pessoas tinham que responder a um estímulo verbal o mais rapidamente possível para que fosse medido os seus tempos de reação a cada classe de palavras, dentre outras aspectos. Esse teste fundamentou grande parte da abordagem psicológica criada por ele, a Psicologia Analítica. A descrição do teste de forma simples está presente na sua obra *Fundamentos de psicologia analítica* (1972).

olfato clínico, não dando margens para elaborações maiores, na espontaneidade das suas verdades, como nos exemplos:

Mulher, eu acho que é uma pessoa normal! (*Risos*). Igual a mim, igual a ti. Eu acho que não tem esse diferencial não. Entendeu? Não tá escrito na cara dele. O pessoal coloca muito aquele prognóstico: pessoal de rua usa, mas a gente conhece pessoas de rua que não usam, entendeu? A gente conhece pessoas que vivem numa praça aqui da cidade que não usam. Eu já fiz junto com uma pessoa do CAPS também uma pesquisa lá e nem todo mundo usa. Tem gente que tá lá realmente porque não tem onde morar. Aqui próprio já tem usuários que tão abstinentes há bastante tempo e que às vezes ficam na rua por algum motivo, uma briga com um parceiro ou alguma briga com os irmãos ou porque querem se livrar daquele território. Eles realmente vão pra rua, mas escolhem um local que não tenha tanta droga e eles não usam. Então, eu acho que ela é uma pessoa normal e deve ser tratada como uma pessoa normal, com o mesmo respeito, com a mesma dignidade (LUIZA, G).

Como pessoa, assim, eu acredito que é de forma tranquila. Foi... foi a escolha que a pessoa foi fazendo diante de realidades, diante de... das circunstâncias e que ela faz uso e, dependendo do caso, é alguém que precisa de um tratamento de saúde adequado, né? Dependendo do caso já de como esteja esse uso. Mas eu, como pessoa, eu olho de forma tranquila. Não é a opção pessoal minha, mas pra quem faz, assim, eu olho com muito respeito e muita tranquilidade (MARIA, PS).

Eu vejo essa pessoa como uma pessoa, entendeu? É... os motivos que levaram ela a usar, os motivos que fazem com que ela usa eu não... às vezes não me interessa tanto. Como ela consegue a droga também não me interessa tanto. O que me interessa é saber qual, o quê que ela é... o quê que ela deseja de mim. Eu como profissional: “O quê que você veio buscar? Você quer ajuda pra quê? Você quer ajuda pra diminuir, pra parar? Você não consegue?”. Entendeu? E eu vejo como sendo uma pessoa que tá em busca de alguma coisa, tá certo? O que levaram essa pessoa a buscar determinada coisa, isso não vem muito ao caso pra mim. Mas que, tipo assim, na expectativa de profissional de saúde pra auxiliar essa pessoa eu ajo dessa maneira. (GUSTAVO, PS).

Essas três passagens evidenciam a importância de ver o usuário de substâncias psicoativas como uma pessoa “normal”, como eles se referem, não diferenciando de quem não faz uso dessas substâncias. As narrativas de Luiza e de Maria mostram a relevância da postura de respeito a essas pessoas em sua dignidade humana como qualquer outra que porventura não faça uso de drogas e que as discussões sobre direitos humanos, que trouxemos nos primeiros capítulos, defendem, no entendimento de que é importante ver o usuário primeiro como pessoa e depois como um usuário de substâncias. No caso de Luiza, ela se referia especialmente ao uso como “vício” ou doença. Esta diferenciação aparece também em algumas ocasiões. É um entendimento que às vezes o uso de drogas pode ser considerado doença, outras não, compreendendo-se a importância de discriminar o tipo de uso – se recreativo ou problemático. Este último também chamado por eles de abusivo ou dependente – e a importância disso para o tratamento no CAPS AD, como fica explicitado no discurso de Gustavo, quando ele procura entender o que o usuário busca no equipamento. Na narrativa a seguir, essa diferenciação aparece mais claramente:

Eu vejo como uma pessoa normal, como qualquer outra pessoa, qualquer outra pessoa, é... mas aí assim, depende da pergunta. Como eu vejo a pessoa usuária de drogas dependente ou... ou só usuária mesmo? [...] Não, eu vejo como qualquer outra pessoa, mas que quando ela chega ao serviço, ela chega precisando de ajuda, né? De um olhar da saúde. De uma ajuda para a saúde, porque tá trazendo muitos problemas de modo geral: social, financeiro, é... de doenças mesmo, de patologias, clínicos, então são pessoas que precisam de ajuda quando elas interpretam aquilo como algo que tá fazendo mal. Agora quando não... porque esse é o acesso que eu tenho a essas pessoas que fazem uso, né? Que chegam até nós, são pessoas que chegam precisando de um auxílio, de uma ajuda pra iniciar um tratamento, então... (ANA, PS).

Sobre o uso abusivo ou dependente, a mesma profissional discorre da seguinte maneira:

Enxergo uma pessoa que precisa de ajuda, né? Que precisa de um olhar da equipe, duma equipe de saúde, de sem pré-julgamentos de uso ou sem a proibição “não faça isso”, mas sim o olhar de cuidado, né? O que pode ser feito por aquela pessoa que já se encontra num estágio ou avançado ou que está caminhando pra isso, porque quando chegam aqui já chegam com um grito de socorro, alguma coisa aconteceu, uma crise, né? Um problema dentro de casa, alguma coisa com que faz com que ele chegue até aqui. Então são pessoas que precisam de ajuda, mas de uma ajuda de modo geral, não só... não, não de um julgamento prévio de certo ou errado do que eles tão fazendo (ANA, PS).

Na percepção de Ana fica claro o papel do CAPS AD para quem o procura. São pessoas que tiveram problemas em alguma das esferas da vida por conta do uso de substâncias psicoativas. Quando não há prejuízos percebidos, são pessoas comuns, que vivem suas vidas e que não necessitariam dos cuidados de um equipamento como o CAPS, embora entendesse que alguns cuidados para o uso de substâncias precisem ser observados. Dessa maneira ela rompe com o pensamento proibicionista de que as drogas são sempre um mal e que devem ser combatidas, independentemente de como são utilizadas.

A fala de Zuê amplifica esta discussão, criticando ainda a marginalização de usuários de drogas ilícitas:

Essas pessoas que fazem uso de drogas e álcool, eu vejo elas como pessoas assim como eu, você, qualquer outra, porque todos nós somos dependentes químicos. A primeira droga que alavancou a economia do país foi o quê? Me corrija se eu tiver errada. Foi o açúcar. E quem é que vive sem o açúcar? Só eu que recentemente aderi o uso do café sem o açúcar por causa da dieta, mas fui obrigada a deixar o açúcar. O açúcar não é a droga? Não traficaram o açúcar? Entendeu? Não houve toda aquela questão? Eu vou viciada em café, adicta, digamos assim. Vou desculpando o humor, né? Então eu sou viciada em café. Cafeína causa dependência sim. E causa crise de abstinência. A mesma forma que eu vejo a galera que veio pra cá, né? Os usuários, as pessoas, eu prefiro chamar “pessoas”, né? Eu prefiro “indivíduo”, né? Mas eu prefiro chamar “pessoas”. São pessoas como eu, que estão fazendo um uso e eu faço uso do café, eu faço uso... do que mais? Sei lá, chocolate, que também, o cacau acaba desenvolvendo aquele lance de dependência. É de igual pra igual. Então é hipocrisia, por exemplo, eu tomar cerveja num bar e criticar quem usa *Cannabis*, porque criticar quem usa *Cannabis*, então eu como “cidadã de bem”, entre aspas, né? Tô me referindo

“cidadã de bem”, mas eu tô me referindo no todo. No senso comum. No senso comum, o cidadão de bem critica quem faz uso da *Cannabis*, utilizando o quê? O álcool. Utilizando o álcool. Veja só, o que eu venho falando para muitas pessoas: o quê que oferece um risco? Você me fez uma pergunta, mas porque me veio na cabeça uma outra... um outro questionamento, um outro viés. Uma pessoa que faz uso do álcool, ele oferece muito mais risco, do que quem faz uso apenas da *Cannabis*, o uso recreativo. Veja só. No posto de gasolina, eu moro ali próximo a um posto de gasolina (localizado em uma movimentada avenida da cidade). Então o quê que eu observo? Eu moro ali perto, eu faço academia, eu vou a pé e tudo. O quê que eu observo, as pessoas passam nos seus veículos, estacionam, tomam a cerveja, ironicamente, elas pegam o quê? O volante. E vão pra onde? Pra avenida. Ela está botando não apenas a vida dela em risco, mas tá botando a vida de outras pessoas em risco. E por que que essa pessoa não é penalizada da mesma forma como as pessoas que apenas estão fazendo, quer dizer... não é que eu queira dizer que essas pessoas que usam *Cannabis* devam ser penalizadas, que eu acho que elas não devem ser penalizadas, porque ela não vai oferecer nenhum risco a ninguém. Ela tá ali fazendo uso recreativo, assim como eu tô fazendo uso do café. Eu tô fazendo mala você? Não. A mesma coisa é a *Cannabis*, por exemplo. Entendeu? E é hipocrisia da sociedade, é... de repente, é... como é que eu posso dizer? Criminalizar essas pessoas que fazem uso recreativo da maconha, por exemplo, e não criminalizar, por exemplo, quem faz uso do álcool na avenida e vai no volante tendo pessoas, crianças inocentes, trabalhadores, é... enfim, que vai e volta de suas casas e a pessoa corre o risco de ser atropelada, de ser morta porque um cara, de forma irresponsável, abasteceu seu carro, foi tomar cerveja, uma, duas ou três ou quatro e foi sair dirigindo. Então, assim, eu vejo a... trazendo aqui a resposta pra sua pergunta, eu vejo de igual pra igual. O uso de toda substância, de qualquer substância que utilizamos, porque utilizamos substâncias químicas nas nossas casas, como a açúcar, o café, o chocolate, a Coca-Cola. Eu vejo por igual pessoas que usam cervejas em casa e os pacientes que chegam aqui, [...] que usam o quê? Apenas drogas que são legalmente ilícitas, né? Que é o... que a gente conhece, que é a cocaína, que é o crack e por aí vai. Ou seja, de certa forma são substâncias químicas. Pra mim tudo é droga, eu vejo de igual pra igual. O quê que difere? Qual o malefício que eu vejo? É a dosagem, é a forma de uso e o uso, como é que eu posso dizer? Irresponsável. [...] que tem muitos que fazem uso, mas eles não podem ser taxados como marginais, como muitas pessoas falam. Eles não podem ser rotulados como marginais por eles serem usuários de drogas que são ilícitas, porque ele sofre o mesmo grau de dependência que sofremos, quando deixamos de usar açúcar, por exemplo. Só um exemplo genérico do açúcar porque, enfim, eu vejo de igual pra igual. A diferença está o quê? Na dosagem. É aí onde entra a questão do veneno. Então a mesma coisa do medicamento, a diferença de uma droga medicamentosa, que esses medicamentos são drogas também. A diferença no uso está no fato da pessoa usar de forma incorreta. Faz tanto mal, quanto uma droga utilizada na rua. Então vejo de igual pra igual. Eu não faço distinção, pelo menos eu, na minha visão de Zuê, eu não faço distinção de quem faz uso de drogas ilícitas ou não (ZUÊ, PS).

Nessa passagem Zuê trouxe uma reflexão importante sobre o uso e a marginalização dos usuários das drogas ilícitas de forma bem humorada, dizendo que todas as pessoas são “dependentes químicos”, corroborando com a nossa visão antes apresentada de que o uso de substâncias psicoativas é um fenômeno existente nas sociedades humanas e dependendo da dose e a forma de uso podem ser consideradas medicamentos ou venenos, citando essa célebre ideia de Paracelso, conforme ilustramos anteriormente. Ela se afasta da visão proibicionista de “o mal das drogas” nesse discurso, colocando as substâncias lícitas e ilícitas no mesmo patamar. Contudo, ela pontuou o estigma que os usuários dessas substâncias recebiam, especialmente em se tratando de drogas ilícitas, discordando dessa percepção social marginalizante. Esta

percepção crítica também está presente no discurso das gestoras, inclusive quando discorreram sobre como os usuários se sentem:

O maior problema das pessoas é que elas perderam a credibilidade. Elas perderam a credibilidade delas mesmas, né? Aí, assim, então a família reflete isso toda hora. Não tem a menor segurança mais em relação a pessoa, desqualifica, etc. E na vida social, elas já sofrem o estigma. Do mesmo jeito que esse social muitas vezes incentiva para o uso, ele valoriza e ele até coloca você no *status*, né? Quando você tá nesse uso, dentro daquelas roda e você tem como bancar, que você tá numa situação confortável ainda financeira e tem o reconhecimento até dentro do grupo por esse uso, aí é uma coisa. Mas essas mesmas pessoas, em um momento outro, elas passam também a desqualificar e a julgar, né? E aí essas pessoas muitas vezes se veem sem referência mais de nada, ela já tá, já não acredita nela mesmo, o outro acredita muito menos, entende? Então é como se nada pudesse ser... precisasse ser feito ou não pudesse mais ser feito ou elas não veem saída daquela situação, entende? (ESPERANÇA, G).

Às vezes a gente vê que eles vêm mesmo, como é uma demanda espontânea, então a gente vê que quando eles vêm, já é realmente em busca de ajuda, já é um apelo porque eles também já se sentem muito discriminados. [...] Se sentem, eles mesmos. E eles sempre têm uma autoestima muito baixa. Eles acham que todo mundo olha pra eles diferente por isso, mas isso aí é eles mesmo, não somos nós. Não é a sociedade, mas eles têm uma autoestima muito baixa (LUIZA, G).

Embora na visão de Luiza existisse uma crença de que eles mesmos se sentiam discriminados, que não era a sociedade quem discriminava e que não eram os profissionais ou o CAPS, no nosso entendimento a discriminação ou o estigma não pode vir apenas de dentro pra fora, como uma condição psicopatológica ou uma característica do comportamento do usuário de drogas. Ela está inscrita numa história e o fato de um usuário de drogas sentir-se discriminado não pode partir apenas dele. Conforme discutimos ao falar de historicidade, entendemos que conceito que temos sobre nós mesmos, tem um contexto social, necessariamente histórico.

Dentro dessa compreensão, Goffman (2012) discutiu, na década de 1960, o conceito de *estigma* em uma perspectiva antropológica. Esse termo foi cunhado na Grécia antiga para se referir a sinas corporais, que tornavam evidentes algo de extraordinário ou mau no status moral de alguém. Ou seja, ele marcava fisicamente com cortes ou com fogo uma pessoa para que todos em uma comunidade tivessem ciência da sua inadequação social. Poderia ser este um criminoso, um traidor ou um escravo. Era uma pessoa ritualmente poluída que deveria ser evitada. Na idade média, o conceito passou a ter uma conotação positiva para denotar uma graça divina, até que na contemporaneidade passou a designar um sentido mais próximo do significado original, mas de forma mais ampla, apontando uma desgraça, onde a marca se tornava simbólica por meio da linguagem.

Goffman aponta que o estigma, diferente do que a marca externalizava inicialmente, não se refere necessariamente a um atributo em si que a pessoa possua, mas a uma linguagem de relações. Isso significa dizer que o estigma refere-se a uma relação social estabelecida entre o que ele chama de uma identidade social virtual e uma identidade social real. Ou seja, entre um estereótipo esperado para uma pessoa dentro de uma sociedade e o que ela verdadeiramente apresenta como atributos, sendo assim, as relações sociais que impõem a alguém o *status* de deteriorado. Isso torna variável o estigma que uma pessoa pode ou não carregar dentro de uma comunidade pelas relações que ali estabelece. Por exemplo, os usuários do CAPS AD podem sentir-se, e de fato serem, desacreditados (usando o termo do autor) frente a várias camadas da sociedade e frente à equipe de saúde, como no relato de Luiza. Por outro lado, esse estigma pode não existir frente aos companheiros de uso ou dentro de sua comunidade. Entretanto, Goffman alerta para alguns atributos que são depreciativos de forma ampla em qualquer parte da sociedade, como se fossem universalmente aceitos.

Podemos pensar que este é o caso dos usuários de drogas, especialmente as ilícitas, uma vez que o discurso proibicionista construiu uma linguagem estigmatizante sobre o uso de substâncias a partir da sua proibição desde o século XIX.

Goffman assinala três tipos de estigma: os físicos, em uma deformidade física, por exemplo; as culpas de caráter, percebidas como vontade fraca, como distúrbio mental, vícios, prisão, alcoolismo, desemprego, homossexualidade, entre outros; e os tribais, de raça, nação ou religião.

Como vimos, a linguagem proibicionista combinou especialmente as duas últimas categorias. Os estigmas associados à raça e nação eram claríssimos no início da expansão do comércio das drogas, a exemplo do que os americanos fizeram aos asiáticos, ao atribuir a eles a entrada do ópio no país, ligando a eles um estatuto de depreciação moral. Esse ainda é um mecanismo potente nessa lógica, ao passo que o tráfico nas comunidades é constantemente ligado à raça negra ou a povos estrangeiros (a depender da nação), ou mesmo aos pobres, que também são marcados socialmente por essa código social que lhes deprecia quase que automaticamente dentro de uma lógica capitalista meritocrática.

Além disso, o estigma relacionado ao caráter dos usuários de substâncias psicoativas, foi algo muito bem construído nas sociedades ocidentais (BUCHER & OLIVEIRA, 1994), sendo presente na fala dos profissionais, que carregavam previamente uma visão muito ligada à guerra às drogas, que atribuía, necessariamente, à relação do indivíduo com a droga, especialmente a ilícita, ao crime e à malandragem. Vários profissionais assumiram que esse

pensamento estigmatizante era presente nos seus preconceitos, especialmente, antes de começarem a atuar no CAPS AD. Outros reconheceram ser um discurso proibicionista em desconstrução. Esta pôde ser possível, especialmente, a partir do momento em que entraram em contato com o discurso da RD.

Apesar do esforço de não marginalização dos usuários de substâncias psicoativas, especialmente as ilícitas, os profissionais reconheceram que embora o perfil das pessoas que frequentavam esse CAPS AD fosse diverso, com usuários de diferentes classes sociais, possuindo diferentes necessidades, ainda havia entre estes uma predominância de pessoas marginalizadas ou em vulnerabilidade social, em parte pela própria estigmatização do fenômeno do uso problemático e por tratar-se do serviço público, pois as pessoas que teriam condições financeiras procurariam serviços particulares. A narrativa a seguir contempla essa realidade sobre o perfil dos usuários:

A maioria são pessoas de periferia, que tem uma vida difícil mesmo, pobres, alguns não tem o que comer, alguns tão em situação de rua. Pessoas que estão tendo atualmente problema com o uso da substância e que precisam de ajuda, precisam de acolhimento, precisam de compreensão, precisam de escuta, que são coisas que eles não conseguem facilmente lá fora. Uma população vulnerável é o maior público que frequenta aqui. [...] É uma população em vulnerabilidade social, principalmente, né? As pessoas que moram na periferia, né? Em algumas comunidades, que convivem com a violência frequentemente, a violência de diversas formas. Então são... eu percebo que esse é o maior público, que vêm pra cá. As pessoas que vivem é... com vulnerabilidade sociais. [...] não querendo trazer esse fenômeno pra esse público, especificamente, porque a gente sabe que o uso de drogas ele está instalado na sociedade como um todo. Todo mundo usa droga, né? Isso se a gente for falar de um modo geral, né? Porque existem vários tipos de concepção sobre drogas. Até a alimentação da gente, alguns tipos a gente pode considerar como droga. Mas eu digo assim, em relação ao público que frequenta esse serviço aqui, né? O serviço do SUS, o serviço público. Que de uma certa forma acaba se expondo, né? Então esse é o público que mais vem pra cá. É um público que de repente talvez não tenha acesso a outros locais, que pudessem fazer esse acompanhamento de uma forma mais privada, né? Privativa. Longe da visão das pessoas, porque a sociedade ela ainda vai pra cima com um olhar bem preconceituoso das pessoas que fazem uso de drogas. Então, é... esse é o maior público que vem pra cá, um público que não tem acesso a outras, a outros locais, que pudessem, de repente, ofertar um cuidado reservado, digamos assim. Mas talvez esse não seja o termo adequado, é o que tá vindo agora na minha cabeça. Mas assim, não... certamente outras pessoas de outras camadas da sociedade, elas usam sim e algumas é... também de forma intensa, tanto quanto os daqui, com prejuízo também. A diferença é que eles tem como bancar o prejuízo, pelo menos ainda têm, né? E o outro, e esse que vem pra cá, é... de repente já perderam a capacidade de bancar os prejuízos do uso da substância (LEÃO, PS).

Leão nos faz refletir sobre a própria estigmatização e marginalização do próprio SUS na ideia comumente difundida e reproduzida pela mídia, políticos, gestores, profissionais de saúde e, até mesmo, pela população, criando o senso comum de “SUS para os pobres”, em um sistema que muitas vezes é entendido como ruim, sendo relegado àqueles que não têm acesso

à formas de assistência à saúde privada (PAIM, 2018). Essa crença não é diferente dentro da RAPS e foi reconhecida por alguns profissionais, podendo, inclusive, ser fortalecida pela fragilidade da atenção em saúde mental.

Esse preâmbulo sobre o fenômeno do uso de drogas, seus usuários e os usuários do CAPS AD nos ajuda a compreender como esses profissionais se posicionavam frente a estratégia de RD e como o contato com os conceitos da RD lhes fez mudar a forma de olhar o fenômeno das drogas e construir as próprias concepções da estratégia. Passemos a elas.

Durante as entrevistas, quando começávamos a conversar sobre RD, percebemos que quase a unanimidade dos profissionais entraram em contato a primeira vez com o termo ao se vincularem ao CAPS AD. Apenas dois dos treze profissionais tinham ouvido a noção anteriormente, um durante a faculdade e outro durante uma residência em saúde mental. Logo, podemos supor que a RD não é muito debatida nas graduações na área da saúde e essa percepção desemboca na discussão sobre formação que traremos no capítulo seguinte.

A concepção de RD apareceu nas narrativas dos profissionais em vários sentidos. Muitos deles foram discutidos nos primeiros capítulos no nosso marco teórico. Destacamos duas vertentes: a redução de danos como técnica; a redução de danos como tecnologia de cuidado e melhoria da qualidade de vida do usuário de substâncias psicoativas.

Percebemos, ainda, que por mais que estivéssemos em busca de concepções e práticas de RD, esses dois aspectos estão entremeados. O conceito de RD foi se complexificando à medida em que os profissionais falavam das suas práticas e das práticas de RD que ocorriam no CAPS AD. Dessa forma, o conceito inicial ampliou-se, o que nos leva à percepção de que, em algumas falas, a RD começava de uma forma e terminava de outra, em uma construção mais ampla que o diálogo possibilitou.

7.1 A REDUÇÃO DE DANOS COMO UMA TÉCNICA ASSISTENCIAL

Em vários momentos a RD emergiu das narrativas dos profissionais como uma técnica assistencial na atenção às pessoas usuárias de substâncias psicoativas. Quando a RD apresenta-se dessa maneira, ela pode aparecer apenas nessa perspectiva, mas pode ainda surgir vinculada a uma noção ampliada. Isso significa dizer que num primeiro momento o discurso do ator social concentrou-se no conceito técnico para depois, em um aparente paradoxo, haver um reconhecimento de um conceito mais abrangente da estratégia, que se mostra em diferentes facetas.

No primeiro caso, podemos ver na narrativa de Tiago o entendimento técnico da RD. É curioso como a noção proibicionista está imbricada em seu discurso. No seu entendimento a droga faz mal, então o que se pode fazer com a RD é com que o mal que a droga faz seja diminuído:

Redução de danos é fazer com que o indivíduo é... em vez de morrer agora, morra daqui a 10 anos. [...] É amenizar a morte dele. [...] “Meu amigo, cê quer morrer hoje? Não morra agora não, vá morrendo aos pouquinhos”. Pronto, isso é redução de danos. “Em vez de você morrer hoje, vamo fazer um negócio? Vamo fazer uma coisa? O senhor quer morrer, né? Mas o senhor não vai morrer hoje. O senhor vai morrer devagarzinho. Vai ser devagarzinho. Devagarzinho, devagarzinho, devagarzinho” (TIAGO, PS).

Nessa passagem o profissional fez de maneira cômica uma analogia que denota o que ele entendia ser a RD. É possível, inclusive, uma interpretação que leva a noção de “usar porque quer”, muito comum no pensamento proibicionista ao se considerar o usuário uma pessoa com um desvio de caráter, que usa drogas, especialmente as ilícitas, por fazer parte do seu comportamento desviante. Chama atenção, todavia, o fato de ele considerar a RD como uma experiência clínica válida, que ele acreditava ser o melhor tipo tratamento, embora fosse algo que ele entendia ser parte de uma abordagem técnica importante em algumas situações, colocando, ainda, que seria algo para ser feito por profissionais específicos, como psicólogos e psiquiatras:

Mesmo como você diz diminuindo o número de cigarros, mas pra mim tanto faz você fumar dez, como cinquenta. O mal do cigarro [...] pra mim vai ser a mesma coisa. E outro exemplo é aquele exemplo que eu dei do cara que tá bebendo e tá perto de uma cirrose, eu vou mandar ele diminuir? Não. Ou ele para, ou morre. Porque o que tá agredindo a ele é o álcool. [...] Aí eu não sei como é que vocês psicólogos, psiquiatras vão... vão promover isso aí, vão fazer essa redução de danos, mas eu acho que [...] o melhor tratamento ainda é esse (TIAGO, PS).

Essa noção de RD como técnica para ser usada por profissionais específicos era comum na fala dos entrevistados. Havia por parte de alguns uma percepção de que existiam alguns profissionais do CAPS AD que eram “referência” para essas práticas em RD, como na terapia de substituição ou na adoção de hábitos mais saudáveis para prevenção de doenças, como o uso de preservativos. É como se para o uso de tais recursos houvesse algum receio por parte de alguns profissionais que “passavam o caso” para outros profissionais mais experientes no assunto. Ana é uma das que se sentia assim:

Eu conheço, eu acho super interessante, eu acho que é válido pros pacientes, mas quando eu acho que precisa de uma orientação muito específica, muito minuciosa eu passo pra enfermagem. Pra enfermagem que eu digo é porque um enfermeiro, dois

enfermeiros que têm essa vivência da redução [...] Eu passo pra eles.[...] Então é como se fosse isso, eu acho que aquele paciente vai se encaixar melhor ali, vai conseguir uma orientação melhor ali, a gente vai conversando e aí eu encaminho (ANA, PS).

No segundo caso, quando a concepção técnica da RD se amplia, temos a narrativa de Marie como um exemplo pertinente quando ela afirma que não sabe se acredita na RD, mas que ela está presente nos espaços onde há acolhimento:

Olha minha resposta vai ser muito pequena. Eu entendo pouco. Apesar de eu já tá há um ano e dez meses aqui, é... e até tem portarias, materiais, eu ando lendo sobre, vejo que... é... (*hesita um pouco*) é polêmico, tem horas que eu acredito na redução de danos, tem horas que eu não sou a favor. [...] Faço uso de uma substância, por exemplo, né? E a redução trabalha, segundo o que eu li, porque eu não participo da... (*não finaliza a frase*). Fiz uma escuta de grupo, né? Quando eu entrei eu participei de cada grupo pra ver como é que era. E aí eu vi que a redução, ela trabalha com que o paciente pode é... os recursos que ele tem naquele momento, o que ele consegue, com que ele tem, no limite dele, paciente... Tem um inclusive que eu atendi semana passada e ele disse: “Grande parte das substancias que eu usava eu parei de usar depois que eu entrei no Redução de Danos (*referiu-se ao grupo*), mas eu ainda uso a maconha”, então, é... ele reduziu o dano dele, porque ele usava um número maior de substâncias, né? Tá na maconha. Beleza. Ótimo. Esse é o meu lado que entende a redução, né? [...] E ele tá conseguindo dentro do limite dele, com o contexto dele, tá conseguindo minimamente manter a estabilidade da vida dele com o uso da maconha. Ele: “Olha Marie, eu preciso usar a maconha pra conseguir tá aí no meu dia-a-dia.”, ok. Mas por outro lado eu não sou a favor porque eu penso que essa maconha que pra ele no momento tá sendo estável pode deixá-lo – como eu posso achar a palavra? – é... próximo a voltar a usar as outras. [...] E aí é algo que eu ainda estou me trabalhando pra entender, o que eu... quebrar... não... é... não é desmanchar, mas eu tô... ainda tô trabalhando pra ver porque que eu tô pensando dessa forma, é... o quê que tá me levando, será que é alguma experiência que eu tive, que eu vi. Eu tô me questionando sobre esse meu olhar, mas a redução não é algo que eu... digamos assim, eu não trabalho com redução. Quer dizer eu faço um grupo de tabagismo, por exemplo. O objetivo do grupo não é reduzir o uso, o objetivo do grupo é suspender. [...] Embora a gente tenha um grupo que seja sobre redução de danos, eu penso que a prática da redução se insere em todos os espaços que tem o acolhimento. [...] Se você é uma paciente que vai, chega aqui no serviço, vem pro acolhimento e eu sou a profissional que vai lhe escutar e aí você fala pra mim que você é usuária de muitas substâncias, que tá querendo diminuir o uso, entrou a redução de danos. Esse profissional no momento do acolhimento, ele pode começar ali a conversar com você sobre estratégias que você pode ir adotando, pensando e refletindo sobre essa possibilidade de diminuir o uso, como é que você poderia fazer isso dentro da sua realidade, então penso que a redução de danos é algo que, assim como o acolhimento, perpassa todos os... porque num grupo faz um acolhimento, no corredor você faz um acolhimento, né? Na hora do almoço, nas refeições você tá fazendo um acolhimento. Então numa conversa, numa fala você pode sim tá trocando ali algo sobre redução de danos, então não penso que seja só restrito a tá dentro da sala de grupo não (MARIE, PS).

Essa narrativa evidencia um conflito, provavelmente proveniente dos preconceitos sociais que muitos atores, assim como ela, assumiram ter em relação ao uso de drogas, tendo sua visão transformada depois do trabalho no CAPS AD. Ela afirmou, num primeiro momento, que acreditava na RD em um sentido técnico, de diminuição da quantidade do uso, ou mesmo de substituição da substância, mas que acreditava que o uso, mesmo em menor quantidade

poderia levar a pessoa a voltar a usar outras substâncias. Nesse sentido, a RD aproxima-se da noção de parte da psiquiatria que a via como um meio para um fim específico, que seria a abstinência das substâncias, conforme discutimos anteriormente no cap. 4, ao tratar da RD em um sentido técnico, dentro de uma lógica preventivista.

Além disso, na narrativa de Marie fica evidenciada a contradição também existente nas políticas relacionadas à atenção ao usuário de drogas, que ora preconiza a RD, ora preconiza a abstinência, como apontamos desde o início do nosso trabalho. Ela era facilitadora de um grupo que tinha diretrizes federais, que visava a abstinência de tabaco. Ficou claro que no cotidiano do CAPS AD havia esse duplo olhar do MS, que visa ao mesmo tempo a lógica da abstinência e a lógica da redução de danos. O grupo que ela citou faz parte de um programa federal, o Programa Nacional de Controle do Tabagismo, que existe desde o ano de 1996, sendo atualizado a cada mudança de legislação. A última é a Portaria MS/GM nº 571, de 5 de abril de 2013, que atualizou as diretrizes para o tratamento do tabagismo, fortalecendo a atenção básica e levando tratamento sistemático para o tabagismo para as unidades básicas de saúde, podendo estar presente também na atenção secundária e terciária a depender de acordos de gestão (BRASIL, 2015a). O CAPS AD também é contemplado no programa, que é voltado para aquelas pessoas que desejam cessar o hábito de fumar. Apesar disso, na prática percebemos que é possível que as pessoas que não consigam deixar o fumo por completo estejam no programa, sendo a postura dos profissionais um importante fator relacionado ao tratamento, no sentido em como o usuário lidará com sua condição. Pudemos ver a RD acontecendo dentro deste grupo, quando Marie o conduzia, ainda que ela entrasse na aparente contradição de dizer que não usava a RD, mas que ela estava presente no acolhimento, que ela também realizava, além da maneira como ela se portava frente aos usuários:

Na condução de Marie não parecia ter apelo para a abstinência, embora fosse o objetivo do grupo. Uma das usuárias contou que em seu processo a forte preocupação com questões familiares lhe causava ansiedade e fumava três cigarros ao dia. Teve sua fala acolhida pela profissional e pela colega, que fizeram sugestões. Era um momento “individual” em grupo. A profissional problematizou a meta e falou da importância de respeitar os próprios limites. Disse “A meta nunca é uma meta isolada, é uma meta num contexto”. Conversou com as participantes sobre autocuidado e promoção da saúde. Falaram da diminuição do “calibre” do adesivo. O cuidado era voltado para o paciente (DIÁRIO DE CAMPO).

É evidente que no discurso de Marie inicialmente a RD aparecia como técnica para diminuir os danos de uso de drogas, mas ela reconhecia que essa era uma “técnica” necessária para acolher essas pessoas, então perpassava sempre o cotidiano do serviço. A técnica então se transforma em uma estratégia para acolher as pessoas e para humanizar o serviço. Esse

“acolher” foi referido em muitas das narrativas dos profissionais e por isso o trabalharemos em um capítulo específico.

O discurso sobre RD manifesto como uma técnica para tratamento dos usuários apareceu na maioria das concepções, especialmente no que diz respeito ao início da construção da estratégia dentro dos programas de HIV/AIDS e DSTs, que os entrevistados tiveram contato lendo sobre o assunto, em cursos sobre a temática ou mesmo quando falaram de práticas específicas no serviço. Contudo, a noção do cuidado ao usuário é a maior potência identificada nas narrativas dos profissionais de saúde e gestão.

Nesse sentido, ao falar das suas concepções de RD, muitos profissionais trouxeram uma perspectiva de cuidado e qualidade de vida, do que chamaram de “princípios da redução de danos”, como uma forma de pensar o cuidado das pessoas. A forma “técnica” na qual a RD se apresenta ou o “como” esses princípios são aplicados apareceram especialmente quando discutimos as práticas. Faremos uma tentativa didática de separar o “o quê” do “como” da RD para melhor compreensão das concepções e das práticas. Porém, como já pontuamos ao mostramos a RD como uma concepção técnica, essa é uma tarefa complicada. Ainda assim, entendemos que esse esforço poderá clarear a forma como essa estratégia opera dentro do CAPS AD.

7.2 A REDUÇÃO DE DANOS COMO UMA TECNOLOGIA DE CUIDADO NA ATENÇÃO ÀS PESSOAS USUÁRIAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Começamos esse tópico com a narrativa de um entrevistado para ilustrar que para todos os profissionais do CAPS AD, incluindo aqueles que viram a RD prioritariamente como técnica ou abordagem clínica, a RD era uma perspectiva de cuidado ou tinha sua concepção atrelada à melhoria de qualidade de vida das pessoas:

Até tava pensando ontem no grupo, né? Que se fala muito, não sei, acho que alguém falou alguma coisa e me disparou isso de que o conceito da palavra “curar”. Alguém falou alguma coisa nesse sentido e me fez lembrar, né? Do curar como, no sentido inicial dela significa cuidar. Então eu vejo muito, essa cura, digamos assim, tá entendendo? De curar, não necessariamente como essa cura, curar que a gente tem do concreto, curar uma doença. Curar como esse cuidado que a gente tem. Então a gente trabalha com várias curas, vários cuidados assim. [...] Deixa eu ver se eu consigo... várias curas é vários cuidados compartimentados. Eu posso levar pra esse sentido que tu disse. Cada dia uma cura, um cuidado. Cada dia um cuidado, um cuidado, um cuidado, um cuidado (MIGUEL, PS).

A noção de “cuidado” tem várias vertentes. Inicialmente remetida especialmente às mulheres nos cuidados com as crianças, com casa e o ambiente doméstico, foi um termo apropriado pela área da saúde para falar da assistência à saúde em um sentido humanizado (CANTARORE, MALFITANO e BARROS, 2017; 2019; AYRES, 2004). Entretanto, a depender de quem fala desse cuidado, ele pode ter conotações diferentes.

No campo da filosofia, Leonardo Boff (1999) acredita que é no cuidado que se encontra o *ethos* fundamental humano, ou seja, é onde está o seu sentido ontológico, sendo o suporte real da liberdade, da criatividade e da inteligência. Para ele, é no cuidado que identificamos os princípios, os valores e as atitudes que fazem da vida um bem-viver. O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. O cuidado é um ato, uma atitude. É mais que um momento de atenção e zelo, pois representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização, de envolvimento afetivo com o outro.

Dialogando com o pensamento de heideggeriano, Boff acredita que do ponto de vista existencial, o cuidado vem a priori, antes de toda atitude e situação do ser humano. Isso significa dizer que ele está presente em cada atitude e situação. O cuidado é, assim, um modo-de-ser essencial, originário, impossível de ser totalmente desvirtuado, é uma maneira do ser humano estruturar-se e dar-se a conhecer.

Dentro da Saúde Coletiva, esse pensamento existencial inspirou bastante, especialmente o campo da enfermagem. Gomes *et al.* (2018) comentam a contribuição do autor para a construção de reflexões necessárias para uma mudança de paradigma e visão de mundo do cuidado do antigo mecanicismo cartesiano para um paradigma integrativo, holístico, que vem tendo repercussão significativa no campo da saúde.

Da mesma forma, essa repercussão é percebida por Ayres (2004), que também parte de uma discussão ontológico-existencial do cuidado dialogando com Heidegger e Gadamer para demonstrar o potencial dessa reflexão para as práticas de saúde, no sentido da possibilidade que a hermenêutica traz para dar luz aos significados do adoecer, do conhecimento em saúde e práticas humanas, demonstrando ricas aplicações para uma reconstrução das práticas de saúde a partir dessa perspectiva mais sensível, que valoriza o projeto existencial das pessoas, onde o cuidar está diretamente ligado não ao bem-estar preconizado pela noção de saúde da OMS na década de 1970, mas a um projeto de felicidade. Esse aspecto de “felicidade” diz respeito a um horizonte normativo que enraíza na vida efetivamente vivida pelas pessoas aquilo que elas querem e acham que deve ser a saúde e a assistência à saúde.

Nesse entendimento existencial do cuidado em saúde, o autor compreende que para o cuidado o norte é a humanização. Assim, ele diz:

irá-se denominar *Cuidado* essa conformação humanizada do ato assistencial, distinguindo-a daquelas que, por razões diversas, não visam essa ampliação e flexibilização normativa na aplicação terapêutica das tecnociências da saúde. Assim, embora a categoria Cuidado, na filosofia heideggeriana, não diga respeito ao cuidar ou descuidar no sentido operativo do senso comum, e ainda menos numa perspectiva estritamente médica, adota-se aqui o termo *Cuidado como designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde* (AYRES, 2004, p. 22 – grifo do autor).

Essa concepção trazida pelo autor corrobora com o aspecto humanizado que esse conceito ganha nas práticas contemporâneas em saúde, aproximando-se do sentido que os participantes da pesquisa trouxeram ao se referir a esse cuidado, que leva em consideração a profundidade das diversas dimensões de humanidade das pessoas a quem assistiam.

Além da relevância da discussão filosófica para as práticas objetivas em saúde, Cantarore, Malfitano e Barros (2019) alertam para a importância de uma discussão sociológica sobre o cuidado também para o campo da saúde, criticando a predominância do olhar biomédico nos estudos do cuidado, que centram-se em prevenção, tratamento e cura de determinadas doenças. Para eles, a dimensão sociológica do cuidado é anterior à da saúde, intrínseco às relações sociais e à vida humana, que entre outros fatores, também se relaciona às questões de saúde. Nessa perspectiva, os problemas de saúde foram realocados para uma dinâmica de relações sociais e redes de atenção, onde os diversos atores têm protagonismo na tomada de decisões, já que a relação de cuidado não consiste apenas entre um único indivíduo e um profissional de saúde.

Os autores apontam que essa visão de cuidado como resultado das redes sociais dos sujeitos possibilitou a afirmação de que o atual sucesso da ciência biomédica está relacionado a uma mudança de olhar do microscópio para o ambiente. E mais, assinalam surpreendentes resultados de estudos que sugerem melhor recuperação da saúde via assistência médica menos sofisticada e com menos suporte tecnológico, mas com maior nível de interação entre os envolvidos no processo.

O cuidado, segundo eles, está ligado a uma dimensão de solidariedade, do respeito e zelo para a conservação da vida, sendo ele base necessária para resultado satisfatório nas mais variadas ações sociais, incluindo as de saúde. Nos estudos sobre RD, esse cuidado relacionado às redes sociais e à comunidade é comumente citado e, portanto, as contribuições trazidas por esses autores são imprescindíveis para entendermos a RD nessa noção ampliada de cuidado.

Como antes dissemos, na concepção de cuidado que os estudiosos da RD discutem, a noção de “cura” fica em segundo plano. Em um tipo de tratamento para o uso problemático de substâncias psicoativas que objetive a abstinência, esta seria a cura. Todavia, quando se trabalha dentro da perspectiva da RD, a noção de cuidado toma protagonismo, sendo este a meta da política. A meta deixa de ser a cura e passa a ser o cuidado para com a vida do sujeito. Nesse entendimento, a ideia de melhoria da qualidade de vida ganha espaço, especialmente quando dialogamos com a noção de “projeto de felicidade”, trazida por Ayres. Afinal, quando nos referimos ao uso de drogas, falamos antes de tudo em uma forma de existir no mundo e não necessariamente na doença (SODELLI, 2010). A noção de doente é deslocada para a noção de pessoa. Esta que pode ter sua qualidade de vida melhorada ou piorada de acordo com os cuidados que tem sobre sua própria vida.

O conceito de “qualidade de vida” dialoga com o de “cuidado” nessa perspectiva ontológica que trouxemos. Minayo *et al.* (2000) assinalam a polissemia do conceito de qualidade de vida, que tem inúmeras conotações, do senso comum à área da saúde. É um termo impregnado de historicidade, possuindo uma marca de relatividade cultural, além da dimensão subjetiva que carrega, dialogando com os projetos de felicidade das pessoas. Além disso, traz consigo, necessariamente, uma referência às estratificações e classes sociais, relacionando-se com as condições de vida da população. Tanto o é, que diversas medidas objetivas foram criadas para mensurar a qualidade de vida das populações, sendo até hoje amplamente utilizadas, baseadas em vários parâmetros econômicos, sociais e subjetivos.

Segundo os autores, no campo da saúde, o termo foi utilizado muitas vezes em um sentido medicalizado, de compreender a vida a partir da doença e de limitações funcionais ou biológicas, ou seja, como seria a vida – ou a sobrevida – de uma pessoa a partir de uma determinada enfermidade. Entretanto, o maior potencial do conceito no âmbito da saúde reside na sua relação com o conceito de “promoção de saúde”, na compreensão das necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais. Focalizada, a ideia de qualidade de vida em saúde é centrada na capacidade de viver sem doenças ou de superar dificuldades de condições de morbidade. Isso se dá porque os profissionais de saúde podem ser agentes dessa promoção de saúde, seja atuando sobre a dor ou mal-estar de determinadas doenças, seja para minorar agravos dessas condições, embora muitas vezes pouco atuem sobre os fatores extra setoriais (tais como fatores econômicos, condições de educação ou moradia) que também influenciam na qualidade de vida das pessoas.

O entendimento dos profissionais sobre RD seguiu essa linha humanizada, que nega o olhar criminalizante ou medicalizante do uso de drogas, acolhendo o usuário que chega ao CAPS AD, considerando o seu uso problemático em uma perspectiva multifacetada e complexa, a fim de cuidá-lo, enxergando-o como protagonista desse processo.

Essa visão do cuidado como central na ótica da RD estava explícita especialmente na percepção da gestão local e dos profissionais responsáveis pelo Grupo de Redução de Danos, que têm um contato maior com o conceito de RD cotidianamente. Para a gestora, Esperança, a RD é cuidado:

Olha, eu entendo a redução de danos como o cuidado, entende? Como o cuidado para com essas pessoas que fazem uso problemático de substância, né? É... e eu acho ele tão fantástico, né? Essa política. Porque ela não visa impor um controle, mas ela usa outros mecanismos que é... de atenção à saúde daquela pessoa que eu acho que, de repente, pode até promover e fazer com que essa pessoa até mude esse olhar dele sobre esse uso abusivo, reassignifique esse uso abusivo, a partir do momento que você olha pra aquela pessoa e você dá esses parâmetros, entende? Na política da redução de danos, que é esse cuidado com aquela pessoa, com aquele ser humano. Que assim, é uma água, né? Que é uma coisa tão simples, né? Assim, você dar uma orientação pra aquela pessoa ter um cuidado com a alimentação, né? Que a gente sabe que a maioria deles dizem que quando faz uso da substância, eles ficam sem comer durante dois, três dias. Então, assim, esse organismo vai se fragilizando, vai oportunizando vários tipos de ameaça à saúde dessa pessoa, né? É você dar uma orientação, dar uma palavra. E que essa palavra pode evitar uma doença, né? A partir de um compartilhamento de uma latinha, né? Então, eu acho assim, que ela é tão simples a princípio e ela é tão grandiosa na sua ação, que eu vejo que talvez, eu acho que talvez... eu acho que nada é tão grandioso, mais do que ela, entendeu? Assim, quando eu olho aqui ó... o usuário chega, todo sujo e ele quer um banho. Veja, um banho que pra gente que tá nas nossas casas, né? Na nossa vida, é... que a vida é escolha de cada um, né? E é também circunstância e é uma série de coisas aí também. E você tem oportunidade de tomar um banho, aquilo gera um bem-estar, acaba gerando melhoras também no nosso estado de humor, né? (ESPERANÇA, G).

Esse relato ilustra as concepções de vários outros profissionais que apontaram o cuidado como um dos princípios fundamentais da RD. Como dissemos, ele é a “meta” ou ponto de referência dentro dessa perspectiva.

Com tudo isso que discutimos sobre o cuidado e sua relação com a lógica da RD, podemos compreendê-la para além de uma estratégia dentro das políticas públicas, concebendo-a como uma *tecnologia de cuidado*.

Este conceito, discutido especialmente nos estudos do campo da enfermagem, que é considerada, por excelência, a “profissão do cuidado” (Gomes *et al.*, 2018) é bastante amplo, tendo inúmeros sentidos.

O termo “tecnologia” normalmente é associado às máquinas, aos instrumentos que o ser humano utiliza para domar a natureza e, mais recentemente, à revolução cibernética dos últimos quarenta anos. A raiz etimológica da palavra “*techne*” significa arte ou habilidade,

sendo uma atividade essencialmente prática que tem o objetivo de alterar o mundo, mediante o uso de ferramentas (KNELLER, 1980).

Associado à área da saúde, muitas vezes o termo é lembrado apenas para designar os equipamentos utilizados em diagnósticos, como os aparelhos de raio-x e de ressonância magnética, os instrumentos laboratoriais ou àqueles destinados ao exame do paciente.

Dentro do campo da Saúde Coletiva, Mehry (1998) é um dos autores que problematiza essa visão, classificando as tecnologias dentro do trabalho em saúde em *dura*, *leve-dura* e *leve*. A primeira refere-se às ferramentas-máquinas, sendo estas que citamos, ou seja, aqueles instrumentos materiais utilizados na assistência à saúde. É dura porque faz referência à materialidade dessas máquinas. Menos duras que estas são os saberes profissionais e científicos bem estruturados e sistematizados em teorias e procedimentos, em campos de saber específicos como a clínica médica, a psicologia, o saber da enfermagem, os procedimentos esquematizados de cada uma dessas profissões. Essas são chamadas de leve-duras. A dureza aí reside no fato de haver uma estruturação e organização desses saberes e práticas, mas é leve por levar em consideração os aspectos humanos das pessoas que detém e conduzem esses saberes nas suas práticas cotidianas.

As tecnologias leves, por sua vez, referem-se à produção de relações e vínculos que os profissionais estabelecem com os usuários, a gestão dos processos de trabalho que se dá no cotidiano deste e tudo que diz respeito ao capital humano presente nas relações de produção de saúde. Mehry (1998), a define dessa forma:

Qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de Saúde junto a um usuário-paciente produz-se através de um trabalho vivo em ato, em um processo de relações, isto é, há um encontro entre duas pessoas que atuam uma sobre a outra e no qual se opera um jogo de expectativas e produções, criando-se intersubjetivamente alguns momentos interessantes, como os seguintes: momentos de falas, escutas e interpretações, nos quais há a produção de uma acolhida ou não das intenções que essas pessoas colocam nesses encontros; momentos de cumplicidade, nos quais há a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação (p. 3).

Koerich e colaboradores (2006), que em seu artigo fizeram menção a essa conhecida classificação de Mehry, discutiram as bases filosóficas do termo “tecnologia de cuidado” nas suas diversas acepções encontradas na literatura e entre os doutorandos do Curso de Doutorado em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina. Eles entenderam que essas tecnologias aludem tanto a recursos materiais, como humanos, destacando as seguintes ideias: conjunto de conhecimentos; o profissional em sua interação com o cliente;

ferramentas/estratégias que auxiliam na instrumentalização do cuidado. Estas estariam expressas na forma de tocar e conversar, nos conhecimentos, na tecnologia de ponta, incluindo a tecnologia da informação, nos equipamentos em geral e na organização da prática.

Na discussão dos resultados, perceberam que os doutorandos consideravam que essas tecnologias estavam a serviço do cuidado, conceituando-as como sendo tudo que é usado como instrumento para levar cuidado as pessoas, podendo o próprio profissional ser considerado uma tecnologia em suas interações.

Ayres (2003-2004) discute sobre as tecnologias modernas no campo da saúde, problematizando o conceito de cuidado em suas várias dimensões e discutindo a necessidade de um olhar crítico sobre ele. Para ele, as tecnologias do campo da saúde, especialmente tecnologias médicas especializadas, que fragmentam o corpo humano em órgãos, tomam o cuidar em uma dimensão de tecnociência, esquecendo o olhar da arte médica. Para ele, para se ter um olhar sensível para as necessidades das pessoas é necessário que se leve em consideração par indissociável arte-tecnociência. Dessa forma,

tecnologia não é apenas aplicação de ciência, não é simplesmente um modo de fazer, mas é também, enquanto tal, uma decisão sobre quais coisas podem e devem ser feitas, então nós temos que pensar que nós, profissionais de saúde, estamos construindo mediações, estamos escolhendo dentro de certas possibilidades o que devem querer, ser e fazer a queles a quem assistimos – e nós próprios. Por outro lado, se assumimos também que as respostas necessárias para alcançar a saúde não se restringem aos tipos de pergunta que podem ser formuladas na linguagem da ciência, então a ação em saúde não pode se restringir à aplicação de tecnologias. Nossa intervenção técnica tem que se articular com outros aspectos não tecnológicos. Não podemos limitar a arte de assistir apenas à criação e manipulação de “objetos” (AYRES, 2003-2004, p. 84).

Essa noção de arte, que o autor traz para o campo da saúde, dialoga com o que Mehry nomeia de tecnologia leve, quando ele traz a arte para o campo da técnica da assistência à saúde, usando esse termo para levar em consideração diversas dimensões humanas que somente a arte, e não a ciência, alcançaria.

As inúmeras noções de RD que apareceram relacionadas à assistência à saúde tanto na literatura, como na fala dos profissionais deste CAPS AD e, especialmente nestas últimas, remetem à noção de tecnologia de cuidado. Sua característica estratégica lhe dá a maleabilidade para que esse seja um conceito multifacetado que perpasse, inclusive, por essas várias noções de tecnologia dentro da saúde. Por mais que algumas ações da RD sejam entendidas como materiais, como inicialmente foram os PTSEs, ela carrega dentro de si características artísticas e intuitivas. Traz, ainda, a ideia do encontro, da compreensão do outro, da busca do cuidado que é centrado no outro e na relação, atributos típicos das tecnologias leves.

Assim sendo, podemos pensar a RD como uma tecnologia de cuidado, por tudo isso que os autores apontaram, sendo eminentemente uma tecnologia de contornos leves, uma vez que mesmo a dureza que uma operacionalização de uma prática possa trazer, ela leva em consideração o que os usuários dos serviços, nas suas necessidades, definirão como pertinente ao seus processos de cuidado, essencial para o estabelecimento do encontro dialógico necessário para o desenvolvimento de uma tecnologia leve. Perceberemos isso melhor na próxima sessão, que trabalha o que os profissionais entenderam como práticas de RD nesse equipamento.

7.3 AS PRÁTICAS DE REDUÇÃO DE DANOS NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS

Os sujeitos contaram de inúmeras maneiras diferentes como percebiam a inserção das práticas de RD no CAPS AD. Em alguns momentos, localizaram no tempo e no espaço a inserção da estratégia em suas próprias práticas ou nas práticas dos colegas de equipe. Percebemos nas narrativas que eles tinham compreensão de que a RD possuía uma característica transversal em relação a todas as atividades do serviço. O discurso de Miguel ilustra essa transversalidade que apontamos. Quando perguntado onde se inseriam as práticas de RD no contexto do CAPS AD, ele disse:

Em todas. Pra mim, em todas. Em todas. Desde uma consulta com o psiquiatra, passando por um atendimento com a terapia ocupacional, com o serviço social, todas as práticas. Pra mim, o CAPS é redução de danos (MIGUEL, PS).

Embora a percepção do ator não fosse unânime entre os profissionais em relação às práticas dentro do CAPS AD, por tudo que foi visto e ouvido durante a pesquisa, entendemos que todas as práticas desse CAPS AD, em alguma medida, eram práticas de RD.

Nesse sentido, as visões da gestão e de outros profissionais estavam alinhadas à de Miguel, uma vez que eles consideraram que a RD perpassava tudo que acontecia no serviço. A visão de Luiza é ilustrativa:

As práticas, ela tá envolvida em tudo porque eu acho que no momento que ele tá inserido aqui, ele tá reduzindo o dano dele em tudo. [...] Porque eles são usuários, né? Então eles tão sempre naquela vontade de usar. Entendeu? Como tem muitos que vem pra cá à tarde: “Não, não! Me passa alguma coisa, eu quero falar com o médico, eu quero conversar com alguém!” ou eles vêm só pra dizer assim: “Eu quero conversar.”, porque enquanto ele tá aqui, é uma prática, nem que ele fique deitado, nem que ele fique só em observação, ele tá reduzindo o dano dele (LUIZA, G).

Nesse sentido, Luiza coloca o foco naquela pessoa dependente – como classicamente é chamado – que não consegue ficar sem a substância e só o fato de estar no CAPS seria uma forma de afastá-la da mesma. Quando ela diz “nem que ele fique deitado”, ela demonstra uma perspectiva de cuidado, que corrobora com a visão de Esperança, ao expressar que o cuidado está nas coisas simples, como oferecer ao usuário uma água para beber ou um banho.

Rosa, por sua vez, acreditava que a RD estava para além de suas próprias atividades. Ela chegou a citar ações desenvolvidas por colegas na comunidade, que ela acreditava serem de RD:

Não, assim, eu falo assim: aqui no CAPS, né? O pessoal trabalha com isso. [...] Todo mundo aqui. Eu nunca trabalhei. [...] Porque eu cheguei agora. Mas assim, eu já, já ouvi falar que já foram fazer numa associação aqui próximo, né? Umas atividades. Tipo social? [...] Eu acho que a redução de danos tá num acolhimento, né? Tá numa consulta que o enfermeiro faz. Numa consulta de enfermagem. Tá numa consulta médica. Tá numa escuta, que a gente faz, que as vezes o paciente chega com um problema, a gente aconselha ele, né? Tá nos próprios grupos terapêuticos, que fala, que direciona sobre isso. Eu acho que tá em vários setores. Em vários locais, esse negócio de redução de danos. Que assim, quando você vai fazer uma consulta com o paciente, então você vai acolher ele, você fica falando, você fica assim tentando sensibilizar ele em relação ao uso, né, “mas por que que você vendeu o seu celular?”, “por que que você vendeu sua bicicleta?”, “por que que você roubou isso pra usar droga?”, “por que que você não tenta fazer assim?”. Então isso eu entendo também como uma forma já de reduzir esse dano, reduzir esse uso, né? [...] Aqui eu trabalho na visita né, domiciliar, que também é um tipo de redução de danos, a gente vai sensibilizar o paciente, né? Pra que ele venha aqui pro CAPS fazer parte do nosso trabalho, tentar fazer um PTS pra ele, discutir com ele o melhor tratamento, discutir com ele uma melhor forma dele aderir, dele querer um tratamento (ROSA, PS).

O discurso de Rosa traz uma noção que é construída na relação, de uma sensibilização e de uma atividade do profissional diante da necessidade do outro. Essa visão pode, obviamente, ser criticada, uma vez que se pode pensar que em RD seja melhor evitar fazer sugestões aos usuários. Contudo, na visão de Rosa, isso faz parte de uma sensibilização do trabalho, levando em consideração a necessidade daquele indivíduo. Sobre isso, um dos facilitadores do Grupo de Redução de Danos disse sempre se policiar para não direcionar muito a atividade, que, por vezes, torna-se uma tendência do profissional, quando idealmente a RD devesse sempre ser construída pelos próprios usuários.

Um profissional da psicologia fez uma interessante analogia com os conceitos que ora trabalhamos, de concepções e práticas, ao dizer que a RD é mais facilmente visualizada no “concreto”, pois às vezes o trabalho no olhar da psicologia é muito abstrato. É como se a RD fosse um conceito do campo do abstrato, especialmente por ser imerso em subjetividade, mas para que seja entendido ele precisa de alguma concretude. Ele afirmou que, metaforicamente, a RD é distribuir seringas, como no seu início. Isso significa que tudo no concreto que protege a

saúde e que não obriga as pessoas a deixarem o uso é esse “distribuir seringas” metafórico, sendo uma prática de RD.

O uso de medicamentos pelos usuários também foi entendida como prática de RD, bem como o uso de chás e alternativas aos medicamentos:

Então droga por droga acaba sendo um conjunto. Então tem aquela parte de... da pessoa utilizar a droga, aquela que é usada na rua, né? E passar a utilizar a medicação aqui. Onde que é que entra a parte da redução de danos? Onde a pessoa tá exposta aquela droga que é um pouco mais devastadora, lógico. Por exemplo, crack e cocaína o quê que é uma medicação para controle de impulso frente a ela? Uma medicação para controle de impulso, frente aquela substância que o indivíduo tá usando, que a pessoa tá usando, é uma forma de redução de danos, que ele não vai estar se expondo aquela substância mais nociva, né? Então, nesse caso, tem uma parte que é benéfica, sem dúvidas, que a pessoa ela não tá mais naquela... usando mais aquela droga ilícita e ela passa a utilizar as medicações, que são fornecidas na farmácia que, de certa forma, é uma forma de redução de danos. Outra também, outra forma de redução de danos que eu encaro é os adesivos, são os adesivos para nicotina. Pacientes que fazem, que estão expostos, por exemplo, a fumaça do cigarro, que são expostas ao monóxido de carbono, que são substâncias cancerígenas. Então é muito melhor, por exemplo, fazer o uso do adesivo de nicotina do que ela tá exposta ao cigarro. E outra forma de redução de danos, que era que... que foi até comprovada recentemente, que é um chá de erva cidreira, o chá puro de erva cidreira, que combate ansiedade. Que, se houver necessidade, tem o quê? O desmame de Diazepam, por exemplo. Você fazia aquele desmame aos poucos, utilizando Diazepam, mas ela também vai fazendo o desmame utilizando o chá de camomila pra combater a ansiedade. Então tinha muito isso, essa técnica. De fazer o chazinho pros pacientes. Os pacientes faziam, eles mesmos tomavam e tinha uma farmacêutica monitorando, né? Que era o projeto da Farmácia Viva (ZUÊ, PS).

Apesar do reconhecimento de vários profissionais desse uso medicamentoso como práticas de RD, alguns criticaram bastante a medicalização excessiva das pessoas dentro do CAPS AD:

Essas pessoas elas acabam, que meio se consultando e fazendo uso de algumas medicações que freiam, né? E não é que vá ser a solução dos problemas dela, porque as medicações, por exemplo, drogas, eu considero também como drogas. Essas medicações elas não vão solucionar o problema específico daquela pessoa, que eu acho que tem que ser um conjunto. Então aquela pessoa tá passando por aquela situação específica, então o medicamento, ele vai auxiliar, mas ele não vai ser o salvador da pátria. Então é necessário uma equipe multidisciplinar pra que ela, essa pessoa venha sendo acompanhada. Outro fator, um pouco sério [...] é o uso indiscriminado de substâncias que podem levar é... que podem induzir ao uso indevido. Por exemplo, os benzodiazepínicos, né, que são os tarja preta. Os Rivotris da vida, né? O Rivotril da vida. As pessoas, a princípio, elas usam como ansiedade, mas a partir de um certo tempo, depois de três meses o organismo começa a ter, sofrer tolerância e aquela pessoa passa a, de fato, a desenvolver o vício. Então começa a fazer aquele hábito e, tem pessoas que fazem uso recreativo. A gente tem que tá muito em cima disso, batendo na tecla pra fazer o uso racional, o uso consciente dessas medicações, que também é uma droga psicoativa, os benzodiazepínicos também são. Eles causam dependência tanto quanto as drogas que são legalmente, né? Ilícitas, digamos assim. Então elas causam dependência tanto quanto as outras (ZUÊ, PS).

...uma coisa que eu tenho verificado é que 99,999% desses pacientes procuram o CAPS apenas, muitas vezes, ou pra comer ou para levar os medicamentos. Eu, particularmente [...] não sou muito adepto, não, não gosto muito dessas drogas porque eu acho que não resolve. Os pacientes que entram no CAPS, eles não têm... eles não gostam muitas vezes de conversar com o psicólogo, é isso que eu vejo, eu verifico, certo? O pouco tempo que esses profissionais têm pra a quantidade de pessoas, de usuários e o tempo que um psicólogo tem aqui pra tratar do paciente é muito pouco, porque se entra 50 e ele só pode tratar de quatro por dia, conversar com quatro por dia... o trabalho do psicólogo é um trabalho maior, de muita conversa. Muitos deles não gostam dessa conversa, querem ir direto pro medicamento. Alguns já se tornam, se não eram usuários, se tornam usuários daquele medicamento do CAPS. [...] Por isso que todo usuário, todo paciente, todo usuário que chega aqui eu olho pra ele e digo “Olha, você é a coolista. Você tem que participar do grupo. Não pense que esses medicamentos vão resolver o teu problema. Não vão. Eles apenas vão evitar que você tenha que ter esse tipo de problema quando você para de beber, você tem síndrome de pânico, você começa a se tremer, você começa a ter isso. O medicamento só vai servir pra isso. O que vai resolver a tua vida são esses grupos. Você tem que participar desse grupo, contar a tua história, ou não falar nada, ouvir as histórias dos outros, mas esses grupos são muito mais importantes do que essa droga que você tá tomando”. Eu só falto olhar pra ele e dizer “eu não acredito nessa droga”, mas eu não digo. Eu digo “Essa droga não vai resolver. Ela não vai fazer com que você pare de beber. Não é a droga que vai fazer isso”. Aí é onde todo mundo se engana, que eu acho que se engana, que eu acho que se engana dentro do CAPS (TIAGO, PS).

Ambos os discursos valorizam o trabalho interdisciplinar e não focalizado no medicamento para a assistência às pessoas usuárias de drogas, embora fosse bastante recorrente a procura dos CAPS AD pelos usuários com o objetivo tão somente do tratamento medicamentoso, o que pôde ser também constatado nas nossas observações.

A prática da terapia grupal e a escuta na sua forma ampla foram apontadas como práticas sob a perspectiva da RD, especialmente a prática do acolhimento em diversas dimensões. Além disso, práticas integrativas complementares (como meditação e massoterapia) e práticas esportivas também foram apontadas como práticas de RD, ainda que fossem pouco contempladas no serviço.

Dentre as diversas práticas citadas, um relato de uma prática bastante sensível da enfermagem nos chamou atenção por remeter ao respeito à alteridade do outro em suas necessidades, que os princípios da RD preconizam:

Alguns pacientes pegam a medicação fracionada, devido à baixa adesão ao tratamento medicamentoso. A gente, então, oferece e tem esse cuidado. Ele pega semanalmente e aí a gente conversa como é que tá, tá tomando direitinho. A gente... algumas pessoas que têm problema de cognição, que já... ou desenvolveu transtorno devido ao uso prolongado por muitos anos de substância ou já tinham transtorno, né? E aí também afeta a cognição, a gente tem um tratamento mais especial ainda. A gente separa as medicações em envelopes com... que identifiquem o período da manhã, o período da tarde e o período da noite. A gente já... as técnicas de enfermagem fazem isso mais ainda. A gente coloca as medicações dentro de cada pacotinho, pra que ele tome aquela dose no horário certo e a adesão seja completa, seja perfeita, né? E aí é semanalmente. [...] E aí a gente observa realmente a melhora. Como eu já, a gente acompanha há muito tempo uma paciente, que ela tinha... não conseguia. Chegava

aqui já se tremendo e gritando, dizendo que não tinha dormido e a medicação sumiu, que “eu tomei tudo, eu tomei mais do que eu precisava”, que não conseguia dormir... e aí a gente com... pra ela foi perfeito essa... esse método, né? De medicação fracionada. E aí ela toma e ela chega aqui de boa, calma, tranquila, toma as medicaçõeszinhas, só abre o pacotinho, ela sempre diz “Ai a que tem o pratinho é a da tarde. A que tem o sol é a de manhã. A que tem a lua eu tomo à noite”. Ela sabe tudo (PS).

Esse relato ilustra o “simples e grandioso” que a gestora Esperança relatou ser a RD, em práticas que requerem, sobretudo, sensibilidade dos profissionais para compreender a necessidade de cada pessoa que frequenta o serviço. Além disso, a importância da interprofissionalidade para as práticas de RD está presente em todos esses últimos relatos. Neste último de forma indireta, pois era comum, dado o que foi observado no cotidiano do equipamento, que o trabalho da terapia ocupacional percebesse dificuldades cognitivas dos usuários e indicasse um método mais efetivo de administração medicamentosa, por exemplo. O mesmo poderia ser identificado por outros profissionais. Às vezes, na farmácia a dificuldade era identificada e orientada à enfermagem que passaria a utilizar um método de medicação fracionada adequado às necessidades dos usuários. Essa estratégia era bastante utilizada pelos usuários que estavam em situação de rua, sendo adequado a cada necessidade, chegando alguns casos a irem recolher os medicamentos diariamente.

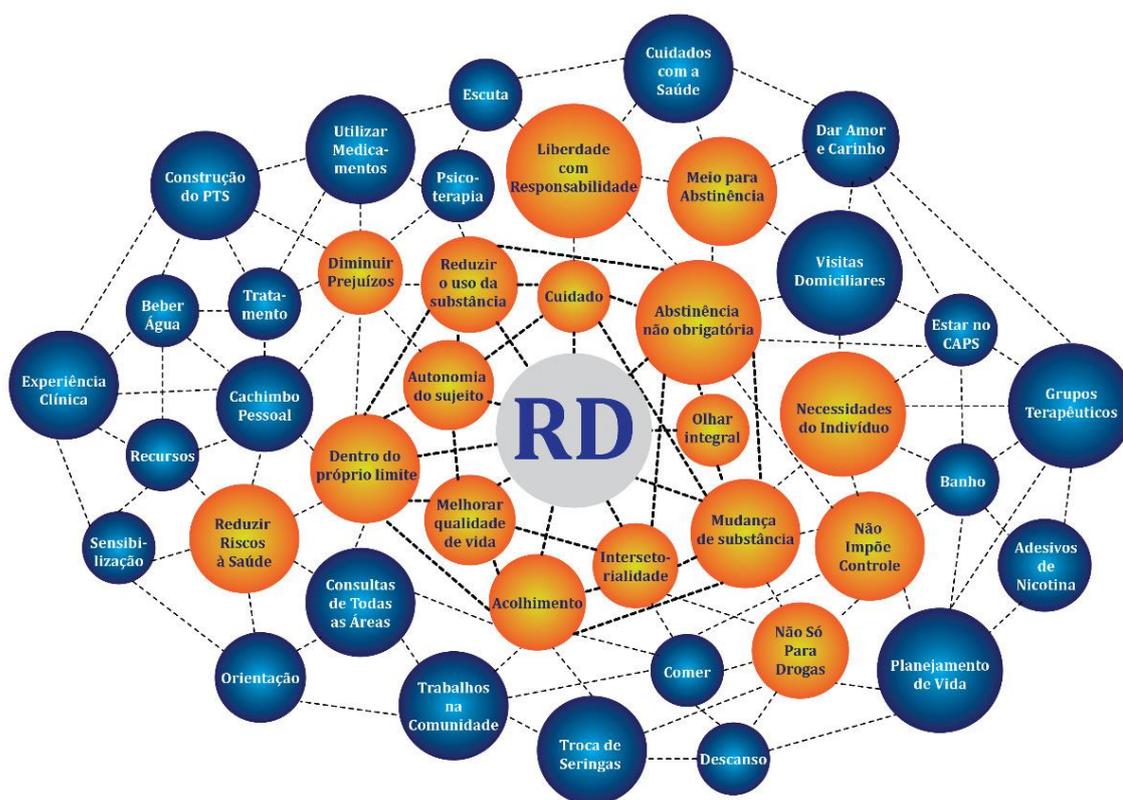
Compreendendo que a RD perpassava todas as práticas desse serviço na ótica de muitos dos profissionais de saúde e da gestão, que também identificamos por meio das observações do serviço, poderíamos entendê-la como presente nos atendimentos individuais, nos grupos, nas visitas domiciliares e institucionais, no matriciamento, nos atendimentos de acolhimento e no próprio cotidiano do serviço, ainda que vários profissionais pontuassem que sabiam apenas da sua própria prática no que tange, especialmente, os atendimentos individuais. Isso foi um discurso que se repetiu entre os entrevistados. Vários deles reconheciam que embora fosse transversal a tudo que ocorria no serviço, a RD poderia não estar presente o tempo todo em absoluto, devido às próprias inclinações individuais dos profissionais, que trazem consigo características proibicionistas, próprias das suas construções dentro da sociedade, havendo, por vezes, uma oscilação entre o olhar da RD e o olhar proibicionista entre estes atores.

Notamos, assim, que permaneciam as tensões entre os dois paradigmas nessas práticas. Contudo, a RD tomou um lugar de destaque, especialmente porque a equipe passou a valorizá-la como tecnologia de cuidado, como um método que funciona, sendo positivo para os usuários e buscado por eles.

Como concepção e prática a RD opera uma fusão. É um diálogo entre as várias ideias que compõem o conceito e suas várias apresentações. A figura a seguir mostra como a partir

dos núcleos de sentido extraídos das falas dos entrevistados, a RD vai se ampliando em uma perspectiva circular, como em uma constelação onde as partes e o todo estão interconectados e exercem forças que ora se aproximam, ora se repelem, numa rede em constante movimento e trocas de posições, o que torna a RD uma estratégia complexa e maleável, sendo diferente a depender do contexto onde se insere, por ser construída na complexidade dos sujeitos que a vivenciam. Assim, as concepções e práticas mesclam-se nessas operações, criando esse diagrama da redução de danos nesse CAPS AD, que pode ser ampliado também a outras realidades, respeitando suas especificidades:

Figura 3 – Diagrama das Concepções e Práticas de Redução de Danos no CAPS AD.



Fonte: elaboração própria da autora.

Nessa imagem vemos a noção aplicada de círculo hermenêutico. De forma circular, um sentido foi articulando-se com outro, posteriormente retornando ao primeiro para criar nas narrativas as concepções de RD. Essa operação é bem descrita por uma citação de Gadamer (1997):

Tão logo apareça um primeiro sentido no texto, o interprete prelineia um sentido do todo. Naturalmente que o sentido só se manifesta por quem lê o texto lê a partir de determinadas expectativas e na perspectiva de um sentido determinado. A compreensão do que está posto no texto consiste precisamente na elaboração desse projeto prévio, que, obviamente, tem que ir sendo constantemente revisado com base no que se dá conforme se avança na penetração do sentido (p. 402).

Com isso, salientamos que havia uma compreensão inicial dos sujeitos sobre a RD, mas por meio do diálogo que a entrevista promoveu, esse “projeto prévio” foi modificado nas narrativas e ampliado numa revisão constante que o encontro possibilitou. Com ele, a própria compreensão dos sujeitos sobre o assunto modificou-se. Como antes dito, o conceito que de início parecia pequeno e simples, a partir da reflexão e da narração das estórias do cotidiano de trabalho tornou-se bem mais amplo. Uma interpretação imediatista a partir do conceito inicial perderia essa ampliação. Assim, o círculo hermenêutico é esse círculo interpretativo que vai sendo construído conforme as revisões realizadas pela compreensão vão tomando corpo. Esta ocorreu pelos próprios sujeitos nas suas narrativas, depois pelas pesquisadoras, a partir do mosaico construído no encontro das falas dos atores e dos preconceitos que traziam.

Dessa maneira, no diagrama, observamos alguns princípios centrais (concepções) que vão se espalhando no círculo para as práticas (que também podemos entender como princípios derivados dos centrais) que se confundem com os princípios nessa constante troca de posições.

Os princípios centrais ou concepções que identificamos na fala dos sujeitos foram: reduzir o uso da substância; reduzir riscos à saúde; cuidado; olhar integral; abstinência não obrigatória; mudança de substância; acolhimento; melhorar qualidade de vida; autonomia do sujeito; dentro do próprio limite; intersetorialidade; liberdade com responsabilidade; meio para a abstinência; diminuir prejuízos; não impõe controle; não só para drogas; necessidade do indivíduo.

Os núcleos de sentido que se aproximam da noção de prática foram: psicoterapia; dar amor e carinho; visitas domiciliares; trabalhos na comunidade; estar no CAPS; cuidados com a saúde; grupos terapêuticos; banho; adesivos de nicotina; planejamento de vida; comer; descanso; troca de seringas; consulta de todas as áreas; orientação; sensibilização; recursos; cachimbo pessoal; experiência clínica; beber água; tratamento; construção do PTS; utilizar medicamentos; escuta.

Temos assim, visualmente, o que a investigação nos trouxe como concepções e práticas de RD nesse CAPS AD, iniciando a contemplar nosso objetivo geral. Para compreender de forma ampla tais concepções e práticas, alguns aprofundamentos são devidos e que

apareceram durante a pesquisa. Os próximos capítulos trazem aspectos importantes sobre como essas concepções e práticas foram constituídas, levando em consideração questões de formação e gestão, que são importantes para o recorte que propusemos dentro de uma linha de pesquisa de políticas de saúde sobre drogas, além de trazer extrapolações que o estudo alcançou e novos questionamentos sobre as políticas sobre drogas no Brasil.

8 O PAPEL DA FORMAÇÃO NA CONSTRUÇÃO DE CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE REDUÇÃO DE DANOS

A nossa investigação encontrou elementos importantes no tocante à formação dos profissionais em RD para a construção das concepções e das práticas da estratégia no CAPS AD. Dessa forma, quando nos referimos à formação, construímos um debate não só de seus aspectos formais, no sentido daquele conhecimento adquirido em cursos de graduação, de pós-graduação e formação complementar. Além desta, falamos de um aspecto “informal” da formação, que ocorre no dia-a-dia dos serviços, por meio de seus pares profissionais, sendo colegas da mesma profissão ou de outras especialidades em equipes multiprofissionais. Nesse sentido, dialogamos com o conceito de *educação permanente*, levando em consideração as suas várias facetas. Introduzimos, ainda, nesta sessão a ideia de uma possibilidade de formação dos profissionais que se dá no dia-a-dia do serviço, no contato com os usuários. Para essa análise, consideramos a noção de *educação popular em saúde*, que se aproxima de noções de RD construídas pelo movimento social, em que o usuário é protagonista do tratamento no seu processo de cuidado, sendo ele quem o direciona e não o profissional de saúde, conforme as abordagens tradicionais de base biomédica. Dentro dessa perspectiva, percebemos que o profissional aprende com o usuário a melhor forma de assisti-lo.

Durante as entrevistas, a formação foi investigada a princípio no objetivo de entender se havia diferenças na construção das concepções e das práticas de RD a depender das formações profissionais específicas, além de compreender a construção do conceito de RD dentro das profissões. Dos treze profissionais entrevistados, apenas um deles tinha entrado em contato com essa noção na universidade, dentro do Curso de Psicologia da UFC – que tem estudos e pesquisa na área, como referimos antes – mas todos os outros tiveram contato com o termo “redução de danos” apenas quando começaram a trabalhar no serviço, ou em algum outro serviço relacionado à assistência a usuários de álcool e outras drogas, sendo um dos profissionais egresso de uma residência multiprofissional com ênfase em saúde mental.

Procuramos compreender como esses profissionais entendiam o papel da sua profissão na atenção às pessoas usuárias de substâncias psicoativas na tentativa de tecer relações entre essa formação de base na graduação e a construção de concepções e práticas de RD. Percebemos que há no imaginário desses profissionais, de alguma maneira, a ênfase em algumas profissões no que diz respeito à utilização “concreta” da estratégia, a qual nos referimos ao longo desse trabalho como o aspecto técnico da RD. Essa preconcepção de que a RD é “de uma profissão específica” envolve necessariamente uma questão de formação, seja pelo entendimento de que a saúde mental é de responsabilidade prioritariamente dos profissionais “da mente”, como psicólogos e psiquiatras, seja pela ideia de que a RD é uma iniciativa clínica, na qual alguns profissionais se especializaram, em um sentido técnico.

Bosi (1996) discute com vários autores das Ciências Sociais o processo de profissionalização de ocupações, ou seja, o que leva a uma ocupação ou atividade profissional a ser considerada uma profissão. Um dos pontos discutidos em seu texto é o fato de que uma profissão é consolidada por meio de um saber (uma base cognitiva) que é reconhecida socialmente como pertencente a um determinado grupo profissional. Isso significa dizer que uma determinada profissão detém um conhecimento específico, que se torna misterioso aos leigos e a outros profissionais e, especialmente por isso, o profissionalismo pode obter sucesso. No caso da saúde, com a formação de equipes multiprofissionais de saúde, especificamente na saúde mental, essa detenção de um conhecimento específico torna-se mais complexa, uma vez que podemos considerar a Saúde Mental como um campo de conhecimentos originários de campos de saber distintos.

Destarte, a forma como os profissionais enxergavam o papel da sua profissão na assistência aos usuários problemáticos de álcool e outras drogas compreendia o entendimento que eles tinham das suas profissões dentro da Saúde Mental¹¹ de forma geral.

Nesse sentido, a noção de *clínica ampliada* emerge na nossa análise no entendimento de que é uma forma de atuação para além das especialidades em uma perspectiva transdisciplinar, visto que muitos dos profissionais realizavam as mesmas atividades, como: visita domiciliar, matriciamento, acolhimento e grupos terapêuticos. Muitas destas, inclusive,

¹¹ Utilizamos aqui o termo “Saúde Mental” por ser a forma como os entrevistados, na maioria das vezes, referiam-se às suas profissões dentro da atenção “psicossocial”, embora estes não sejam termos sinônimos. O termo “psicossocial”, segundo Teixeira *et al.* (2017), denota uma forma específica de olhar o fenômeno do adoecimento mental, advindo da luta movimentos sociais que levaram para o campo da saúde o olhar ao indivíduo em sua totalidade, para além da doença, em seus determinantes sociais, econômicos e políticos. O termo “Saúde Mental”, então, tem uma denominação mais ampla que pode englobar diversos paradigmas como o apontado por esses autores, que diferenciam o “paradigma asilar” do “paradigma da atenção psicossocial”, mesmo que ambos possam ser considerados olhares do campo da Saúde Mental.

aconteciam em conjunto. Tornou-se evidente, a partir da observação das práticas, que há uma diferença de olhar sobre o fenômeno, a depender do profissional que realiza determinada atividade, em razão de sua especialidade profissional. Contudo, existem diretrizes clínicas gerais que perpassam – ou deveriam perpassar – todas as profissões, como é o caso da própria estratégia de RD e do atendimento humanizado. O que seria, então, exclusivo da prática de cada profissão ficaria restrito aos atendimentos individuais, a exemplo da psicoterapia ou o atendimento social, os quais não foram observados por questões éticas.

Nesse sentido, a clínica ampliada como uma ferramenta dentro da política de humanização apresenta-se no sentido de articular e incluir diferentes enfoques e disciplinas. Os três grandes enfoques compreendem o biomédico, o psicológico e o social. Assim, esta proposta reconhece que em determinados momentos ou situações específicas um enfoque pode predominar sobre o outro, sem que isso signifique a negação dos outros enfoques (BRASIL, 2009a).

A clínica ampliada, segundo o MS (*idem*), nasce na política junto com outros dispositivos a partir do “SUS que dá certo”, deslocando o olhar do diagnóstico focado na doença, no modelo clínico em que o médico avalia, realizando exames e conduzindo a terapêutica, para um olhar que traz a singularidade do sujeito, levando em consideração as suas condições de vida na sociedade (como família, comunidade e vida produtiva) e suas condições psicológicas.

Na atenção psicossocial do usuário de substâncias psicoativas, podemos, inclusive, inverter essa lógica. A clínica amplia-se na medida em que, além das questões biológicas, psicológicas e sociais envolvidas no adoecimento mental, existem questões biológicas “não mentais” a serem pesquisadas e tratadas. Esse entendimento apareceu bastante nos discursos dos profissionais. Independente do enfoque de que partiam para explicar o papel de suas profissões, eles, majoritariamente, culminavam na ideia da interconexão entre os pares e as diferentes profissões, nessa clínica ampliada. Quando o profissional percebia que alguma necessidade do usuário ultrapassava sua expertise, ele o encaminhava ao colega especialista no assunto. Isso acontecia notadamente em relação ao atendimento do Serviço Social, que é a especialidade mais destoante dentro do CAPS AD em relação às outras profissões, no sentido que na formação acadêmica desses profissionais não há bases de origens biomédicas, ficando isso a cargo de formações complementares, normalmente voltadas àqueles assistentes sociais que atuam na área da saúde. Esse encaminhamento acontecia de forma dialogada e quem

encaminhava normalmente recebia retorno do colega, configurando um momento em que o não-especialista aprendia com o especialista.

Ademais, entender sobre a formação dos profissionais relacionada ao SUS fez-se importante no diálogo com os profissionais pelo fato de a RD ser uma estratégia que perpassa inúmeras políticas do sistema. Assim, o conhecimento que se tem sobre RD também diz respeito ao conhecimento que se tem sobre o SUS, suas políticas e sua organização. Por conta disso, buscamos apreender quais normativas e conceitos os profissionais julgavam importantes dentro do trabalho no CAPS AD.

A “política de redução de danos” apareceu algumas vezes, sendo apontada pelas gestoras e por vários profissionais de saúde como sendo a orientação principal para o trabalho no equipamento.

Embora tenhamos apontado a RD como estratégia de algumas políticas ao longo de nossa discussão teórica, é necessário que discutamos os possíveis sentidos do entendimento dela como política pelos profissionais, assim como ocorre em parte da literatura.

Comentamos que Testa entendia política como distribuição de poder. Ou seja, como os conflitos sociais criam normas, operações e formas de existir na sociedade. Esses conflitos, que se utilizam de estratégias para conseguir uma meta, podem transformar a sociedade ou manter seu *status quo* (TESTA 1995).

Frey (2000), em discussão sobre a prática da análise de políticas públicas, traz três dimensões do termo “política”, utilizando as diferenciações da língua inglesa: *polity*, *politics* e *policy*.

Polity diz respeito à dimensão institucional da política, referindo-se à ordem do sistema político, delineada pelo sistema jurídico e a estrutura institucional do sistema político-administrativo. Em outras palavras, é relativa ao sistema normativo da política. As portarias e normativas do SUS, além de outros aspectos institucionais, correspondem a essa dimensão.

Politics é uma dimensão processual, que se refere aos conflitos inerentes ao processo político, à tomada de decisão e a imposição de objetivos. Essa dimensão é aquela que incita as discussões do campo democrático, os interesses de grupos específicos de manutenção ou transformação social.

Já a dimensão da *policy* fala do quesito material da política, a sua concretude expressa nos programas políticos, no seu conteúdo, nos problemas técnicos, enfim, à sua objetividade que ocorre na prática, no cotidiano, a aplicação concreta da dimensão normativa.

Ainda que as três dimensões estejam entrelaçadas nos estudos sobre RD, quando esta aparece como política, a depender dos objetivos da investigação, uma ou outra ficará evidenciada. No discurso dos profissionais do CAPS AD, esses três elementos emergiram, mas houve uma ênfase na dimensão institucional-normativa, que costuma ser menos abordada na literatura. Por sua vez, a dimensão processual-conflitiva dos interesses proibicionistas e do olhar progressivo da RD são comumente discutidos, bem como a aplicação concreta dos programas ou ações de RD.

Assim, a “política de redução de danos” aparecendo em sua característica institucional foi um entendimento construído dentro da equipe em seus processos de formação.

Ademais, a compreensão dos profissionais de que a RD é também uma política denota a consciência de uma redistribuição do poder político relacionado ao fenômeno do uso de drogas. Isto significa que a RD como política implica uma reorganização social que entende o uso de drogas de forma diferente da organização proibicionista. Na assistência ao usuário problemático de substâncias psicoativas são criadas novas relações de poder, nas quais este é deslocado para o sujeito e retirado, mesmo que parcialmente, do profissional de saúde.

Podemos perceber uma troca de posições. Embora a RD seja uma estratégia para se conseguir um fim dentro do CAPS AD, a saber: a produção de cuidado ao indivíduo em uso prejudicial de substâncias psicoativas ou a atenção integral a esse usuário (como na política do MS), ela pode tornar-se um fim em si mesmo/começo na medida em que desloca o poder para esse usuário, no entendimento que ela produz autonomia dos sujeitos e enunciados de verdade que produzem uma transformação social, redistribuindo o poder para as pessoas, que decidem sobre o uso de substâncias psicoativas, seja ele problemático ou não. Esse poder é também deslocado para elas na produção do próprio cuidado e na proteção da própria vida. Discutiremos mais esse assunto no capítulo sobre o “Grupo de Redução de Danos”.

Apesar de os profissionais terem trazido a RD como política ou estratégia na sua dimensão normativo-institucional, foram poucas as outras normativas que apareceram nominalmente no discurso entrevistados, sobretudo, por serem de difícil memorização, como muitos colocaram. As que ganharam destaque foram: a Lei 10.216, de 2001, marco da Reforma Psiquiátrica, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental; a Portaria 1.028, de 2005, que regulamentava as ações de redução de danos sociais e à saúde; e as portarias relacionadas aos CAPS e à RAPS. Eles discorreram especialmente sobre os conceitos encontrados nas normativas e que guiam suas práticas. Rosa, ao tentar contar a história da Reforma Psiquiátrica

falou um pouco dos princípios que norteiam o trabalho na saúde mental, sendo ilustrativo do entendimento e posicionamento também de outros sujeitos:

Eu acho que o CAPS desde o final dos anos 70, né? Começo de 70, que começou, né? O primeiro CAPS foi em São Paulo. Eu não me recordo muito o ano, acho que foi 78, eu não me recordo muito o ano. Mas foi assim que começou. Então, assim, foi um processo de desinstitucionalização, né? Então, assim, foi um processo que fizeram de... de fazer o tratamento extra hospitalar e deu tão certo esse... esse CAPS, que foi inaugurado em São Paulo, que esse serviço criou vários tipos de CAPS, várias modalidades né, que I, II, III, o infantil, o Álcool e Drogas, agora o IV né? A nova portaria de 2017, que é o IV. [...] E assim, eu acho um serviço... assim, fundamental em relação ao tratamento realmente. Estudos mostram que o tratamento, o convívio familiar, o meio social, você fazer com que aquela pessoa, ela volte a ter aquele convívio dela social é a melhor maneira de realmente ter um tratamento eficaz e duradouro. Não prendendo aquela pessoa no manicômio e deixando ela lá restrita, presa. Presa pelo... que crime que ela fez, né? Por ela tá presa naquele manicômio? E além do mais, né? Antigamente era com maus tratos. Além de tá presa, ainda tinha maus tratos. Então assim, então eu, eu admiro muito o trabalho do CAPS, acho um trabalho muito importante, muito interessante pra comunidade. Como um todo, não é só o Álcool e Drogas, né? É como um todo, tanto o Geral, como o Infantil, cada um na sua modalidade (ROSA, PS).

A fala de Rosa é impactante no sentido em que ela se posicionou claramente frente ao direito das pessoas que sofrem por algum tipo de transtorno mental, seja relacionado ou não ao uso de drogas. Ao questionar “que crime ela fez, né?” ela problematiza a questão da exclusão que antes discutimos, quando doentes mentais e criminosos eram isolados da mesma forma dentro de um dispositivo asilar, pois mesmo que sejam lógicas discursivas diferentes, elas dialogam entre si muito intimamente. Vemos, então, os princípios antimanicomiais¹² da lei de 2001 bastante assimilados e reproduzidos nos discursos e práticas dos profissionais.

Muitos profissionais deram ênfase ao conceito de direitos humanos. Os princípios e diretrizes do SUS também ganharam destaque ao serem apresentados como norteadores do trabalho no CAPS, destacando-se a integralidade e a universalidade, sendo também citado o cuidado humanizado ou a política de humanização.

Como tratamos desde o início, os princípios da Carta Universal dos Direitos Humanos são norteadores de tudo que a RD representa, conforme apontado na maior parte da literatura sobre o assunto. Gomes e Dalla Vecchia (2018) afirmam que a perspectiva da RD repudia a

¹² O termo “antimanicomial” é um termo proveniente da luta travada pelo Movimento da Luta Antimanicomial (MLA) desde a década de 1980, que teve como precursor o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM) na década de 1970, que lutava por uma sociedade sem manicômios, denunciando os maus-tratos sofridos pelos pacientes nessas instituições asilares. O MLA nasceu oficialmente em 18 de maio de 1987 pelo documento “Manifesto de Bauru”, tendo como lema: “Por uma sociedade sem manicômios”. Esse movimento inspirou a Lei 10.216, de 2001, a qual proíbe o tratamento de pessoas com transtornos mentais em instituições asilares. Referência: Barbosa, Costa e Moreno (2012).

discriminação e o abandono de pessoas por fazerem uso de álcool e outras drogas, que passaram ou passam por fracassos quando da impossibilidade da abstinência imediata, ou que não se veem em condições de aderir o tratamento. Para eles, dá-se maior visibilidade ao usuário como sujeito de direitos, colocando em discussão a sua responsabilidade individual e penal, a liberdade de escolha, o autocuidado e a pluralização terapêutica (várias modalidades de tratamento) como exemplos fundamentais da conquista dos direitos humanos e cidadania.

Em vários discursos ouvidos, essa responsabilidade do sujeito era valorizada, bem como o respeito a todos esses aspectos colocados pelos autores, que estariam diretamente ligados à defesa dos direitos das pessoas, como forma de exercer cidadania.

O princípio da integralidade, que é entendido inicialmente na Lei 8080/1990 como integralidade da assistência, sendo um “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990, p. s/n) surgiu nas narrativas dos profissionais em sua perspectiva ampliada de, além da assistência integral, o olhar integral ao sujeito em uma visão holística. Em inúmeros momentos quando eles tratavam da multifatorialidade do processo de adoecimento mental, especialmente quando eles falaram do fenômeno do uso de drogas, eles tocavam nesse conceito, sobretudo ao tratar das comorbidades clínicas associadas ao adoecimento. Essa noção inclui ao olhar do processo saúde-doença os vínculos sociais estabelecidos pelo sujeito. Consideraram que também era importante compreender a situação social da comunidade em que o indivíduo se encontra, se em baixa ou alta vulnerabilidade social, buscando, ainda, identificar as potencialidades da comunidade para o processo de cuidado da pessoa que frequenta o CAPS AD.

A universalidade, como princípio norteador, foi bastante comentada pelos profissionais de saúde, que frisaram bastante o fato de o serviço ser do tipo “portas-abertas”, algo que as gestoras também pontuaram. Isso significa que independente de quem fossem e qual demanda traziam, as pessoas eram acolhidas naquele serviço e ficavam ali para tratamento, caso necessário. Se assim não o fosse, eram enviadas ao serviço de referência levando as coordenadas, que podiam ser dadas por todos os profissionais, inclusive os da recepção, buscando, dessa forma, uma maior resolutividade das ações.

O entendimento desse princípio, percebido pela gestão do serviço como central para todas as atividades, gerava momentos de desconforto e tensão dentro da equipe, em ocasiões em que alguns profissionais entendiam que certos usuários usavam o equipamento como serviço de assistência social, quando buscavam o serviço “apenas” em busca de alimento e

descanso, embora a alimentação e o repouso do corpo possam ser entendidos, inclusive sendo citado por alguns profissionais, como estratégias de RD, especialmente em sua dimensão do cuidado da vida.

Souza (2013) problematiza o conceito de universalidade fazendo uma genealogia que perpassa a lógica da religião, do direito e da ciência. O SUS adota o princípio essencialmente em seu sentido político-jurídico, que remonta a criação da cidadania na Grécia antiga, especialmente no quesito do acesso. O princípio da universalidade dentro do SUS extrapola inclusive a noção de cidadão grega em que os direitos eram iguais para os moradores da *Pólis*, uma vez que qualquer indivíduo em solo brasileiro tem, juridicamente, acesso aos serviços de saúde.

Todavia, segundo o autor, há intrinsecamente nesse conceito desde a sua gênese o “risco do universal”, no sentido de ser algo aplicável a todos, independentemente do contexto, sendo uma possibilidade de ser instituindo ao mesmo tempo um direito e um imperativo. Dessa maneira, o cotidiano mostra que universalidade do acesso precisa ser amparada por outros conceitos que determinem uma rede de princípios ético-políticos. Entre eles estão os conceitos de “singularidade”, “diferença” e “alteridade”. Dito de forma simples: o outro é um ser único, diferente de mim, com sua forma de ser outra, que não a minha.

Com a necessidade de conciliação entre o universal e o singular é que o Campo da Saúde Coletiva e, conseqüentemente, o SUS, lançou mão do conceito de equidade, que surge no limiar intransponível da universalidade, tendo como potência o ato não de totalizar, mas de distinguir. É como se o conceito fosse um precipitado do conceito de universalidade. O autor alerta, ainda, para a necessidade de distinção entre os conceitos de igualdade e equidade. A igualdade diz respeito a uma noção jurídica de isonomia, onde todos são iguais perante a lei. Essa ideia foi incorporada nas políticas públicas na noção de universalidade do acesso, sendo igualdade e universalidade ideias mais corretamente correlatas. Por não ser possível uma passagem total do universal ao singular, são necessárias mediações operativas e conceituais e por isso existe a noção de equidade. Enquanto a universalidade diz “o que” deve ser feito, a equidade diz “como” deve ser feito, levando em consideração as necessidades individuais dos sujeitos. Assim sendo, o sistema jurídico justo precisa levar em conta como a regra geral se aplica ao singular (SOUZA, 2013). Por esse motivo a equidade é comumente referida como “reconhecer as diferenças entre os iguais”.

Embora tendo sido pouco citada diretamente, a orientação para o trabalho por meio do princípio da equidade estava marcada no discurso de muitos profissionais. No caso citado, a

compreensão de que alguns usuários tinham necessidades básicas que não encontravam em outro ambiente e que precisavam ser acolhidas dentro do CAPS AD, como o acesso a banho e comida, mostra como essa noção estava imbricada nos valores que moviam várias das práticas do equipamento.

Alguns profissionais teceram críticas sobre o fato de os textos das políticas e normativas serem diferente do que ocorre na prática. Isto é: embora elas preconizem princípios, diretrizes ou ações específicas, muitas vezes o que se observa na prática distancia-se do que está escrito. Eles deram justificativas que lhes faziam crer porque isso acontece. Segundo eles, uma primeira razão seria por uma questão de organização do SUS, uma vez que há tensões políticas entre de grupos sociais diferentes e interesses diversos. Um profissional disse que o governo quer “maquiar” a realidade, colocando profissionais em uma casa a fim de dar uma resposta a uma demanda da sociedade, mas que não funciona como deveria, porque não existe incentivo financeiro, especialmente o salarial para os profissionais, que ele acreditava que ganhavam muito mal para a responsabilidade que tinham. Outro motivo apontado eram os preconceitos que os próprios profissionais carregavam consigo, que poderiam destoar de princípios e/ou diretrizes das políticas. Outra justificativa muito citada foi a falta de estrutura disponibilizada pela gestão maior, seja municipal ou estadual para que as políticas se efetivassem na prática. Os entrevistados não conseguiram identificar o porquê da ausência de estrutura, seja relacionada ao quadro de pessoal ou às próprias instalações do CAPS. Sobre essa última justificativa falaremos um pouco mais à frente, no capítulo 11.

Diante dessa percepção dos profissionais da disparidade entre dispositivos legais e o cotidiano dos serviços, chegamos à discussão do SUS legal e o SUS real. Santos (2011) aponta várias incongruências entre o que estava no papel e o que acontecia na realidade no SUS. Ele aponta algumas dificuldades para a consolidação do que está previsto legalmente: a retirada do financiamento federal ao sistema; subsídios à produção e ao consumo de serviços privados de saúde; a ineficiência da gestão, que é centralizadora e burocratizada; a precariedade dos vínculos de trabalho e remuneração perversa. Veremos mais a frente que os entrevistados compactuavam com essa visão e também percebiam tais dificuldades apontadas pelo autor, que eles viam como uma questão de gestão superior. Contudo, como aponta Santos, são desafios que passam por questões políticas (de *politics*) e de Estado.

Essas dificuldades permeiam, indubitavelmente, a forma como os processos de trabalho em saúde se desenvolvem e são (ou não) aprimorados. Trazemos, então, para nossa discussão, o conceito de educação permanente para entender como, dentro desses processos, os

profissionais aprenderam sobre RD na prática cotidiana, uma vez que a maioria deles não tinha qualquer conhecimento do conceito antes de começar a trabalhar nesse serviço.

Para a Política Nacional de Educação Permanente (BRASIL, 2009b), a educação permanente é

aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (p. 20).

A descrição de muitos profissionais de como aprenderam sobre RD passa por esse conceito, principalmente por ter tido um impacto importante na condução das práticas. Os profissionais de saúde colocaram que ao chegarem ao serviço foram instruídos pelos gestores a lerem as políticas e normativas federais relacionados ao trabalho no CAPS AD. No diálogo com as gestoras do equipamento percebemos que não há políticas específicas estaduais ou municipais relacionados ao serviço, nem especificamente à RD. Confirmamos isto na busca pelos documentos de gestão. Não conseguimos acesso a estes na SPD-CE que foi extinta no período da pesquisa. O mesmo aconteceu no órgão municipal responsável, a CPDrogas, na qual também não encontramos documentos de gestão que orientassem uma política específica no âmbito do município, tendo ocorrido a mesma situação na busca por esses documentos no órgão a área técnica das políticas de HIV e outras ISTs. Tanto em âmbito estadual, como municipal as pessoas com quem conversei nos órgãos tinham discursos parecidos: “seguimos as diretrizes federais”. Podemos concluir, então, que os órgãos são dispositivos operacionais para a consolidação de políticas federais. Isso é distinto do que ocorre em outros estados, a exemplo de São Paulo, que tinha uma lei relacionada à RD ainda na década de 1990. Não é o caso do estado do Ceará, nem do município de Fortaleza.

Além dessa instrução inicial recebida pelos gestores locais, muitos profissionais pontuaram que existiam cursos que o município ou o estado ofertavam, dos quais alguns deles participaram e entraram em contato com as políticas sobre drogas e a RD. A Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará apareceu como uma das maiores parceiras para a formação desses profissionais e os dois órgãos anteriormente citados, enquanto estado e município, apareceram

como realizadores dos cursos junto à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) por meio da Célula de Saúde Mental.

Alguns profissionais ainda apontaram o curso “SUPERA” como sendo fundamental para o aprofundamento do conhecimento e atuação dentro do CAPS AD e para a ampliação do conhecimento em RD. Este curso nomeado “Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento (SUPERA)” foi inicialmente uma parceria entre a SENAD e a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) entre 2006 e 2017, realizando doze turmas, e ofertando 135 mil vagas, tendo a participação de docentes de 5 universidades federais (UFRGS, UFPR, UFRJ, UFJF, UFBA) com patrocínio da SENAD. Atualmente, o curso existe por meio de uma parceria entre UNIFESP e a Universidade Virtual do Estado de São Paulo (UNIVESP), tendo sido realizada a 13ª turma, entre outubro de 2018 e fevereiro de 2019. O seu objetivo é capacitar profissionais da saúde e da assistência social para trabalhar com pessoas com problemas associados ao uso álcool e outras drogas. É um curso de extensão de 170 horas na modalidade “EaD” – Educação à Distância (SUPERA, 2019). Embora seja um curso procurado por demanda espontânea, foram vários os profissionais que o realizaram, relatando a importância do mesmo para trabalho com o público do CAPS AD.

Além disso, os relatos das gestoras frisaram a importância do espaço de educação permanente durante as reuniões de equipe, as quais não ocorreram durante todo o período da pesquisa por conta de outras demandas do serviço. Alguns profissionais falaram da existência deste momento, mas reconheceram a dificuldade que a equipe estava tendo nos últimos meses para concretizá-lo.

Entretanto, quando trazemos o conceito de educação permanente, queremos, sobretudo, enfatizar a importância de uma figura-chave no processo de formação dos profissionais: o Psiquiatra Referência. Essa alcunha foi atribuída a esse ator tamanha a importância de sua passagem pelo serviço na formação dos demais profissionais que se encontravam no equipamento no momento da pesquisa. Sua importância é tão evidente, que pelo menos metade dos entrevistados citaram-no como parte de seus processos de aprendizagem da RD como conceito ou como prática dentro do serviço.

O papel desse ator na formação desses profissionais foi variado. Alguns citaram cursos ministrados por ele em espaços formais de educação permanente que existiam no serviço. Outros, falaram da observação das suas práticas clínicas, seguidas de discussões, que lhes fizeram aprender sobre RD. Alguns pontuaram, ainda, a relevância da discussão de casos

clínicos com ele para sua formação e, o mais reconhecido por todos: a observação da condução do Grupo de Redução de Danos, que ele havia implantado no serviço. Esse grupo funcionava dentro do princípio da autonomia dos sujeitos, sendo o mesmo conduzido colaborativamente pelos próprios participantes, juntamente aos facilitadores do grupo.

O conceito de educação popular em saúde aparece nesse contexto grupal, quando consideramos que o grupo estava amparado em princípios da Política de Educação Popular em Saúde, quando traz no seu texto os princípios norteadores de diálogo, problematização, construção compartilhada do conhecimento e emancipação (BRASIL, 2013). Nele, os profissionais também aprendiam com os usuários nos seus processos. Aprofundaremos melhor o assunto no capítulo específico sobre o Grupo de Redução de Danos e sua construção dentro de uma perspectiva também de educação popular.

Além disso, as narrativas dos profissionais nos trouxeram a importância do vínculo com a universidade para o desenvolvimento das práticas em RD. Isso ficou bastante evidente durante as observações. Os professores participavam do cotidiano do serviço com seus alunos por meio dos projetos de extensão e muitas vezes cobriam “buracos” nas atividades que as equipes não conseguiam desenvolver, especialmente pela falta de profissionais para realizar determinadas ações. Trabalhos na comunidade – como nas escolas e centros comunitários – e grupos terapêuticos eram desenvolvidos por eles e traziam novos conhecimentos sobre como trabalhar dentro do CAPS AD, criando diálogos e levando à universidade de volta as suas experiências. As residências multiprofissionais também se inseriram nesse processo em alguns momentos.

O pensamento de Ceccim e Feuerwerker (2004) dialoga de forma oportuna com tudo o que trouxemos até aqui. Em seu ensaio, eles lançam o conceito de *quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social*, tecendo críticas sobre como os modelos de formação para a saúde vinham sendo desenvolvidos, os quais consideravam conservadores e baseados na acumulação sistemática de informações, como na noção de “formação continuada”. Eles propõem a ideia de formação advinda de uma exigência política de gestão que ao mesmo tempo ofereça propostas de transformação das práticas profissionais, sendo baseada numa reflexão crítica sobre o trabalho em saúde e a experimentação da alteridade dos usuários.

Essa seria uma formação tecnopolítica, no sentido da advocacia de uma formação voltada para as questões políticas que levam em consideração as necessidades dos usuários a partir do que eles próprios colocam como necessidades nos processos de controle social, que é

entendido como participação popular nos diversos dispositivos de tomada de decisão em saúde como Conselhos e Comitês de Saúde. Nessa lógica, as instituições formadoras deveriam também levar em consideração as necessidades advindas do SUS e seus processos de trabalho.

Para os autores, deve haver uma ampliação da noção da formação ensino-serviço para uma ideia integrada de ensino-serviço-gestão-controle social. A importância da formação vista dessa maneira dá-se pelo fato de que cada face libera fluxos específicos, dispõe interlocutores específicos e configura espaço-tempo com diferentes motivações. Assim, uma formação com vigor político para produzir um processo de mudança da realidade precisa ativar processos e controlar outros. Em outras palavras, eles defendem uma formação que tenha um compromisso político com a sociedade e que seja relevante para as práticas de saúde diante das necessidades da população, onde os envolvidos tenham consciência dos seus papéis como agentes políticos.

A educação permanente, então, parte do pressuposto da aprendizagem significativa, sendo uma lógica

descentralizadora, ascendente e transdisciplinar. Essa abordagem pode propiciar: a democratização institucional; o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, da capacidade de docência e de enfrentamento criativo das situações de saúde; de trabalhar em equipes matriciais e de melhorar permanentemente a qualidade do cuidado à saúde, bem como constituir práticas técnicas críticas, éticas e humanísticas (CECCIM E FEUERWERKER, 2004, p. 50).

Nessa vertente interpretativa, a educação permanente interpõe uma reflexão crítica das práticas assistenciais e, conseqüentemente, das práticas de gestão.

De acordo com o que viemos mostrando, pudemos perceber um pouco dessa ideia quadrilátera ocorrendo na formação dos profissionais dentro do CAPS AD. A educação permanente mostrava-se em suas várias formas, de maneira ampliada, desde o aprender informalmente nas discussões de trabalho, que acabavam tornando-se rotineiras no serviço, – dialogando, inclusive, com a noção de permanência a que o conceito remete – até a aprendizagem formal, ocorrendo dentro da equipe com o especialista ou com os pares profissionais em uma visão de clínica ampliada.

A visão de educação permanente vê-se assim, amplificada. Não se poderia apenas entendê-la como um espaço formalizado para ocorrência de processos de aprendizagens em serviço. Ao contrário, as observações e narrativas mostraram que o processo de aprender era constante no serviço, pois a cada nova intervenção ou novo problema que surgia, o cenário de trocas de saberes se constituía, ali mesmo, na ação cotidiana do trabalho. Eram várias formas de ensinar, aprender e refletir criticamente entre gestores, profissionais de saúde e usuários.

Esses processos foram significativos para a compreensão de conceitos e operacionalização de práticas da RD nesse CAPS AD, tendo impacto decisivo no cotidiano de trabalho. Percebemos, assim, que houve transformação das práticas profissionais que ali existiam, conforme entende-se ser um dos objetivos desse tipo de educação formativa, que permanece em constante movimento e diálogo com a realidade.

9 O DISPOSITIVO DO ACOLHIMENTO COMO POTENCIALIZADOR DA ESTRATÉGIA DE REDUÇÃO DE DANOS

Durante todo o período da pesquisa, percebemos que os profissionais teciam uma estreita conexão entre as concepções de “redução de danos” e “acolhimento”. Entendemos, então, que essa relação colocava o acolhimento como principal dispositivo da humanização do cuidado no CAPS AD e, conseqüentemente, como potencializador da estratégia de RD.

Clareamos esse entendimento a partir do discurso de Zuê. Ao ser questionada por qual motivo trabalhava com a RD, ela respondeu:

Por que motivo, deixa eu ver aqui... como é que eu posso te descrever por qual motivo? Porque eu acho que todo mundo deve ser acolhido, seja lá que nome for. Redução de danos, seja lá do que for. (ZUÊ, PS).

Essa noção de acolhimento perpassou a fala de doze, dos treze profissionais entrevistados, seja no tocante às concepções ou às práticas profissionais relacionadas à RD dentro do CAPS. Esta apareceu em seus discursos sob diferentes perspectivas, seja àquelas relacionadas ao “atendimento de acolhimento”, como uma prática instituída no serviço, seja como o acolhimento em seu sentido mais amplo, como dispositivo de cuidado da Política Nacional de Humanização – PNH (BRASIL, 2004c), entendida muitas vezes, por eles, como transversal às práticas do serviço.

O Ministério da Saúde no documento *Acolhimento nas práticas de produção da saúde* (BRASIL, 2010a) coloca o acolhimento como uma

postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde [que] favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade e para legitimação do sistema público de saúde. Favorece, também, a possibilidade de avanços na aliança entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde em defesa do SUS como uma política pública essencial da e para a população brasileira (p. 3-4).

O texto traz, ainda, que acolher é uma atitude de inclusão. É uma ação de aproximação, é um “estar com” ou um “estar perto de”. É admitir, aceitar, dar crédito a, agasalhar, atender. Além disso, o MS entende o acolhimento como uma forma de posicionamento de gestão, vendo o acolhimento tanto como diretriz, como dispositivo de grande relevância *ética, estética e política* dentro da PNH.

Como ética, traz o compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, suas formas de viver, de existir e estar na vida. Na sua dimensão estética, entende que se traz para as relações e os encontros do dia-a-dia a invenção de estratégias que contribuam para dignificar a vida para construção da nossa própria humanidade. A dimensão política, por sua vez, implica o compromisso coletivo de envolvimento nesse “estar com”, potencializando protagonismo e vida nos diferentes encontros (BRASIL, 2010a; 2016).

Para a PNH, estruturar a prática do acolhimento nos serviços significa uma resposta aos desafios de superar e inverter a lógica do modelo de saúde hegemônico centrado no hospital, no médico e na doença, para um modelo que priorize a escuta e o cuidado do sujeito que apresenta demandas que extrapolam os sintomas físicos de uma doença (BRASIL, 2016). Na saúde mental, podemos falar em uma lógica que ultrapassa tanto os sintomas físicos, como comportamentais e psicológicos esperados ou vinculados a uma determinada condição de saúde.

O acolhimento, como reconhecimento do outro, nesse “estar com” o outro passa, necessariamente, por um reconhecimento de si, da própria humanidade. Na atenção psicossocial, especialmente na assistência ao usuário de drogas, a dimensão do acolher também remete a preconceitos individuais relacionados à cultura, à sociedade e à forma como os profissionais dos serviços de saúde se posicionam em relação aos usuários do CAPS AD. Foi também por isso que a pesquisa teve preocupação em dialogar com os sujeitos acerca de como eles percebiam o fenômeno do uso de substâncias psicoativas e explorar como eles se posicionavam frente à assistência ao uso de drogas, seja este recreativo ou problemático, ao sujeito usuário de drogas, à assistência a esse usuário no CAPS AD e à própria RD. Ao longo das narrativas, pudemos entender a construção de uma visão mais progressista ou conservadora sobre as drogas e a mudança de perspectiva de muitos profissionais. Eles percebiam, sobretudo, a RD como um caminho possível e eficaz, em uma forma abrangente, para além das técnicas, reconhecendo a potência do acolhimento e do atendimento humanizado frente a essa perspectiva. Para Souza e Carvalho (2015), quando

uma equipe de saúde ou mesmo um profissional de saúde, ao atender uma pessoa usuária de drogas, coloca para si a tensão “sou a favor” ou “contra às drogas”, está formulando o problema da abordagem e do acolhimento a este usuário segundo uma perspectiva que o colocará em um antagonismo (combate ou simples aceitação) com a experiência de uso de drogas que está em curso na vida deste usuário. Em outras palavras, a clínica será conduzida a partir de um problema que foi mal formulado. O combate ou a simples aceitação são formas de não entrar em contato com a experiência em curso. A direção proposta pela Redução de Danos, de acolher o outro na sua diferença, atualiza um sentido de universalidade aliado à dimensão singular da experiência com o uso de drogas que cada um pode ter (p. 221).

Dialogando com os autores, ao discutirmos o acolhimento dentro da perspectiva da RD, estamos nos referimos a uma tentativa de compreensão da individualidade do outro e da relação que esse sujeito estabelece com a substância que utiliza, transcendendo as posições “contra” ou “a favor” ligadas à vivência de cada um. Nas falas dos profissionais, o acolhimento apareceu como principal dispositivo para estratégia de RD acontecer, no sentido em que um dos profissionais chamou de concreto, conforme mencionamos. A noção de acolhimento aparecia, então, especialmente quando questionados sobre as práticas em RD e, sobretudo, na própria prática individual, ficando bastante evidenciada naqueles profissionais que não participavam diretamente do Grupo de Redução de Danos.

Voltamos à fala aparentemente paradoxal de Marie, que citamos anteriormente, quando ela disse que não utilizava a RD e que havia momentos que não era favor, mas que a RD existia em todos os locais onde o acolhimento estava presente e que ela mesma se utilizava da noção de acolhimento da política de humanização em suas práticas, fazendo com que cheguemos à conclusão de que a RD estava em suas práticas, ainda que de forma indireta.

Se perguntar, você é a favor da redução de danos? Eu entendo, mas eu não sou a favor.[...] **Embora a gente tenha um grupo que seja sobre redução de danos, eu penso que a prática da redução se insere em todos os espaços que tem o acolhimento. [...]** Se você é uma paciente que vai, chega aqui no serviço, vem pro acolhimento e eu sou a profissional que vai lhe escutar e aí você fala pra mim que você é usuária de muitas substâncias, que tá querendo diminuir o uso, entrou a **redução de danos**. Esse profissional no momento do acolhimento, ele pode começar ali a conversar com você sobre estratégias que você pode ir adotando, pensando e refletindo sobre essa possibilidade de diminuir o uso, como é que você poderia fazer isso dentro da sua realidade, **então penso que a redução de danos é algo que, assim como o acolhimento, perpassa todos os...** porque num grupo faz um acolhimento, no corredor você faz um acolhimento, né? Na hora do almoço, nas refeições você tá fazendo um acolhimento. Então numa conversa, numa fala você pode sim tá trocando ali algo sobre redução de danos, então não penso que seja só restrito a tá dentro da sala de grupo não (MARIE, PS).

No nosso grifo enfatizamos o momento em que ela reconheceu que a RD perpassava todos os espaços do CAPS, assim como o acolhimento, colocando o uso da RD, mesmo que em seu sentido técnico, como uma necessidade advinda do usuário. O uso da estratégia, então,

atrelava-se a uma necessidade do outro e, ainda que ela tivesse uma visão mais voltada para a abstinência, – ainda que em desconstrução – ela entendia a importância do acolhimento para que acontecesse a prática da RD e percebia o acolhimento como algo da relação entre o profissional e o usuário, entendendo o acolher da seguinte forma:

Acolher é tanta coisa. É ouvir. É ouvir sem julgamento, é respeitar, pensar juntos formas se aquela pessoa, naquele momento tá buscando uma melhora pra qualidade de vida dela. Pensar junto com ela e puxar que ela traga essas ideias, o quê que ela poderia fazer a partir de agora. Motivá-la, incentivar, dar exemplos, silenciar, ficarem os dois ali em silêncio quando algo for pontual pra isso e, às vezes, o silêncio, ele é muito terapêutico. Então o acolhimento, ele... ele é tanta coisa. Não tem como, uma resposta padrão não. É muita coisa. É um olhar, é uma mão. Já tive acolhimento de todos esses tipos que eu trouxe. De o outro chorar e você deixar. É um espaço que se... é um “se permita”, né? É um espaço pra ele. E pra você também, você enquanto profissional, você também tá no acolhimento, você pra fazer o acolhimento você também tem que ser acolhida por aquele paciente. O acolhimento, ele é uma mão dupla (MARIE, PS).

Quando Marie discorre sobre o acolher, especialmente quando fala do ouvir sem julgar e da busca da melhora da qualidade de vida da pessoa, seu discurso assemelha-se muito ao conceito ampliado de RD que viemos discutindo. Dessa mesma forma, ela chegou à conclusão que o acolhimento perpassava transversalmente o serviço, assim como a RD. Em sua fala percebemos isso, inclusive no seu não-dito, como ela mesma sugere ser esse acolher.

Houve momentos em que as noções de “redução de danos” e “acolhimento” até se confundiram no discurso dos profissionais. Mas antes de uma confusão, há uma fusão. São noções complexas que dialogam entre si, potencializando a RD como estratégia de cuidado.

Sobre a importância desse acolher para a RD nessa *assemblage* que ora discutimos, a fala de uma profissional é ilustrativa. Em seu discurso ela não conseguiu discorrer muito acerca dos conceitos, princípios ou práticas da RD de forma direta, talvez por alguma ansiedade que a entrevista lhe causara. Entretanto, no seu entendimento sobre a RD, tornou-se explícita a noção do acolher. Nessa passagem ela explicava como conheceu a RD através da coordenadora do serviço:

A coordenadora, sempre ela fala “Gente, olha a redução de danos. Isso é reduzir. Isso é redução de danos”. O paciente queria passar o dia aqui pra não tá na rua, pra não querer ir se drogar. Isso é uma redução, que a gente tem de acolher aquele paciente, entendeu? Que às vezes tem paciente aqui que “Olha, me ajuda, me dá uma medicação, me dá um Diazepam, porque senão eu vou querer fumar, eu vou querer me drogar, eu vou querer beber”. Então a partir do momento que ele vem pra cá, a gente acolhe ele, pra poder dar uma medicação, né? Tudo isso é por ordem médica, que ele tá querendo reduzir, que ele não tá querendo aquele dia ficar... ele tá querendo, como tem muitos pacientes que quer se internar, mas a fila de internamento aqui é grande. A gente tem... vai pela ordem... que nós temos né, aqui, quem foi o primeiro, o segundo, pra poder eles entrar, tipo pra desintoxicação, lá na Santa Casa, né? E a

redução de danos, quando a gente vê um paciente querendo “Eu posso vir pra cá todo dia? Eu posso passar o dia aqui? Porque eu não queria tá na rua, eu não queria tá nas drogas. Eu queria passar um t... pra me limpar”. Aí a gente pega esse paciente com todo o carinho, agarra ele. Que a gente vê que ele tá querendo reduzir, que ele não tá querendo mais ficar naquela vida de... de tá nas drogas, de tá bebendo. Então cê pega o paciente ali com todo amor “Vamo deixar!”. A gente técnica, né, fala com os psico... com os enfermeiros, que eles passam pelos enfermeiros primeiro pra redução, depois é que eles vêm pra gente (PS).

Essa profissional, especificamente, tinha um forte vínculo com os usuários do serviço que estavam em situação de rua e para ela, em sua profissão, a RD era acolhê-los no serviço e acompanhá-los nessa necessidade de estar longe da substância, tratando-os com amor e carinho, o que remete mais uma vez à dimensão do cuidado que antes falamos. Ela pontuou na sua fala que pela “técnica” da RD eram responsáveis os profissionais de ensino superior e que no seu caso a RD era esse acolhimento amoroso para com os usuários, respeitando a necessidade que eles traziam, colocando que ela lhes tratava dessa forma por eles serem muito carentes de tudo, desde alimentação a carinho e que, para ela, tudo isso era uma forma de reduzir danos, apenas possibilitando que eles estivessem no espaço do CAPS, sendo acolhidos ali e participando de atividades promovidas pela equipe, como passeios a parques e museus.

Para a noção que viemos discutindo, o ambiente e o espaço entram como aspecto importante do acolhimento como dispositivo da política de humanização. Esse aspecto é entendido pelo MS como *ambiência*, sendo algo imprescindível de ser levado em consideração dentro da humanização dos serviços, sendo entendida como:

Ambiente físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar relacionado a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana. Nos serviços de saúde, a ambiência é marcada tanto pelas tecnologias médicas ali presentes quanto por outros componentes estéticos ou sensíveis apreendidos pelo olhar, olfato, audição, por exemplo, a luminosidade e os ruídos do ambiente, a temperatura etc. Além disso, é importante na ambiência o componente afetivo expresso na forma do acolhimento, da atenção dispensada ao usuário, da interação entre os trabalhadores e gestores. Deve-se destacar os componentes culturais e regionais que determinam os valores do ambiente (BRASIL, 2004c, p. 37).

O componente afetivo que o MS traz era, neste CAPS AD, o que mais se destacava, visto que existiam algumas dificuldades estruturais que não tornava o ambiente do equipamento o mais adequado para um cuidado humanizado. Essas dificuldades foram amplamente criticadas pelos entrevistados.

O MS (BRASIL, 2016) também pontua que o acolhimento nos serviços muitas vezes é reduzido à “consulta de acolhimento” e, como uma diretriz, ele deve ser muito mais que esse atendimento específico. Pude acompanhar as consultas de acolhimento com quase todos os profissionais de saúde entrevistados e apesar de existir a institucionalização dessa prática no

CAPS, – a qual recebe críticas do próprio ministério – no caso deste equipamento, o acolhimento não era restrito à essa consulta, mas dentro dos seus princípios e dimensões estava presente em praticamente todos os momentos em que os profissionais se relacionavam com os usuários, salvo algumas exceções. Seguem algumas passagens do diário de campo que ilustram esse acolher, que se refere sempre pela postura do profissional em relação ao usuário, que foi um dos aspectos que buscamos observar:

Vi um profissional conversando com um familiar de um usuário. Este ficou feliz em vê-lo e lhe cumprimentou informalmente. Foi bastante acolhido pelo profissional que lhe perguntou sobre o uso da medicação do seu familiar e “quem estava lhe dando”. Explicou sobre o atendimento psiquiátrico, quando solicitado pelo senhor, tirando algumas dúvidas deste referente a isto (DIÁRIO DE CAMPO).

Enquanto aguardava na recepção vi uma usuária, que já vi outra vez no serviço, ser acolhida por uma gestora. Esta a estava ajudando com a administração da medicação, pois ela estava agitada enquanto aguardava ser acolhida na “consulta de acolhimento”. Posteriormente, vi outra usuária, que também já vi outras vezes no serviço, que me cumprimentou e ficou por ali. Ela foi acolhida pela mesma funcionária que conversou longamente com ela (DIÁRIO DE CAMPO).

Acompanhei um outro atendimento de acolhimento de um profissional de enfermagem. Pelo que entendi, uma mulher trouxe o irmão para buscar internação para desintoxicação, mas não há vagas. O profissional tinha o objetivo de acolhê-lo para avaliar se era um caso de urgência de internação. Por meio de discussão com o paciente e sua irmã, ele teceu junto a eles um projeto terapêutico dialogado para ser feito dentro do CAPS mesmo. Fez uma mediação familiar. Facilitou muitas vezes sua linguagem para que o usuário e sua familiar o compreendessem. Ele explicou sobre a burocracia que tem impedido os usuários de receberem o vale-transporte, mas mesmo assim conseguiu chegar a um acordo de um projeto terapêutico em que o usuário fosse todos os dias ao serviço. Ao final, ele fez uma checagem para ver se cognitivamente o paciente tinha condições de tomar os medicamentos sozinho (DIÁRIO DE CAMPO).

Essas breves passagens mostram a importância do atendimento humanizado por meio do acolhimento para a construção de bons vínculos entre profissionais, usuários e familiares, que facilita a construção do PTS e a adesão ao tratamento. Não foi possível acompanhar muitos atendimentos iniciais, onde se dá a construção do PTS, mas vários profissionais falaram sobre a sua construção nas entrevistas e foram observados alguns momentos em que projetos foram refeitos nos acolhimentos. Em algumas ocasiões, havia alguma sugestão por parte dos profissionais na construção do PTS, mas na maioria das vezes, esta era dialogada com os usuários, buscando sempre engajá-lo na tomada de decisões. Às vezes, por alguma apatia do usuário, ou mesmo em uma atitude mecânica do profissional, esse projeto não era bem dialogado ou trabalhado, mas foram raras ocasiões. A forma de acolher e de se vincular dos profissionais para com os usuários era de suma importância para a permanência dos mesmos no cotidiano do equipamento. Isso foi muito claro, especialmente porque em muitos momentos

houve ausência de profissionais da medicina no serviço e, mesmo sem o devido acompanhamento medicamentoso, os usuários permaneciam indo ao CAPS para participar das atividades dos grupos, conversar com os profissionais que tinham como referência ou simplesmente para não estar na rua.

Além da compreensão de que o acolhimento configura-se nessa postura profissional por meio dos vínculos humanizados que se estabelecem entre profissionais, usuários e suas famílias, para a PNH, ele é entendido também como uma ferramenta de gestão, um dispositivo de gestão. Assim como a RD, o acolhimento é visto como uma estratégia de interferência nos processos de trabalho para consolidação das políticas. Como dispositivo, o acolhimento é uma forma de aumentar a potência da equipe para lidar com os processos de trabalho e para lidar com a sua tarefa, promovendo autonomia para os usuários, familiares e todos envolvidos no processo (BRASIL, 2016).

O conceito de dispositivo foi desenvolvido por Michel Foucault e posteriormente por Guiles Deleuze. Para entendermos a apropriação deste termo pelas políticas de saúde precisamos compreender a conceituação proposta pelos autores. Foucault (1979) entende o dispositivo da seguinte maneira:

Através deste termo tento demarcar, em primeiro lugar, um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos. Em segundo lugar, gostaria de demarcar a natureza da relação que pode existir entre estes elementos heterogêneos. Sendo assim, tal discurso pode aparecer como programa de uma instituição ou, ao contrário, como elemento que permite justificar e mascarar uma prática que permanece muda; pode ainda funcionar como reinterpretação desta prática, dando-lhe acesso a um novo campo de racionalidade. Em suma, entre estes elementos, discursivos ou não, existe um tipo de jogo, ou seja, mudanças de posição, modificações de funções, que também podem ser muito diferentes. Em terceiro lugar, entendo dispositivo como um tipo de formação que, em um determinado momento histórico, teve como função principal responder a uma urgência. O dispositivo tem, portanto, uma função estratégica dominante (p. 138-139).

Como podemos ver em Foucault, o dispositivo é um conjunto multifacetado, tendo, sobretudo, uma função estratégica dominante. Esses vários elementos do dispositivo, que sempre se organizam em uma rede, têm aspectos do “dito”, nos enunciados, onde o saber é agenciado e do “não dito”, o visível, que se desvela nas práticas ou na arquitetura, por exemplo, como nas prisões que Foucault analisou. Há uma terceira dimensão do dispositivo, que Foucault denominou de *panóptico*, que diz respeito às relações de poder, aquele lugar onde tudo se pode

ver, sem ser visto (SOUZA, 2013; DELEUZE, 2005). Nessas três dimensões do dispositivo é que podemos discutir sua função estratégica. No saber, nas práticas e no poder.

Assim como a própria RD pode ser considerada um dispositivo (PRESTES, 2017) sob essa perspectiva estratégica ampla operando discursos, instituições e enunciados nesse jogo heterogêneo sobre o fenômeno do uso de drogas e à atenção à saúde aos usuário de substâncias psicoativas, o acolhimento em uma perspectiva de gestão também ganha essa característica.

O dispositivo, então, refere-se ao modo como vários elementos articulam-se para atingir um determinado fim. Tem uma característica dinâmica de movimento. Os efeitos produzidos por um dispositivo são rearticulados ao conjunto, produzindo uma mudança interna, um reajustamento. Eles são linhas de força que promovem movimento, deslizamento, processos de subjetivação e linhas de fissura (SILVA, 2014).

Para o MS (BRASIL, 2016) há uma indissociabilidade entre o modelo de atenção e o de gestão e com isso a saúde é produzida – no que é de competência do setor saúde – a partir da forma como os serviços e as equipes são organizados e, conseqüentemente, como se delinea o processo de trabalho e que efeitos ele produz sobre os atores envolvidos: profissionais, gestores e usuários. O acolhimento entra, então, como uma prática e um dispositivo dentro da atenção e da gestão em saúde como uma forma produzir saúde, sendo ao mesmo tempo uma diretriz dos diversos níveis de atenção.

Na perspectiva estratégica do dispositivo, o acolhimento potencializa a RD como estratégia de cuidado ao usuário de substâncias psicoativas. Parece confuso, como uma estratégia (ou um dispositivo) potencializa outra. Entretanto, o dispositivo em sua noção de movimento traz consigo essa possibilidade de oscilação e troca de papéis, sendo que ao mesmo tempo em que o acolhimento potencializa a RD como estratégia de cuidado e se confunde com ela, a RD em sua noção ampliada potencializa o atendimento humanizado, que vê no acolhimento o seu dispositivo central, nessa retroalimentação e nessa mudança de posições constante apontada por Foucault.

Destarte, o acolhimento dentro de uma perspectiva de gestão perpassa todo o trabalho da equipe em um movimento em que a gestão se torna compartilhada e a equipe inteira se torna cogestora, tendo em conta os diversos interesses dos grupos inseridos nessa produção de saúde, incluindo os usuários dos serviços e seus familiares, na percepção de que o trabalho cumpre um conjunto de finalidades complexas (BRASIL, 2016).

Nesse sentido, o MS lança mão do conceito de dispositivo dentro da PNH por entender que

os Dispositivos são proposições que abarcam parte dos problemas do mundo do trabalho, mas nenhum dispositivo existe isoladamente. Quando pontuamos um determinado dispositivo, estamos chamando a atenção sobre pontos dos processos de trabalho, dando destaque a certas questões, mas apenas isso (BRASIL, 2016, p. 7).

Dessa maneira, o acolhimento como dispositivo enfatiza a forma como os processos de trabalho se constroem, dentro de uma rede complexa onde há conflitos de interesses entre os envolvidos, pois trabalha-se para si, para o outro e para uma instituição. A dimensão estratégica presente no dispositivo, nesse jogo de troca de poderes e saberes cria a possibilidade da construção de um processo de trabalho e cuidado onde os vários atores se inserem ativamente.

O MS, então, entende que

vivenciar este método [o acolhimento] representa também colocar em questão os saberes envolvidos no trabalho: desmistificar o caráter eminentemente científico dos saberes nas instituições, valorizar os saberes dos diversos campos, criar espaços onde todos os profissionais envolvidos no processo da unidade possam participar das discussões dos projetos de gestão e dos projetos de intervenção. Trata-se de colocar em questão os afetos que estão envolvidos nas relações de trabalho, incentivar que as questões subjetivas sejam valorizadas, colocar em análise as questões que surgem nos grupos, as resistências, as transferências, as tensões nas relações intersubjetivas, etc. (BRASIL, 2016, p. 5).

Ao compreendermos a maneira pela qual o acolhimento funciona como um dispositivo dentro dos processos de trabalho em saúde e sua relação com a RD, sendo este um outro dispositivo que perpassa também os processos de gestão e atenção à saúde é que fica mais claro a fusão dos dois conceitos, que embora sejam diferentes, estão em constante movimento nessa rede de enunciados e práticas que os dispositivos compõem e que os fazem dialogar nessa constante troca de posições. A metáfora do jogo circular hermenêutico que viemos trazendo ao longo do trabalho ilustra esse diálogo. São partes em constante movimento que se constroem e se desconstroem continuamente e, por isso mesmo existe uma dificuldade da separação dos conceitos. Portanto, nessa investigação compreendemos que eles estão entremeados nessa alternância de posições, interagindo de forma complementar.

Como dissemos, as reuniões de equipe não estavam acontecendo no CAPS no período da pesquisa por questões estruturais do próprio serviço. Todavia, ocorreram alguns momentos em que a equipe se reuniu para discussão de casos específicos, sendo observados e registrados no diário de campo.

Nessas ocasiões pôde ser observada certa horizontalidade entre a gestão e os profissionais no manejo dos casos e na busca de um projeto terapêutico que se adequasse a necessidade daquele usuário específico. Durante as entrevistas, contudo, surgiram críticas sobre

a forma como a equipe se relacionava, que serão abordadas no penúltimo capítulo desse trabalho. Mesmo assim, percebemos claramente a valorização dos afetos e das questões subjetivas dos profissionais, sendo importante para o desenvolvimento das relações de trabalho, da relação com os usuários e consequentemente da operacionalização da estratégia de RD de forma objetiva. Isso significa dizer que as relações entre os profissionais e a organização do serviço advinda dessas relações influenciam diretamente a forma como a RD acontece.

A formação dos profissionais, conforme debatemos longamente, influenciou decididamente na construção das concepções e práticas de RD, mas antes disso, as relações estabelecidas ali, entre os profissionais de saúde, entre estes e a gestão e entre esses dois grupos e os usuários foram decisivas para a formação em serviço que esses profissionais tiveram. Assim, entender e praticar a RD passa por acolher e ser acolhido, bem como o próprio acolher é uma forma de RD. Essas duas noções sempre se retroalimentando.

Em 2003, a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, conforme citamos, já previa que a RD era uma forma de viabilizar o acolhimento nos serviços de saúde. Contudo, esse estudo evidencia que o inverso também é válido.

10 O GRUPO DE REDUÇÃO DE DANOS: UMA POTÊNCIA PARA A CONSOLIDAÇÃO DA REDUÇÃO DE DANOS NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS

O Grupo de Redução de Danos apareceu inúmeras vezes nos discursos dos atores como o *locus* para a consolidação da RD dentro do cotidiano de trabalho do CAPS AD. Este funcionava uma vez por semana, sempre no mesmo dia, com duração de 1h e 30min, sendo um grupo aberto. Isso significa que qualquer pessoa que frequentasse o CAPS, incluindo os familiares, poderia participar do mesmo. O grupo era facilitado por dois profissionais de saúde e tinha ainda o apoio de uma professora de uma universidade parceira, também profissional de saúde. Existiam regras do grupo que foram criadas e acordadas em conjunto pelos participantes e facilitadores e, sempre ao início do grupo, elas eram lembradas.

Ele funcionava passando por algumas etapas. Primeiramente, eram lembradas as regras pelos participantes. Em um segundo momento passava-se à discussão do conceito de RD, na qual aqueles que se sentissem à vontade falavam sobre a sua compreensão acerca do tema. Essa etapa era seguida de uma breve meditação guiada por um dos facilitadores e depois culminava numa discussão que o grupo elegia, a partir de um mote que era sugerido por um

participante e que era acolhido pelos outros. Quando havia sugestão de mais de um mote, eles decidiam democraticamente sobre o que seria discutido no grupo.

Um dos facilitadores explicou que se tratava de um grupo operativo. Segundo ele, era um grupo para as pessoas se alinharem a essa estratégia de cuidado e compartilhar experiências. Era operativo, pois lançavam ideias que eram compartilhadas.

Segundo Pichon-Rivière (2005), o grupo operativo é uma técnica grupal centrada na tarefa, numa práxis concreta centrada no “aqui e agora”. No sentido psicoterapêutico, está voltado para a mudança de estruturas psicológicas estereotipadas. Nele, a comunicação, a aprendizagem e a resolução de tarefas coincidem com a “cura”, o que leva a criação de um novo esquema referencial. Nas palavras do autor, os grupos operativos

são constituídos por uma observação sistemática que se realiza juntamente com a análise das operações da mente em sua inter-relação social e no seu contínuo intercâmbio com o mundo externo – observação e análise que se centram, ambas, na tarefa. Sobre o fundamento de uma psicopatologia grupal, propomos uma psicoterapia pelo grupo centrada na tarefa, juntamente com a análise sistemática das dificuldades na tarefa, seja essa tarefa de aprendizagem, de cura, de criação, etc. O grupo é o agente da cura, e o terapeuta reflete e devolve as imagens dessa estrutura em contínuo movimento, encarnando, além disso, as finalidades do grupo (PICHON-RIVIÈRE, 2005, p. 116).

Nessa perspectiva operativa, a cooperação e a interação entre os participantes são valorizadas como parte importante do processo de “cura” ou de mudança de comportamentos, esquemas ou estruturas psíquicas. Essa técnica foi adotada em outros campos além da psicologia e psiquiatria, de onde provém, sendo utilizada em processos de aprendizagem, tornando-se um instrumento com alcances mais amplos que o propósito para a qual foi inicialmente desenvolvida, como uma técnica para tratamento de psicopatologias. Vimos que essa característica operativa proposta pelo autor de fato permeava toda a lógica desse grupo nos processos de aprendizagem de RD e no cuidado que ele promovia dentro da estratégia, o qual o autor se refere como “cura” ou mudança de esquemas psíquicos.

Como vimos, muitos dos profissionais entrevistados fizeram narrativas acerca de como conheceram a RD a partir desse grupo quando era facilitado pelo Psiquiatra Referência, quando chegaram ao CAPS. Colocaram que a partir do grupo e do contato com o psiquiatra, essa mudança de concepção sobre a RD e o uso de drogas foi possível, dando outra roupagem a possíveis visões preconceituosas negativas que traziam consigo. Essa nova referência, eles tiveram oportunidade de construir a partir da observação da facilitação do grupo, que inicialmente era feita pelo psiquiatra, e pela observação das práticas grupais, além de que o posicionamento desse ator frente as questões de RD, lhes instigou a buscar informações e

despertou, em vários deles, interesse em outras práticas da estratégia. Na narrativa a seguir um profissional da medicina relatou a importância do trabalho dentro desse grupo:

Redução de danos eu conheci quando eu fui trabalhar no Bairro 2, quando eu comecei no Bairro 2, no CAPS de lá com o Psiquiatra Referência. [...] É, foi a partir dele. Porque existia reunião de grupos e [...] eu chegava lá aí ficava... E eu, eu achava que eu tinha que tomar parte, ficava parte de toda a situação. Já que ninguém me chamava, né? A coordenação ou psicólogo. Eu ficava ali só como médico. Rapaz, se eu tô num ambiente onde eu vou trabalhar com aquelas pessoas, eu tenho que conhecer aquelas pessoas. São pessoas. Não são... não é um paciente que vem com uma gripe e vai pra casa e passa um ano sem vim. São pacientes que tão quase todo dia lá. E todo dia eu tô... o paciente vai lá pegar um remédio e tudo e eu tenho que conhecer como é que funciona esse sistema. Então eu comecei “oh Psiquiatra Referência, eu quero participar de grupo, certo?”. Não como médico. Participar como se eu fosse um usuário, preu conhecer como é que funciona, se isso realmente é... é... funciona [...] Aí eu comecei a participar, ficava conversando com as psicólogas e tudo, fui entrando e... eu cheguei à conclusão até hoje desses grupos que eu vi com o Psiquiatra Referência, com esse pessoal, que ali onde era o que saía de melhor para esses usuários (PS).

Segundo esse ator, que por sua profissão trazia consigo uma linha discursiva baseada na biomedicina e na cura da doença – a qual pudemos perceber no diálogo – vemos uma mudança extremamente importante, fundamental para o entendimento de como a RD se apresenta dentro das práticas da medicina. Ele compreendeu a importância das práticas grupais a partir do trabalho com seu colega de profissão, reconhecendo a potência que o grupo representava para o serviço. Só conseguiu fazer isto saindo do seu local de poder e se colocando apenas como pessoa diante daquelas outras pessoas no grupo. Isso é evidenciado quando ele diz que participou como se fosse um usuário, para aprender com eles. Em seu entendimento, ele acreditava que as pessoas nos seus atendimentos não lhe contavam tudo o que sentiam por irem ao serviço em busca apenas de medicamentos. Participar do grupo foi uma forma de compreender as necessidades e a linguagem dos usuários, como ele apontou que era necessário “conhecer aquelas pessoas”. A potência formativa desse grupo é evidenciada na fala desse profissional. Esse ator, na sua compreensão, não trabalhava conforme a estratégia de RD, que ele entendia como sendo uma prática clínica que ele viu o Psiquiatra Referência aplicar. Entretanto, ao ter se colocado previamente como usuário e aprendido com eles, o médico, em sua prática, passou a tentar sensibilizar os usuários para as suas necessidades humanas, aplicando em sua clínica o que aprendeu nos grupos e de forma indireta, em nossa visão, acabava trabalhando sob a perspectiva da RD. Com essa experiência do grupo e a observação da prática clínica do Psiquiatra Referência, ele contou que acreditava muito na RD:

Tem um cara aqui, o maior exemplo de redução de danos que eu vi que o Psiquiatra Referência fez, é espetacular. Esse cara ele, ele bebia com a mulher, tomava 14 litros

de cerveja, mas ele queria comer o caranguejo dele e queria tomar cerveja todo sábado. Ele era alcoolista, assim, de um dia. Só que quando ele chegava em casa quebrava tudo. Batia na mulher e quebrava tudo. E ele tava há muito tempo aqui. Ele fala alto, tem problema de surdez. O pessoal pensa que ele é nervoso, é não. É porque ele é surdo. Eu não sei se fui eu que descobri. O cara fala tão alto, todo mundo reclamando. Não, ele fala assim porque ele é surdo! [...] Aí ele foi, botou o aparelho e tudo, começou a falar baixo (*rindo*). Mas ele... o Psiquiatra Referência fez um trabalho com ele, o seguinte: “Não, você vai beber... você não vai parar de beber.”. Que redução de danos, cê não para. Não é assim. Cê não diz pro cara “Vai parar!”. E também eu não acredito nesse negócio de parar de vez, ninguém para. Aí ele... fizeram um acordo, ele ia com a mulher. Na hora que a mulher fazia... pisca o olho, fazia um sinal pra ele, ele parava e iam pra casa. Aí foi... demorou, mas conseguiu fazer isso. Eu acredito muito na redução de danos, eu digo que ninguém para uma vez [...] é o melhor tratamento ainda é esse. Eu sou... eu digo que não tive vontade de parar de fumar, eu tive que procurar ajuda pra parar. Tentei parar sozinho, não consegui (PS).

Nessa passagem o profissional indica a compreensão da necessidade da pessoa e do entendimento que é a RD pode ser uma prática clínica que traz resultados, sendo, para esse sujeito, o melhor tipo tratamento. Ele trouxe, ainda, a sua própria história de vida para compreensão da condição do outro, nessa coconstrução do cuidado e do encontro com a humanidade, que tanto o acolhimento dentro da PNH preconiza como a noção ampliada de RD.

Os profissionais facilitadores do grupo também pontuaram a efetividade da estratégia, além de reconhecerem o papel do mesmo para a construção e disseminação do conceito de RD entre os usuários, em um sentido amplo e multifacetado, em que cada um é livre para escolher a sua forma de reduzir os danos do seu uso, dando autonomia ao sujeito no seu tratamento. Sobre isso, um dos facilitadores disse:

Mas aí, quando eu entrei aqui nesse CAPS, que eu comecei a vivenciar um grupo de redução de danos e tive uma pessoa de referência, que foi o Psiquiatra Referência, aí que eu fui vendo a dimensão maior disso. E, principalmente, quando eu escuto, né, dos usuários veteranos do serviço e veteranos desse grupo, que atualmente tá vindo poucos. Poucos estão vindo, infelizmente, dos veteranos, mas que eles já tinham conceitos construídos por eles, né? Dentro desse grupo. Então assim, a redução de danos, pra mim, tem a ver com qualidade de vida. Como você pode tá conduzindo a sua vida, mesmo que pra isso você precise usar alguma substância, né? Partindo de quê? Da consideração de que nem todo mundo consegue, infelizmente. Ou não quer. Tem gente que não quer. Mas aí como é que essas pessoas, mesmo sem querer deixar de usar ou não conseguindo, poderiam ter uma qualidade de vida, ou levar uma vida de modo que diminuísse os prejuízos? E foi a partir da minha inserção nesse grupo, vendo como eles fazem, foi que isso foi se construindo nisso. Se você me perguntar se eu tenho um conceito de redução de danos, eu não tenho. Até porque eu já andei, nas pesquisas que eu faço, que eu fico lendo sobre isso, eu já tô percebendo, né, que alguns autores já estão que não se tem um conceito fixo, é uma coisa em construção, devido ter inúmeras possibilidades em relação a redução de danos. Mas o que eu acho mais bacana e importante, é justamente isso. É justamente o fato de que a redução de danos, ela é democrática, ela consegue alcançar todos os perfis de pessoas que tão envolvidas com o uso de drogas, né? Porque ela não foca na abstinência total. Que quando a gente trabalha só com esse foco, a gente acaba excluindo algumas pessoas que, como eu falei, não querem deixar de usar drogas ou não conseguem, por uma série de motivos. E assim, pra mim é bem gratificante, né, trabalhar sob essa abordagem, eu consigo ter uma compreensão sobre isso. Claro que às vezes a gente

acaba, eu digo, eu percebo isso no grupo, porque eu me autoavalio depois, eu percebo que, às vezes a gente até direciona algumas coisas assim. Tipo dando recomendações, fazendo “Faça assim, faça assim.”, né? Quando, na verdade, eles é quem devem ter de tá gerindo a vida e a gente tá ali só facilitando em algum momento. Mas eu procuro fazer uma autoavaliação disso e fazer de uma outra forma, né? (FACILITADOR 1)

Nesse relato, o facilitador reconhece a RD como um conceito amplo, difícil de ser fechado, ainda em construção. Entretanto, ele ressalta a importância de escutar as necessidades dos usuários para a criação dessa noção. Ele coloca, ainda, a RD como incluyente e diz que o cuidado voltado para a abstinência exclui uma parcela de usuários que poderiam ser cuidados. É evidenciado em seu discurso que ele acreditava na RD como essa forma de cuidar, assim como o profissional que citamos anteriormente. É algo que foi construído nesse coletivo com os usuários. A questão da hierarquia aparece novamente, assim como na fala do médico. O direcionamento do cuidado, muito comum na atenção à saúde, especialmente a voltada para o modelo biomédico, era algo que lhe incomodava e que ele tentava romper, com certa dificuldade, uma vez que a RD convida a essa inversão da lógica em que o usuário é sujeito protagonista do seu processo de cuidado.

Essa fala pode nos fazer refletir sobre até que ponto a sugestão é cabível nessas práticas de saúde, especialmente a relacionadas ao uso de substâncias, assim como o profissional relata. Compreendemos que o cuidado se dá na relação (BOFF, 1999; AYRES, 2004) e por vezes os sujeitos demandam esse saber sugestivo dos profissionais em seu tratamento, especialmente em RD, o que ficou bastante claro nessa investigação, especialmente em relação àqueles que não participavam das atividades grupais, estando no serviço apenas para as consultas individuais, em que os profissionais por vezes adotavam uma postura de aconselhamento. Para tentar responder esse tipo de questionamento provavelmente teríamos que recorrer aos usuários, mas podemos refletir até que ponto uma certa medida de sugestão, diante de uma necessidade advinda do usuário pode ser válida levando em consideração o aspecto relacional das tecnologias leves. Essa reflexão parte do entendimento de que muitos usuários não tiveram acesso à lógica da RD antes de chegarem ao serviço, inclusive reproduzindo, em muitos momentos, discursos proibicionistas, como os de grupos anônimos que porventura tenham participado anteriormente, dentro dos quais se viam como adictos ou doentes, tendo que lutar constantemente contra a droga como se fosse uma entidade. Conforme mencionamos, as práticas formativas em saúde tem uma característica de transformação da realidade e das próprias práticas de saúde em si. Esse saber sugestivo precisa ser questionado, especialmente, quando são verticais, vindas do profissional para o usuário. Todavia, essa sensibilização sugestiva realizada pelos profissionais, que foi observada no equipamento, mais tinha a ver com

processos educativos em saúde, nesse caso, de uma educação em saúde voltada para essa tecnologia de cuidado da RD e menos com um saber autoritário que parte dos profissionais, salvo raras exceções. O que se destacou, de fato, foi que a relação entre profissional-usuário era o que ditava muitas vezes esse interferir dos profissionais, que a nosso ver, pode ser também um caminho de RD.

Outros grupos, além do Grupo de Redução de Danos, bem como outras atividades individuais, mostraram-se potentes em relação à maneira que o usuário olhava para si mesmo, podendo a RD inclusive ser vista como um dispositivo de subjetivação, o que ficou bastante evidente no grupo. O relato de um usuário, descrito no diário de campo contempla essa percepção:

[...] eu vi um usuário conversando no corredor com uma estudante que estava participando de um grupo com ele. Ele disse a ela “Eu gosto daqui porque aqui as pessoas querem saber de mim. Não é que nem lá fora. As pessoas vêm atrás de mim pra fazer coisa errada, pra me chamar pra vender droga, pra botar droga, pra roubar. Aqui as pessoas se interessam pelo que eu sou, não as coisas que eu fiz. Por isso eu comecei a vir pra cá” (DIÁRIO DE CAMPO).

O segundo facilitador pontuou que percebeu mudanças nos discursos dos usuários, que transformaram também suas atitudes, a partir do que aprenderam no grupo com os outros. Ele ainda compreendia que existiam várias facetas e vieses da RD, também tentando intervir o menos possível para que os usuários tivessem protagonismo:

Eu vejo que as pessoas que tão lá os discursos são muito diferentes, já de quando eu entrei. Eu vejo pessoas que quando eu entrei não estavam e começaram a participar e é notável assim, notável a mudança no discurso. [...] Por exemplo, um discurso que a gente escutou ontem no grupo “Aí eu quando usava substância eu passava quatro dias fora de casa e quando eu voltava era aquela, aquela coisa em casa. E hoje eu experimentei fazer outro caminho. Não vou... eu vou usar a substância, mas ao invés de ir pra casa, eu venho pro CAPS. Minha família vem até o CAPS e me pega aqui no CAPS e, sei lá, de repente tem a oportunidade de conversar com algum profissional...”. Eu entendo isso claramente como uma redução de danos. Uma das facetas, das várias facetas da redução de danos, assim. [...] De que cada um... eu entendo, tanto que eu pergunto a ele “como é que você define a redução de danos?”, então eu, na realidade eu dei a minha definição, mas de repente, a pessoa que fez esse discurso que eu acabei de citar já entende a redução de danos como outra coisa, né, assim “Eu usava dez dias, eu só usei quatro”. É... “Eu usava e voltava pra casa, é... e hoje eu de... resolvi vir ao CAPS pra poder a minha família...”, isso já é como eu entendo como ele entende a redução de danos, mas também tem a questão de como às vezes tem gente no grupo e não sabe o quê que é a redução de danos, eu coloco pra eles dizerem e a pessoa ir meio que formulando, né? Porque não é uma... não é um grupo que, que é uma aula, digamos assim. É uma... cada pessoa vai entendendo seu conceito e ela, por exemplo, a menina que perguntou “o que é redução de danos, que eu não sei direito?”, aí depois de todas as pessoas terem falado eu perguntei mais ou menos o que ela achava. Eu lembro que ela até falou... eu: “você entendeu?”, e ela “Entendi, mais ou menos. É como se fosse isso?”. “Também, é, pode ser.”. Entendeu? Então a partir disso a própria pessoa vai formando o conceito de como é que ela acha

que pode ser a redução de danos nela. Também tem isso aí. Esse viés.
(FACILITADOR 2)

Além dos relatos dos profissionais, pude acompanhar seis semanas do Grupo de Redução de Danos e apreender o papel dele dentro da lógica de cuidado do serviço, sendo um espaço de potencialização da autonomia dos usuários sobre seus tratamentos e suas próprias vidas. Era um lugar em que eles, com a facilitação dos profissionais, construíam diariamente as noções e as microestratégias de RD para si. Os dois profissionais responsáveis pela facilitação do grupo enfatizaram a importância da construção coletiva do mesmo a partir do Psiquiatra Referência e dos usuários que frequentavam o CAPS há alguns anos (os veteranos). O fortalecimento grupal foi tão importante para os usuários, que muitos deles permaneciam no grupo por anos, mesmo estando em abstinência, por entendê-lo como um espaço de cuidado e de fortalecimento pessoal.

Paulo Freire (2012), em sua *Pedagogia do Oprimido* lança a ideia da educação libertadora, onde o conhecimento é construído em diálogo horizontal entre educador e educando, opondo-se radicalmente ao que chamou de “educação bancária”, onde os conteúdos são “depositados” nos educandos pelos educadores como se fossem apenas receptáculos, não dando espaço para a ação e reflexão. A educação libertadora, para o autor, é humanista e humanizante, focada no sujeito, retirando o poder do educador dominador e deslocando-o para o educando em um processo dialógico. Para ele, nessa perspectiva ninguém liberta ninguém, ninguém se liberta sozinho, mas que todos se libertam em comunhão no mundo, pois assim é construída uma educação transformadora, no diálogo, na práxis e na crítica reflexiva desta. Essa noção freiriana paira no campo da saúde, por meio da educação popular em saúde e para além desta, inserida nos processos de corresponsabilização do cuidado em saúde. Elucidamos: ao longo das observações, percebemos que o grupo tinha uma espécie de lema, a saber: “liberdade com responsabilidade”, que era constantemente repetido no grupo, sobretudo no momento de construção do(s) conceito(s) de RD pelos usuários. Esse processo de construção de concepções no coletivo configurava-se como um processo educativo e transformador, indo ao encontro do pensamento freireano. A ideia de liberdade responsável remete a essa noção da tomada de consciência no coletivo pelo pensamento crítico, na construção do conhecimento de forma problematizadora, dialógica, que fortalece a autonomia do sujeito que antes era oprimido pelo poder dominante. Dessa maneira é que a RD, conforme o movimento social lhe constituiu, torna-se horizontal, especialmente no campo da assistência à saúde, quando o saber/poder é

deslocado do profissional de saúde para o usuário do serviço em um processo que ocorre dialogicamente.

O cuidado, nessa perspectiva, nunca parte de um conhecimento técnico que vem de cima pra baixo, dos profissionais para os usuários, mas ao contrário, que vem dos usuários para os profissionais, criando relações as mais horizontais possíveis, tornando o usuário protagonista da sua própria vida, uma vez que em lógicas tradicionais biomédicas ele era apenas tido como um paciente, no sentido mais intrínseco da palavra, que assistia passivamente as estratégias de cuidado utilizadas por terceiros no seu tratamento.

Exemplo deste deslocamento é a forma como as regras do grupo eram articuladas. Havia um conjunto de regras quando comecei a observação do grupo. Algumas delas eram: passando de quinze minutos de atraso não poderiam mais participar do grupo; não poder entrar ou sair ninguém durante o momento da meditação; desligar o celular ou colocá-lo no silencioso; respeitar a fala do outro. Houve um momento em que um dos usuários criticou a regra de não poder entrar atrasado. Afirmou não concordar com ela, pois se a pessoa tinha feito um esforço de ir ao CAPS para o grupo, mesmo que ela chegasse faltando quinze minutos para acabar, aquilo já se configurava em uma prática de RD. Eles debateram a esse respeito e outros usuários concordaram com o primeiro. Ao final, eles decidiram que as portas estariam sempre abertas para quem chegasse a qualquer momento do grupo, exceto no momento de meditação. A pessoa que chegasse nesse momento deveria esperar a atividade terminar para entrar. Essa regra foi acordada entre os participantes e os facilitadores e passou a ser seguida no encontro seguinte do grupo.

Apesar de a facilitação dos profissionais ser voltada para a horizontalidade das relações e colocar os usuários do serviço sempre como protagonistas, eles tinham um papel crucial na manutenção das noções criadas pelo grupo. Um dos exemplos disso eram os registros feitos por um dos facilitadores ou a profissional de apoio e sempre lidos ao final do grupo, sendo um resumo do que aconteceu e do que foi dito e trabalhado ali. Dessa maneira, era uma forma de eles consolidarem os seus conceitos e perceberem as diferenças de posicionamento que poderiam ter acerca da RD, promovendo sempre o respeito à diversidade. O trecho seguinte do diário de campo é ilustrativo. Nele, durante o grupo, eles acolhiam a fala de uma pessoa que pedia ajuda – o que era comum de acontecer na parte final do grupo, além dos motes sugeridos – e cada um falava de sua experiência para tentar auxiliá-la. Uma das pessoas criticou o fato de no grupo as pessoas sempre citarem a religião, como se fosse algo recorrente. Para essa pessoa isso não fazia sentido, mas é sabido que por conta da disseminação de alguns modelos

proibicionistas ligados à religião, essa temática era sempre presente no contexto do tratamento do uso de drogas. Essa pessoa sentiu-se à vontade para criticar a fala de um colega que lhe incomodou:

Uma pessoa pediu para partilhar um problema, pois precisava de ajuda. Foi escutada pelos outros. Não sabia o que fazia. Já havia passado por 14 internações. Algumas pessoas lhe deram sugestões. Foi lançada a pergunta: “Como cada um faz para se controlar?”. As pessoas falaram das suas experiências. Conforme as falas emergiam, o facilitador fazia pontuações. Uma delas foi: “Não cabe a nenhum de nós tá julgando o que cada um de nós faz para conseguir seus objetivos.”. Uma usuária pediu a fala, desculpando-se. Criticou a religião, que era muito comentada por eles. Eles passaram a discutir estratégias de manejo da ansiedade e, posteriormente, a conduta clínica do médico clínico geral e da psiquiatria. A espiritualidade foi pontuada pelo facilitador, colocando-a para além da religião cristã e a importância do respeito às crenças. Em algum momento ele colocou ainda que “Cada um sabe o que é melhor pra si.”. Após esse momento, eles escutaram um desabafo de uma mulher que falava que o marido roubava as coisas de casa. Posteriormente, o mesmo facilitador fez um momento de educação sobre a redução de danos. Afirmou que “a gente não pode generalizar para os outros a partir das nossas próprias experiências.”. Ele enfatizou que a abstinência não era o único caminho. Com isso, um usuário compartilhou: “Eu já vi gente recuperada dentro da redução de danos. Totalmente diferente.” (DIÁRIO DE CAMPO).

Percebemos que sempre que o diálogo entre os participantes do grupo tomava um caminho de um “deve” normativo, com um caráter obrigatório, seja para o fazer ou para o não fazer, que é comum nas abordagens proibicionistas, o facilitador tomava as rédeas em uma forma de lembrar os princípios da RD, sempre pontuando fato desta ter o foco no sujeito individual, que é livre para escolher a sua forma de lidar com o seu uso e seu processo de cuidado, além de que o caráter estratégico da RD fica evidenciado, uma vez que cada um é senhor da sua vida e pode criar as próprias maneiras de lidar com o uso problemático de substâncias, se assim o for.

Enfatizamos a noção de “recuperação” que o participante colocou. Essa ideia é muito comum para designar um processo pelo qual passam as pessoas que estão em abstinência de uma substância psicoativa, utilizando diversas estratégias, sendo um termo especialmente adotado pelos grupos anônimos. Nestes, a pessoa usuária de narcóticos que está em tratamento é um “adicto em recuperação”. O adicto pode passar grande parte da vida em recuperação. Para algumas pessoas é um processo que dura a vida toda. Elas estarão recuperadas após um despertar espiritual com Deus, passando a levar a mensagem de recuperação a outros adictos que ainda sofrem (NARCÓTICOS ANÔNIMOS, 1996). No caso do relato do usuário do CAPS, ele disse que viu pessoas “recuperadas”. Há sobretudo um deslocamento de visão daquele que está “sempre doente”, que uma lógica proibicionista pode trazer, para a pessoa recuperada pela abordagem da RD. Embora a noção de cura se afaste do que a RD compreende como objetivo

da assistência, esta ideia aparece no discurso desse sujeito no sentido de mudança de padrão de comportamento, de transformação. Podemos pensar, com isso, que o cuidado pode ser catalizador de mudanças na vida dessas pessoas.

Com tudo que trouxemos nesse capítulo, reforçamos a ideia de que a RD é, de fato, uma estratégia para o cuidado ou uma tecnologia de cuidado, como pontuamos, que tem como objetivo essencial a própria vida. No grupo, as pessoas constroem-se enquanto sujeitos, seres vivos, que buscam melhorar suas vidas e viverem melhor usando ou não substâncias psicoativas.

11 A REDUÇÃO DE DANOS E A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: ENTRE ESTRATÉGIA DE GESTÃO E DE ATENÇÃO

Com esse capítulo pretendemos discutir como a RD dentro da sua característica estratégica está inserida dentro da RAPS do Município de Fortaleza na visão dos entrevistados e o por meio da observação do serviço, uma vez que a própria lógica da RD como essa tecnologia de cuidado no campo da atenção aos usuários de substâncias psicoativas diz respeito ao cuidado dentro da comunidade, compreendendo o sujeito em sua integralidade, sendo este um princípio do SUS também aplicado à noção de redes de atenção à saúde dentro do sistema, incluindo a RAPS.

A portaria nº 3.088, do MS, que criou a RAPS trazia como componentes da rede, além dos CAPSs, em sua modalidade Geral, AD e infanto-juvenil (nos tipos I, II e III, a depender da população assistida), as unidades básicas de saúde (incluindo-se as equipes de atenção básica para populações específicas, como as equipes de Consultório de Rua e a equipe de apoio aos componentes da Atenção Residencial de Caráter Transitório); os centros de convivência; atenção a urgência e emergência na figura do SAMU 192, das salas de estabilização, UPA 24h, portas hospitalares de atenção a urgência/pronto socorro; atenção residencial de caráter transitório, incluindo-se as unidades de recolhimento (hoje acolhimento) e os serviços de atenção em regime residencial (incluem-se nessas categorias as comunidades terapêuticas); a atenção hospitalar, formada pelas enfermarias especializadas em hospital geral e o serviço hospitalar de referência aos CAPS; e os serviços residenciais terapêuticos. A portaria nº 3.588, de 2017, que altera as Portarias de consolidação nº 3 e nº 6, de 2017, de forma controversa, ainda retorna à RAPS os hospitais psiquiátricos. Insere também à rede o hospital-dia, ambulatório especializado em saúde mental, além de criar um novo tipo de CAPS, o CAPS AD

tipo IV, que é uma unidade 24h, em cidades com mais de 500 mil habitantes, capacitada para atender urgências e emergências e para atuar nas cenas de uso de álcool, crack e outras drogas.

Para entendermos melhor como a RD está relacionada de forma estratégica à rede, precisamos discutir um pouco do conceito de rede, que perpassa toda construção metodológica da nossa pesquisa.

Amaral (2013), entendeu “rede” como um conceito que permeia inúmeras disciplinas como princípio organizativo, explicativo, constitutivo ou analítico, sendo assim um *transconceito*. A noção de transconceito é útil para a nossa análise, uma vez que a RD foi apontada pelos entrevistados frequentemente em sua *transversalidade* característica, permeando todos os princípios que orientavam as práticas do serviço, sendo estas sempre conectadas à rede maior, inicialmente à Psicossocial, depois à Rede de Saúde como um todo e ao SUS. A própria noção de rede, como aponta o autor, traz consigo os aspectos de ligação, articulação, associação, interdependência e conjunto. Dessa mesma forma, podemos pensar a própria noção de “sistema” como algo que é constituído por redes interconectadas. Assim se pretende o SUS.

Tanto o é, que a Portaria 4.279, que estabeleceu diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde, em 2010 colocou que a “Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010, p. s/n).

Portanto, a RD pode ser entendida como um dos aspectos estratégicos dos arranjos organizativos da RAPS, especialmente voltada à assistência das pessoas usuárias de álcool e outras drogas. Em sua essência, a RD tem dentro de si essa noção de cuidado integral, quando aplicada ao âmbito da saúde. Com esse entendimento, a investigação buscou a relação entre a RD e a rede, sobretudo no diálogo com a gestão. Embora não tenhamos encontrados documentos que versassem sobre isso nas esferas de gestão municipal ou estadual, o cenário da pesquisa nos propiciou várias reflexões. Percebemos no campo que o diálogo em rede era sempre algo buscado pela gestão local deste CAPS AD e, conseqüentemente, pelos profissionais, que também tinham papel de articuladores.

Vimos, até aqui, discutindo a aproximação da RD à política de humanização por meio do acolhimento, ambos como dispositivos estratégicos dentro do CAPS AD. Podemos entender que estes se ampliam para a rede, na própria noção intrínseca ao dispositivo, conforme discutimos. A PNH, sendo aplicada a uma esfera de gestão, defende a possibilidade de os

trabalhadores colocarem-se de forma ativa nos seus processos de trabalho, no planejamento das atividades, elaborando as condutas, participando dos processos de gestão e avaliação do trabalho, como copartícipes (BRASIL, 2016). Os profissionais de saúde tornam-se, então, cogestores, sendo planejadores e os executores da política ao mesmo tempo. Uma gestão que pensa a RD como princípio norteador precisa levar em consideração todos os envolvidos na assistência, incluindo ainda os usuários, familiares e comunidade.

Dessa forma, durante a pesquisa percebemos a importância do trabalho em rede para esse equipamento, sendo o diálogo com os outros pontos da rede articulado pelos profissionais que realizavam as atividades institucionais de acolhimento, prioritariamente. Além disso, os casos mais complexos eram coordenados pela gestão e grupos de trabalho eram montados para esse fim. O relato do diário de campo mostra como a articulação acontecia:

Enquanto esperava, eu presenciei uma discussão acerca de um caso que a rede tinha incluído o CAPS AD. A Célula de Saúde Mental tinha pedido suporte para um caso de um hospital de grande porte, pela dificuldade do manejo de uma mãe que queria internar o filho. Ela já havia tentado deixá-lo numa unidade de acolhimento durante a noite. Não conseguindo, levou-o a esse hospital, que entendeu o caso como ambulatorial, mas o vínculo fragilizado fazia com que ela não quisesse responsabilizar-se por ele. A equipe (dois profissionais do serviço social e um da psicologia) discutiam o caso. Tinham estudado seu prontuário e a coordenadora pontuava que essa mãe necessitava de “cuidado” (DIÁRIO DE CAMPO).

O acompanhamento desse caso ficou a cargo da equipe responsável, que tomou a frente dessa articulação, dando os encaminhamentos necessários. Nesse caso, a sensibilidade dos envolvidos em olhar também a familiar do “paciente” propriamente dito nos mostra que essa equipe levava em consideração o trabalho em rede, olhando várias dimensões desse adoecer. Nesse caso a equipe identificou que os vínculos familiares tinham que ser melhor trabalhados e debruçou-se sobre isso.

Embora existisse essa articulação com a rede nesse equipamento, muitos profissionais colocaram a dificuldade de comunicação dentro da rede, e que cada um “ficava no seu quadrado”. Uma profissional colocou que, às vezes, alterações simples, como a atualização dos telefones e endereços das unidades básicas não eram feitas, que fazia com que os usuários fossem a sítios errados dentro do território e retornarem ao CAPS. Um profissional, inclusive, salientou a dificuldade que a violência trazia para esse trabalho em rede, uma vez que por conta do domínio de facções criminosas, os usuários não podiam frequentar o território onde estaria a sua unidade básica de referência, ou mesmo tinham que deixar de frequentar o CAPS, quando o equipamento mudava de localidade, dificultando o cuidado integral. Ademais, alguns pontos da rede, talvez por não se adaptarem às demandas do mundo atual (por conta dos problemas

territoriais que alguns usuários enfrentam), por vezes não atendiam aos usuários que pertenciam a outra área que não fosse a de abrangência da unidade, dificultando o acesso à assistência.

Percebemos, com os dois meses de observação nesse CAPS AD, que a falta de médicos fazia com que a coordenadora do serviço articulasse constantemente com a rede alguns atendimentos para o equipamento e, por vezes, o serviço recebia médicos de outras unidades. Isso causava um desgaste visível tanto na gestão local, quanto nos profissionais de saúde, que se frustravam com a falta de resolutividade das ações, o que trazia em vários momentos muita hostilidade por partes dos usuários aos profissionais, sendo muito prejudicial aos vínculos ali estabelecidos.

Muitos profissionais de saúde reconheciam que a gestão local ficava de mãos atadas em relação à questão dos profissionais e mesmo da estrutura. Seguem alguns relatos nesse sentido:

A coordenação é que tenta organizar, né? Tenta organizar essas práticas. Mas assim, eu até entendo, porque a coordenadora também fica de mão atadas, por conta do espaço, né? [...] Aí tinha que ter um educador físico. Sim, vamos ver o local. Não tem local. Vamos ver aqui uma sala pra gente fazer meditação, fazer uma coisa, não tem. Então assim, a própria gestão também, eu acho, também fica um pouco desestimulada ou então enfraquecida por conta do espaço, da estrutura e dos equipamentos também, né? (ROSA, PS)

Mas tem uma coisa que é maior que os profissionais, que é exatamente, partindo de um nível um pouco maior, de uma gestão maior. De eu não saber o quê que acontece que o serviço ele não, ele não se desenrola tanto. Como eu venho te falando desde começo, quando a gente começou a conversar, né? Nós sofremos várias baixas, tá entendendo? De profissionais e isso tão somente por culpa da gestão. Somente por conta de gestão, dessa gestão maior a nível de Secretaria, né? Nós sofremos várias baixas. Então hoje eu vejo, eu não sei, sinceramente eu não sei te dizer o que é que acontece. Não sei se é falta de recurso, se é negligência, não sei. Não tenho uma explicação plausível pra isso, mas passando de um nível hierárquico maior, né? No caso que é esse da Secretaria, passando pra gestão do serviço. É... claro que, que, que por conta dessa gestão maior não estar em consonância, digamos assim, com a necessidade do serviço, o serviço ele acaba não funcionando tão bem. E eu vejo que não é nem cul... responsabilidade, digamos assim, da coordenadora que tá aqui mais com a gente, é... algumas coisas no serviço não funcionarem, tá entendendo? Que eu vejo realmente que não depende dela, mas as coisas que estão ao nosso alcance, eu vejo que elas funcionam relativamente bem, pra o que a gente tem, tá entendendo? Claro que deveria funcionar muito melhor e que a necessidade dos nossos usuários é muito maior do que a gente tem pra oferecer aqui hoje (MIGUEL, PS).

Para muitos profissionais a questão de como a RD acontecia, e se acontecia, estava relacionada diretamente à gestão. Muitos deles colocaram essas dificuldades relacionadas à gestão maior como um empecilho à RD, pois não havia, em muitas ocasiões, estrutura para que a estratégia funcionasse no que se propunha, mesmo que estivesse presente no CAPS AD como princípio. O relato de Miguel retrata esse sentimento expresso também por outros colegas:

Como, como por exemplo, a gente vem... eu te falei que a gente se mudou pra cá e as pessoas que ficam ali mais naquela cena de uso começam a frequentar. Então Raquel, eles trazem muitas necessidades, tá entendendo? Às vezes, é como eu te falei, o cara não quer: “Eu não quero médico, eu não quero grupo, eu quero só deitar um pouco pra descansar. Então, como eu passei a noite usando crack, então eu quero aqui, quero comer, quero descansar um pouco. Na rua a gente não dorme, não dorme direito.” e, seria ideal que nós tivéssemos alguns leitos, eu acho. Eu entendo que, que não é que fuja da proposta do CAPS, porque dentro da rede nós temos outros equipamentos, exatamente isso que esses usuários tão precisando, mas que por um motivo ou por outro, sei lá, de repente o sujeito não pode ir naquele território que tem o serviço disponível e o que ele encontra é o CAPS, mas a gente não tem isso para oferecer. E é uma coisa que a gente tá sentido agora. Agora, eu digo, de uns dois meses pra cá, mas isso tá se desenhando com mais força agora, tanto que a gente tá tendo alguns problemas com isso. Desde a semana passada que a gente vem fazendo algumas reuniões pra entender como é que a gente pode dar conta dessa demanda que tá chegando e a gente não tem como... não tem como oferecer comida pra todo mundo, a comida é limitada. A gente não tem como oferecer um local de descanso pra essa pessoa. E isso seria redução de danos, tá entendendo? E a gente não pode fazer isso (MIGUEL, PS).

Maria, além de pontuar o problema com a gestão maior, coloca também que por vezes essa gestão local enfraquecida dificultava as ações de RD:

Pronto, nesse aspecto eu vejo um empenho no sentido da formação. De aplicar cursos, de às vezes até, sei lá, de favorecer algumas pequenas atividades, mas que é uma fragilidade, assim... [...] Vamos supor, como é que a gente não... tem um olhar de redução de danos onde faltam profissionais no serviço? Como é que a gestão tem uma visão concreta de redução de danos... por isso que eu digo, existe. Existe conhecimento do que é, existe “Poxa, isso é legal, vamo trabalhar dessa forma.”, por conta do dia-a-dia, porque a redução de danos, ela envolve um mundo, né? Então no dia-a-dia vai havendo essa fragilidade... E vai sendo aquela distância, assim, do que eu acredito, do que eu falo, da forma como eu vou gerindo as coisas. Entende? Como é que eu trabalho redução de danos e não há um profissional de educação física pelo menos dando dois, três tumos? Que... um espaço onde os pacientes possam, de uma certa forma, ter um ambiente de lazer, de jogos, de outras coisas dentro do CAPS? Onde a gente tinha uma massoterapeuta e ela por dificuldades com a própria gestão saiu do serviço. Uma massoterapeuta muito capacitada, com várias ideias, muito criativa e ela não conseguiu desenvolver o trabalho dela aqui dentro, né? Então assim, há uma distância, eu acredito. Há um conhecimento: “Ah não é isso, é por aqui, é por aqui...”, mas às vezes eu acho também que é uma visão muito limitada do que é redução de danos. E no dia-a-dia, na prática de favorecer outras coisas pra que essa redução de danos aconteça, não se favorece a nível de gestão (MARIA, PS).

Embora houvesse o reconhecimento pelos profissionais do esforço da gestão para o trabalho sob a perspectiva da RD, percebemos em algumas falas uma tensão entre a gestão e os profissionais de saúde, no sentido de vínculos frágeis e fragmentação da equipe. Nesse sentido, vários profissionais colocaram que isso causava desmotivação e queda na qualidade do trabalho, gerando sofrimento psíquico nos profissionais.

A esse respeito, um dos entrevistados relatou que o trabalho por vezes era um pouco “solto”, algo que foi expresso muitas vezes pelos profissionais na crítica à comunicação entre

a equipe, que era ruim. É como se, às vezes, a equipe não existisse, mas apenas partes dentro de um todo desconectado. Essa evidência foi respaldada na ausência da reunião de equipe nos dois meses de tentativa de acompanhar a atividade. De fato, outras atividades do serviço e outras demandas da rede, de certa forma, impediam que ela acontecesse. Todavia, não parecia haver esforços entre os envolvidos para que ela ocorresse, embora nos momentos de resolução de casos pontuais a equipe se reunisse, em discussão de algum caso.

A questão da desvalorização profissional pelos baixos salários, os vínculos frágeis pela contratação temporária por Seleção Pública – que era um contrato de um ano, renovável por mais um, que não dava direito a férias – apareceram como fatores desmotivadores da equipe, que acabava por fragilizar o trabalho em rede. Era perceptível em alguns momentos que os profissionais estavam ali dando o seu mínimo e isso era algo que vários deles admitiram. Houve dias em que havia muito poucos profissionais no serviço, sendo que faltas eram recorrentes, denotando essa desmotivação que eles referiram.

A gestão local, por sua vez, atribuía também aos profissionais a fragilidade do trabalho, uma vez que as atividades que eram realizadas no CAPS AD dependiam muito das habilidades que os profissionais traziam consigo. A maioria dos profissionais de saúde entrevistados estava terminando seu segundo ano de contrato e é compreensível que vínculos fragilizados e a descontinuidade da equipe com a constante troca de profissionais e, portanto, descontinuidade das atividades, gerasse desmotivação e enfraquecimento do trabalho. Dessa maneira, pudemos compreender o impacto nas atividades do CAPS AD e na RD que a famigerada fragilidade da RAPS em Fortaleza trazia.

Além dessa debilidade percebida na rede municipal, o cenário parece ser mais complexo no que diz respeito à comunicação com as unidades administradas pela esfera Estadual, como o Hospital Mental de Messejana. Este é um hospital psiquiátrico, sendo o único destino de urgências em psiquiatria da cidade de Fortaleza. Para desintoxicação de substâncias psicoativas todos os CAPS AD da cidade tinham apenas a Santa Casa de Misericórdia como referência por meio de uma central de regulação, além desse hospital. O problema é que não havia regulação pela rede para o Hospital Mental, uma vez que ele se tratava sempre de um serviço portas abertas. O máximo que os CAPS faziam, então, era mandar um encaminhamento para o equipamento, quando se deparavam com uma crise que precisava de cuidado em atenção terciária. Essa falta de comunicação entre as esferas estadual e municipal foi apontado como uma falha na gestão, bem como a comunicação com as CTs, financiadas pelo estado e que fazem parte da RAPS.

Embora a regulação para as CTs pudesse ser feita pelos CAPS AD, quando de interesse dos usuários, por meio do Acolhe Ceará, que à época ficava no Centro de Referência sobre Drogas (CRD), da extinta SPD-CE, não havia comunicação entre essas entidades e os CAPS. E, embora muitos profissionais entendessem a necessidade dos usuários de serem encaminhados a essas instituições, muitas vezes por questões de abrigamento, de ameaças ou por identificação, havia uma crítica a esse tipo de atenção asilar, tanto por alguns profissionais da saúde como pela gestão, que entendiam que essas entidades podiam ser violadoras de direitos.

Essas violações foram apontadas pelo Relatório Nacional de Inspeção das Comunidades Terapêuticas (CFP/MNPCT/PFDC/MPF, 2018). O relatório realizado em conjunto pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT), Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC) e Ministério Público Federal (MPF) constatou que várias dessas instituições tinham caráter asilar, com ausência de recursos para atenção integral aos usuários e a não garantia do direito das pessoas portadoras de transtorno mental, além de violá-los. O relatório aponta, que mesmo que a Lei 10.216 preconize meios menos invasivos e preferencialmente comunitários para a assistência à portadores de transtornos mentais, o pretense tratamento nas instituições se dava em situação de segregação e isolamento, que é justamente o oposto do que prevê o modelo de atenção psicossocial pela lei. O documento coloca ainda que ali se encontravam práticas de anulação de subjetividade, de restrição de privacidade e do contato com o mundo exterior, estabelecendo-se um tratamento extremamente invasivo, além de violar os direitos previstos na lei relacionado às garantias de humanidade e respeito, buscando à recuperação pela inserção na família, trabalho e comunidade, a proteção contra o abuso e a exploração e o livre acesso aos meio de comunicação disponíveis.

Embora dentre as CTs inspecionadas nessa pesquisa nenhuma fosse localizada no estado do Ceará, em 2011, outro relatório do CFP que realizou inspeção nos locais para internação de usuários de drogas a nível nacional, incluindo o Ceará, já apontava violações de direitos em CTs do estado, como internação compulsória nessas instituições, o compartilhamento do mesmo espaço entre adolescentes e adultos, o afastamento do convívio familiar e comunitário, restrição de liberdade, adoção de medidas punitivas e espaço de isolamento para cumprimento de “penas disciplinares” (CFP, 2011).

Um informante da SPD-CE, que deu orientações para a busca de documentos estaduais nas plataformas virtuais públicas do governo, informou que o número dessas entidades

vinculadas ao Estado vem caindo ao longo dos anos pela fiscalização da Secretaria que passou a desvincular as comunidades que não cumpriam as normas para o convênio com o Estado. No próximo capítulo discorreremos um pouco mais sobre essa temática.

Percebemos ao longo das falas dos entrevistados a dificuldade que a rede tinha de articulação, especialmente no que tange a atenção terciária. Praticamente não há leitos em hospitais gerais e a Santa Casa de Misericórdia disponibiliza pouquíssimos leitos para desintoxicação para o tamanho da demanda do município. Na observação percebi que a procura pela desintoxicação era constante. Os usuários buscavam com frequência uma internação e com a ausência de leitos em hospitais muitos deles optavam pela “internação” de longa duração em CT – como muitos usuários se referem, embora seja constantemente referida pelas entidades como “acolhimento” –, sendo este um grande nó da rede. Numa lógica de RD, as necessidades dos usuários sempre devem vir primeiro.

As assembleias de usuários são os dispositivos de controle social dos serviços de saúde para acolher as necessidades e demandas dos usuários, buscando a melhoria dos serviços. Pude presenciar uma delas e uma das grandes reivindicações dos usuários e familiares na ocasião era a necessidade de mais profissionais psicólogos e psiquiatras. Ademais, embora existisse um profissional de saúde e o conselheiro local presente na assembleia, eles reclamaram a presença da gestão, pois acreditavam que as suas demandas só seriam ouvidas com a presença da coordenação nas assembleias. Embora os CAPS trabalhem sob uma perspectiva de cogestão, isso era algo que eles julgavam importante. Eles aproveitaram a assembleia para elogiar o trabalho dos profissionais, mas entendiam que eles estavam em número reduzido e que muitas vezes recebiam informações desencontradas. O conselheiro e o profissional facilitador usaram o espaço para informar aos usuários que o CAPS voltaria a funcionar sendo tipo III (24 horas) e que o concurso público para contratação profissionais de saúde para a área da saúde mental, que ocorreria em breve, deveria suprir algumas de suas demandas.

O fato de o equipamento não estar funcionando em tempo integral era um grande problema do serviço e uma grande demanda dos usuários. Vários profissionais de saúde disseram “não saber” porque este CAPS AD, que deveria funcionar 24 horas para desintoxicação, não estava há meses funcionando da maneira correta, o que eles atribuíam a algo da gestão superior, especialmente na falta de estrutura e profissionais. Ana relata como eles estavam tentando lidar com a grande demanda para desintoxicação e a falta de estrutura do CAPS a fim de não deixar a população desassistida:

Por exemplo, esse CAPS ele era pra funcionar a desintoxicação, né? Aí tá desativado. Não funciona pela estrutura do prédio e tá aí a gente tá nessa espera já há um tempo. Então acaba que a gente tem uma demanda enorme pra desintoxicação e a gente só tem a Santa Casa pra mandar ou o Hospital Mental, né? E aí, assim, isso limita muito nossa... a regular as vagas entendeu? Porque a gente tem poucas opções e a Santa Casa, ela é pra Fortaleza todinha não é só pra essa regional, então a gente, às vezes, chega a ter aqui um paciente grave e a gente quer mandar, liga pra lá não tem vaga masculina, por exemplo, ou não tem vaga feminina. Então acaba que é muito pequeno pra quantidade de casos que a gente recebe aqui. Só que, o quê que acontece? Qualquer paciente pode chegar aqui, né? Paciente que já tem o prontuário. Quem não tiver, pode fazer a abertura de prontuário, mas qualquer paciente pode chegar aqui e dizer assim “Tô querendo a vaga”, no acolhimento, “Tô querendo a vaga na Santa Casa”, aí a gente faz essa avaliação dos sintomas, o quê que tá sentindo né? Porque que quer a vaga. Porque às vezes eles querem abrigo, às vezes não é a desintoxicação, então a gente vai fazer uma escuta qualificada pra entender aquilo, né? Pra poder fazer a regulação da vaga. Aí como é que acontece? A gente liga pra Santa Casa pra regulação de vagas, pergunta se tem a vaga. Tendo a vaga, passa pro clínico geral, ele faz o UNISUS, né? Que é um documentozinho que tem que ser preenchido e aí a gente encaminha aquele paciente pra lá. O paciente vai por conta própria, né? A gente não, não disponibiliza dinheiro da passagem, transporte, nada disso. Ele vai por conta própria. Aí é... isso pra se for uma desintoxicação. Aí se não tiver, o quê que a gente tá fazendo? Era uma prática que não tinha antes, mas que agora tá tendo. Os pacientes eles ficam em observação na enfermagem, às vezes é colocado soro, é como se começasse o processo de desintoxicação até a gente conseguir a vaga. A gente sempre orienta eles a chegarem de manhã cedo às 8h da manhã pra gente já ligar e ver se tem a vaga. Se não tiver, ele fica em observação porque tem o médico, tem a equipe de enfermagem, tem as técnicas e aí eles passam o dia aqui, aí tem as refeições, se alimentam, almoçam, lancham. No final do dia vão pra casa, né? Então é um cuidado que a gente passa a ter pra que ele também não fique totalmente... a mercê, né? Ali do uso da substância, porque tá... usou, usou muito. Tá cheio de efeitos, cheio de alucinação, dando febre, né? E aí a gente simplesmente voltar um paciente desse pra casa, né? Então a gente faz esses cuidados aqui na enfermagem. E aí assim, acontece dessa forma, aí às vezes eles querem comunidade terapêutica, que também é muito deles. Aí também pra ir pra comunidade terapêutica, também tem algumas regrinhas. Eles tem que tá pelo menos 7 dias abstinente, sem fazer uso de nada e aí o ideal é que tenha passado pela desintoxicação antes, mas aí dependendo da avaliação porque muitos deles também querem abrigo e tudo, mas a gente sempre explica né, como é a comunidade terapêutica, a gente chama de CT, como é que funciona e tudo, é aí eles já saem daqui com a consulta como médico, aí se for um caso de medicação, também já pega na enfermagem e leva (ANA, PS).

Isso mostra que embora existissem essas dificuldades, os profissionais tentavam trabalhar em rede dentro da lógica da RD, mas que às vezes a gestão municipal e estadual dificultava o trabalho por conta da estrutura precária, sendo as microestratégias, nesse momento, extremamente relevantes para o desenvolvimento do trabalho em RD.

12 DESAFIOS PARA A CONSOLIDAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE REDUÇÃO DE DANOS NA ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Como vimos anteriormente, a RD era bem aceita pelos profissionais desse CAPS AD não só como uma estratégia de atenção/gestão, mas como uma estratégia para o cuidado, ou

tecnologia de cuidado, conforme entendemos. Muitos deles apontaram-na como a melhor forma de tratamento porque leva em consideração as necessidades dos usuários, não os obriga a estar abstinentes, conseguindo melhor adesão, sendo uma experiência clínica relevante.

Todavia, a despeito dos bons resultados obtidos com a RD no dia-a-dia da assistência, como essa investigação nos mostra, ainda há desafios para a consolidação da mesma nesse CAPS AD, na RAPS fortalezense como um todo e, arriscamos dizer, no Brasil.

O primeiro deles apontamos nos primeiros capítulos deste trabalho e diz respeito a moralização que o paradigma proibicionista colocou sobre o fenômeno do uso de drogas. A RD, como confirmamos na pesquisa, ainda é confundida com a defesa da legalização do uso de drogas, embora como estratégia/tecnologia de cuidado no campo da saúde ela signifique outra coisa. O conceito de RD, embora esteja sendo cada vez melhor entendido, continua obscuro e confuso, pois sua pluralidade é, em muitos momentos, mal interpretada. Esse CAPS AD é um exemplo de como uma boa formação em uma tecnologia pode influenciar diretamente no cotidiano das práticas. A figura do Psiquiatra Referência foi decisiva para o fortalecimento da RD nesse CAPS AD.

As questões de gestão apontadas no capítulo anterior certamente configuram-se como desafios a serem superados. A dificuldade de comunicação entre os equipamentos da rede, entre a própria equipe e a forma como a gestão era conduzida nesse CAPS AD tornaram-se relevantes. Existia uma ambivalência por parte dos profissionais de saúde, por vezes, ao perceber a gestão ora horizontal, ora com características verticais. Em RD é necessária horizontalidade em seus princípios, práticas e entre todos os envolvidos. Buscar essa configuração horizontal das relações dentro da saúde é um desafio constante, especialmente dentro de uma perspectiva de humanização dos serviços.

Além disso, para fortalecimento da RAPS em Fortaleza, a gestão municipal parece ter um enorme desafio, que é a valorização dos profissionais, que possuem frágeis vínculos de trabalho, sendo estes temporários, com baixos salários e ausência de férias, levando comumente à desmotivação destes para o trabalho. O Concurso Público para a Saúde Mental de Fortaleza realizado no final de 2018 pode resolver esse problema apenas em parte, levando em consideração a quantidade, ainda insuficiente, de profissionais inicialmente contratados. Ademais, outro problema enfrentado pela RAPS no município é o da estrutura física dos prédios que acomodam os CAPSs, os quais estão, muitas vezes, como o local dessa pesquisa, longe de condições ideais para o bom funcionamento e para realizar as atividades as quais se propõem.

Para além das questões da rede municipal, o grande desafio contemporâneo para a consolidação da RD é anterior. A sua própria existência está ameaçada frente às mudanças reacionárias das políticas sobre drogas e da política de saúde mental em âmbito federal. Não houve tempo para se consolidar a RD dentro das políticas e ela vem recebendo constantes golpes.

Aprendemos com a nossa investigação que os governos estadual e municipal nesse cenário seguem as diretrizes federais para o funcionamento dos equipamentos da atenção psicossocial, não existindo leis, políticas ou outros dispositivos jurídicos específicos a nível regional. No cenário nacional, as novas políticas têm atualmente o objetivo de aumentar o financiamento das CTs, enfraquecendo, mesmo que indiretamente, a RAPS na assistência ao usuário de substâncias psicoativas. O Estado do Ceará segue o exemplo federal no que tange o financiamento público para essa área.

Em audiência pública alusiva ao Dia Nacional da Luta Antimanicomial, ocorrida em 17 de maio de 2019¹³, na Assembleia Legislativa do Estado do Ceará, que teve participação do Poder Público e de movimentos sociais e que tinha como objetivo discutir o financiamento da Saúde Mental e o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial no Estado, um representante do Governo Estadual por meio da Secretaria Executiva de Saúde Mental fez uma defensiva ao financiamento público para custeio das CTs por compreender a necessidade das diversas estratégias terapêuticas, colocando que a rede ainda não supria a demanda de Saúde Mental a esse público no Estado. Na ocasião, ele foi bastante questionado e criticado pelo público e por representantes de movimentos sociais, como o Fórum Fortalezense de Redução de Danos e o Fórum Cearense da Luta Antimanicomial, uma vez que não há atualmente uma coparticipação do Poder Público Estadual em relação ao financiamento de outros pontos de atenção da RAPS – especialmente os CAPSs – no estado do Ceará. A mesma situação ocorre no município de Fortaleza em relação ao custeio dos CAPSs, apesar da compreensão de que houve, nos últimos dois anos, investimento da prefeitura na RAPS por meio do concurso público para contratação de profissionais, além da entrega de novas sedes de CAPSs com prédios próprios (muitos CAPSs do município funcionam em prédios alugados). Esse investimento, inclusive, foi bastante reconhecido e citado pelos participantes da pesquisa, no sentido de terem esperanças de que os problemas que envolviam os frágeis vínculos dos profissionais iriam melhorar,

¹³ Audiência pública veiculada ao vivo pela Rádio e TV Assembleia do Estado do Ceará na tarde do dia 17 de maio de 2019 entre 15:00 e 18:00h, estando o arquivo disponível para consulta na Assembleia Legislativa do Estado do Ceará mediante solicitação ou com a pesquisadora principal em arquivo de texto taquígrafado.

fortalecendo a rede, especialmente pela manutenção do vínculo entre os profissionais e usuários dos serviços.

Os questionamentos que os movimentos sociais levantaram nessa audiência pública e que percebemos na pesquisa documental é que, de fato, houve, nos últimos anos, investimento público por parte do Governo do Estado nas CTs por meio de convênios e, posteriormente, de contratos, com gastos que chegam a quase três milhões de reais anuais, tendo sido gastos nas CTs no último ano o valor de R\$2.833.926,62 (dois milhões, oitocentos e trinta e três mil novecentos e vinte e seis reais e sessenta e dois centavos), conforme tabela (anexo 2) fornecida à mesa na ocasião¹⁴.

Em contrapartida, não há investimento nos CAPSs no Estado, o que nos faz pensar que isso pode fragilizar a RD em detrimento de estratégias que visam à abstinência, que são as utilizadas pelas CTs, sendo, em grande parte, perspectivas religiosas. De forma indireta, mas concreta, a RD não está sendo fortalecida no Ceará, ao passo que vai fortalecendo a lógica proibicionista na saúde por meio de financiamento de entidades que têm como princípio a abstinência total de substâncias psicoativas como única forma de tratamento. Isso já vem acontecendo desde 2011 por meio de convênios, como mostram as informações que conseguimos no Portal da Transparência do Estado, sendo que hoje são quinze comunidades terapêuticas contratadas por meio de licitação para prestação de serviços na área da saúde na assistência aos usuários de álcool e outras drogas, como também mostra o documento fornecido na audiência pública.

Nesse sentido, as novas políticas federais de saúde mental e de álcool, crack e outras drogas, que estão em processo de construção, ameaçam de forma contundente a RD, seja como um princípio norteador amplo, seja como uma prática ou como uma tecnologia em saúde, no sentido de preconizar a abstinência como único caminho possível para o tratamento do uso problemático de substâncias psicoativas.

Desde 2017, no governo do presidente Michel Temer, algumas mudanças foram sendo aplicadas às políticas dentro da RAPS e conseqüentemente na assistência aos os usuários de drogas. A Resolução da Comissão Intergestores Tripartite nº 32, de 2017, trouxe de volta à RAPS os hospitais psiquiátricos, contrariando a Lei 10.216, marco do Modelo de Atenção Psicossocial. No mesmo ano, a Portaria GMS 3588/2017 criou o CAPS AD tipo IV, prevendo assistência aos usuários de drogas nas cenas de uso, como as “cracolândias”, trazendo em sua

¹⁴ A pesquisadora principal teve acesso ao documento por ter participado da audiência pública como representante de movimento social.

descrição das atividades realizadas pelo equipamento tudo que se refere à RD, sem, contudo, fazer menção a esse termo em nenhuma parte do texto. Esse foi o primeiro golpe oficial que a RD sofreu nas políticas de saúde mental e drogas desde sua inserção em 2003.

O proibicionismo na saúde ainda ganhou força nesse mesmo governo com a Portaria Interministerial nº 2, de 2017 e a Portaria GM/MS 2434, de 2018. A primeira fortalecia as CTs por meio de formação, pesquisa e cuidado relacionado ao método utilizado por essas instituições, sendo custeado pela União. Por sua vez, a segunda realizava alterações orçamentárias para internação psiquiátrica acima de 90 dias, aumentando o financiamento. Grosso modo, assistimos na saúde mental brasileira o fortalecimento gradativo da lógica manicomial.

No que tange as políticas sobre drogas, o recrudescimento começou com a aprovação da Resolução nº 1, 9 de março de 2018, do CONAD, que visava endurecer as políticas sobre drogas, com o objetivo de reformulá-las, principalmente no sentido terapêutico, fortalecendo a lógica da abstinência no cuidado ao usuário de drogas.

Neste ano de 2019, o novo governo federal do presidente Jair Bolsonaro seguiu os princípios dessa resolução quando por meio de decreto publicou a nova Política Sobre Drogas (Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019), – que não foi construída em debate com a sociedade, a exemplo da Política de 2005 – que tem entre os seus pressupostos o de proteger a sociedade do uso de drogas lícitas e ilícitas e da dependência de tais substâncias. O texto da nova política pode ter uma amplitude absurdamente abrangente do ponto de vista interpretativo, uma vez que nessa perspectiva poderia se levar em consideração os psicofármacos dentro da categoria de “drogas lícitas”, entrando em claro conflito com os interesses da indústria farmacêutica, que movimenta um mercado relacionado aos psicotrópicos que está em constante expansão há algumas décadas. Este mercado tem apoio de uma parcela de profissionais da medicina, especialmente na psiquiatria, campo que tem se beneficiado pelo desenvolvimento de novas drogas para o tratamento de diversas condições mentais. Com esse entendimento amplo, a nova PNAD corre o risco de tensionar grupos que talvez não pretendesse, representada pela psiquiatria e a indústria farmacêutica.

Destarte, torna-se evidente seu viés moralizante, como no início do proibicionismo americano, uma vez que segue princípios conservadores das políticas públicas propostas pelo governo federal. Estes são congruentes com os interesses de um grupo evangélico do Congresso Nacional que apoia o Poder Executivo, visto que no texto da nova PNAD o tratamento para

usuários de álcool e outras drogas em CTs ganha destaque e é sabido que grande parte delas são ligadas a instituições religiosas evangélicas.

Esse interesse político-ideológico é claro no texto da política quando ela pretende aumentar significativamente o apoio às CTs, incluindo ainda financiamento a grupos de apoio e de mútua ajuda. Este último tipo de financiamento não está previsto em nenhum documento do SUS que trata da atenção às pessoas usuárias de álcool e outras drogas, provavelmente, por não utilizarem estratégias assistências reconhecidas como da área da saúde propriamente dita e por serem, em sua grande maioria, entidades anônimas. As CTs, por sua vez, não se tratam efetivamente de estabelecimentos de saúde, uma vez que na normativa do MS que dispõem sobre as instituições, elas caracterizam-se como uma entidade de assistência social por meio de uma Certificação de Entidade Beneficente de Assistência Social na Área de Saúde (CEBAS), sendo regulamentadas nesse *status* pela Portaria 834 de 26 de abril de 2016. É, no mínimo, curioso, o financiamento de entidades que não são efetivamente de saúde, em detrimento do maior financiamento aos estabelecimentos públicos de saúde do SUS que fazem parte da RAPS que, como percebemos na investigação, poderia ser beneficiada com mais recursos financeiros a esses estabelecimentos.

A ameaça dessa nova política não pode ser interpretada como sendo apenas para a RD em todos os seus aspectos, especialmente quando a oculta frente ao fortalecimento das estratégias de redução da oferta e, especialmente, de redução da demanda, esta última que a política enfatiza, como nunca antes, ao falar em promoção e manutenção da abstinência pelas pessoas em geral. A ameaça desta nova PNAD pode ser interpretada como sendo também para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas de forma geral dentro da RAPS, quando enfatiza o financiamento de CTs. Além disso, o termo “redução de danos”, que na antiga PNAB era norteador como uma das estratégias adotadas nas políticas públicas sobre drogas, praticamente some no novo texto, sendo observado apenas em uma breve passagem que se refere à lei de drogas, de 2006.

Embora a PNAB de 2005 previsse que fossem promovidas as iniciativas terapêuticas que apresentassem melhores resultados, esse critério parece não ter sido observado nem na nova PNAB, nem na recém sancionada Lei 13.840, de 5 de junho de 2019, de projeto original de autoria do atual Ministro da Cidadania, Osmar Terra, que ignoraram pesquisas atuais sobre a temática das drogas. A nova lei, que tem sido chamada de “nova lei de drogas”, altera alguns aspectos da Lei 11.343/2006. Embora ela não tenha conseguido retirar o termo “redução de danos” da lei, estando ele presente no capítulo II, renomeado “Das Atividades de Prevenção,

Tratamento, Acolhimento e de Reinserção Social e Econômica de Usuários ou Dependentes de Drogas”, que permaneceu inalterado, ela recrudescerá inúmeros pontos das políticas, que passam a admitir internação involuntária de até 90 dias dos usuários de substâncias psicoativas em instituição hospitalar, que pode, inclusive, ser solicitada pelos entes públicos da assistência à saúde, quando o usuário não possuir familiares.

Essa lei foi sancionada após a polêmica posição adotada no mês de maio pelo Ministério da Justiça (MJ) de proibir a divulgação de um estudo com a chancela do governo da renomada Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) financiado com recursos federais por meio da SENAD, nomeado “Terceiro levantamento nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira”, que é uma espécie de censo sobre o uso de drogas no Brasil. O MJ não teria autorizado a divulgação da pesquisa em nome do governo por não concordar com sua metodologia, embora a Fiocruz e outras entidades científicas tenham defendido o rigor da metodologia adotada. Essas entidades e a mídia passaram a caracterizar a conduta do MJ como “censura” por questões ideológicas, pelo fato de o estudo apontar a não existência de uma epidemia de drogas no Brasil, que é um dos pressupostos que fundamenta a nova PNAB¹⁵.

Vemos que não existem apenas desafios para a consolidação da RD dentro da RAPS, mas há desafios para a sua existência dentro das políticas de saúde brasileiras como um todo. Até o momento, as normativas norteadoras do MS para assistência relacionada às substâncias psicoativas e ao CAPS AD permanecem inalteradas, mas para que a RD permaneça como essa estratégia dentro das políticas sobre drogas, como essa tecnologia de cuidado efetiva, ela precisará de uma advocacia pelos profissionais e usuários dos serviços. Contudo, antes disso, urge que ela seja compreendida em suas concepções e suas práticas diversas, que foi o objetivo deste trabalho.

13 CONSIDERAÇÕES FINAIS E REFLEXÕES

Essa investigação nos mostrou de forma complexa o que é a redução de danos dentro do cenário escolhido e como a estratégia é operada. Aprendemos que as concepções e práticas da RD estão entremeadas e são indissociáveis. As concepções seriam princípios gerais que orientam as práticas. Dentre essas concepções estão: a redução do uso das substâncias, a

¹⁵ Esse fato foi amplamente divulgado na mídia e em notas oficiais das instituições. Ver: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2019/05/29/estudo-da-fiocruz-sobre-uso-de-drogas-no-brasil-e-censurado.ghtml>, <https://portal.fiocruz.br/noticia/fiocruz-assegura-qualidade-de-pesquisa-nacional-sobre-drogas-0>

redução dos riscos e prejuízos à saúde associados ao uso, o entendimento de que a abstinência não é obrigatória para o tratamento do uso problemático de substâncias psicoativas, a mudança de substância como opção de tratamento, o olhar integral ao sujeito, a busca do cuidado humanizado do usuário e a melhoria da sua qualidade de vida, a adequação à necessidade do indivíduo, o respeito aos limites do sujeito, a RD como acolhimento, a valorização da autonomia do sujeito e a liberdade responsável.

Essas concepções são expostas concretamente nas práticas do CAPS AD por meio de consultas de todas as especialidades profissionais, nos cuidados com a saúde orientados pelos profissionais, nas visitas domiciliares, nos trabalhos na comunidade, nos grupos terapêuticos, na construção do PTS, no tratamento medicamentoso, na distribuição de insumos, no acolher com amor e carinho e nas ações simples do cotidiano, como oferecer água ou um banho aos usuários. Em resumo, a RD estava presente, em alguma dimensão, em todas as atividades deste CAPS AD.

A importância dada pelos atores ao cuidado que a RD proporcionava fez com que nós a entendêssemos como uma tecnologia de cuidado de contornos leves, que tem como objetivo primordial a melhoria da qualidade de vida das pessoas.

Compreendemos a importância da formação dos profissionais desse CAPS AD, especialmente a educação em serviço, para a construção das concepções e conseqüentemente das práticas de RD nesse contexto. A figura do Psiquiatra Referência e a existência do Grupo de Redução de Danos foram fundamentais para esse processo de formação transformadora, pelo qual os profissionais passaram, mudando seus preconceitos sobre o fenômeno do uso de drogas e sobre a própria RD. Este grupo configurou-se como o *locus* da consolidação da RD no serviço, tanto por parte dos profissionais como dos usuários, sendo um espaço de construção e fortalecimento da autonomia dos sujeitos, onde eles encontravam, ainda, novas formas de subjetivação.

O acolhimento como dispositivo estratégico da PNH demonstrou-se um potencializador da RD, viabilizando-a. Esses conceitos dialogam de forma estreita, sendo que um dispositivo potencializa o outro em uma troca de posições constante.

Um dos questionamentos iniciais da criação do nosso problema era saber se a RD existia e como era operada nesse cenário de pesquisa para nos ajudar a compreender como estava o desenvolvimento da estratégia na assistência em saúde do município de Fortaleza, como uma forma de extrapolação dos resultados da investigação. Percebemos que a RD não só existe no cotidiano de trabalho, mas que esses profissionais, em sua maioria, compreendem o

conceito de forma ampla, como as políticas do MS e as políticas sobre drogas preconizam, bem como realizam as práticas de acordo com os princípios da RD, expostos nas políticas e na literatura sobre o assunto.

Embora não existam evidências de que as práticas de RD tenham sido fortalecidas em outras partes da cidade, especialmente pela ausência de documentos de gestão que nos apontem nessa direção, aprendemos com essa investigação que existem grupos de pessoas e equipes profissionais no município que trabalham sob essa perspectiva, especialmente quando investigamos a RD em relação à RAPS fortalezense. Para um melhor aprofundamento de como a RD é desenvolvida no município de forma global, seria preciso dialogar com gestores e profissionais de outros equipamentos e, principalmente, conseguir acessar documentos de gestão, como planos e relatórios, o que não foi possível neste estudo e que apontamos como a principal limitação do mesmo.

Ademais, pudemos compreender como a RD foi se fortalecendo dentro do serviço pesquisado como uma tecnologia de cuidado das pessoas que usam substâncias psicoativas. Os motivos apontados pelos profissionais para trabalhar sob a perspectiva da RD foram: o fato de ela ser funcional; ser a melhor forma de tratamento; pelo entendimento de que ela era necessária para cuidar dos usuários e porque eles acreditavam nela, visto que conviviam com os seus resultados positivos.

Em um momento em que a RD está sofrendo diversos ataques, presenciar a potência da estratégia serve de acalento às pessoas que, como eu, preocupam-se com qualidade da assistência e do cuidado das pessoas que usam drogas, respeitando suas necessidades. Segundo os entrevistados, a RD constitui-se em um novo olhar para o uso das substâncias psicoativas, para além da doença, para além do tratamento asilar, focado no sujeito, fortalecendo sua autonomia, valorizando suas escolhas e respeitando seus direitos. É uma tentativa da construção de um novo paradigma, que corre riscos de jamais ser consolidado frente aos retrocessos morais e políticos que a sociedade contemporânea vive. O decreto presidencial que tenta tirar a RD das políticas brasileiras é um golpe nas políticas de saúde, mas principalmente, é um golpe nas pessoas que se beneficiam delas, os próprios usuários dos serviços de saúde e os usuários de substâncias psicoativas que constituem o Movimento de Redução de Danos no Brasil.

Na área de políticas sobre drogas, não podemos assistir a este retrocesso senão por um viés higienista, que quer tirar os “drogaditos” – os novos loucos – da sociedade pela imposição, além de uma lógica punitiva da abstinência, uma lógica religiosa e moral, que não é condizente

com a noção de cuidado humanizado preconizada nas políticas institucionais de saúde, dentro de um estado laico e diverso como o Brasil.

Neste momento cabe aos profissionais de saúde, aos redutores de danos e aos usuários do serviço uma espécie de resistência, pois a perspectiva de um cuidado comunitário humanizado baseado na obrigatoriedade da abstinência é tão contraditório, quanto incoerente. Ainda que a RD não existisse, não é possível que se pense uma prática de saúde humanizada que não escute as necessidades dos usuários.

Existem muitos desafios para a consolidação da RD no país, no estado do Ceará e no município de Fortaleza, como vimos. Além das novas políticas federais e o financiamento de CTs pelo Governo do Estado, a gestão desestruturada da RAPS em Fortaleza, a dificuldade de comunicação da rede municipal entre as unidades de saúde e com a rede estadual, os baixos salários e os vínculos empregatícios frágeis dos profissionais dos CAPSs, além da estrutura física precária dos equipamentos são dificuldades a serem superadas.

Aos poucos, o investimento financeiro do Poder Público municipal em infraestrutura e recursos humanos tem tentado reverter esse quadro, mas os esforços permanecem insuficientes.

Não sabemos, portanto, como será o futuro da RD no que diz respeito às políticas de saúde, mas esta investigação evidenciou a potência da estratégia, seja como uma lógica de cuidado humanizado em uma tecnologia de cuidado, como política pública ou dentro de uma noção de gestão estratégica para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas. Aprendemos que a RD tem um aspecto pragmático inegável, que as novas políticas sobre drogas podem tentar negar, mas não apagar.

Que a RD perdurará no movimento social não nos resta dúvidas. Nossas interrogações referem-se ao futuro da RD nas políticas de saúde e, a partir do que aprendemos nessa investigação podemos questionar: como se pode pensar as práticas dentro do CAPS AD fora da perspectiva da RD? As novas políticas conseguirão suplantar suas concepções e suas práticas?

Essas perguntas apenas o tempo responderá. Todavia, é possível que se pense que as mudanças já operadas pela estratégia nos serviços, como este em questão, não serão tão facilmente esquecidas.

REFERÊNCIAS

- ABORDA. Associação Brasileira de Redução de Danos. **O que é a ABORDA?** Disponível em: < <http://abordabrasil.blogspot.com.br/p/o-que-e-aborda.html>> Acesso em: 18 de fevereiro de 2018.
- ADADE, M. & MONTEIRO, S. Educação sobre drogas: uma proposta orientada pela redução de danos. **Educação e pesquisa**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 215-230, jan./mar. 2014.
- 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, nov., 2009.
- AMARAL, C. D. M. **Rede de atenção à saúde mental no município de Fortaleza: uma análise multidimensional na perspectiva de profissionais de diferentes dispositivos**. 2013. 247f. Dissertação (mestrado). – Universidade Federal do Ceará. Departamento de Saúde Comunitária. Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva. Mestrado em Saúde Pública. Fortaleza, 2013.
- AYRES, J. R. C. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface: comunicação, saúde, educação**, v.8, n.14, p.73-92, set.2003-fev.2004.
- AYRES, J. R. C. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e sociedade**, v.13, n.3, p.16-29, set./dez. 2004.
- BARBOSA, J. **Toxicodependências**. Lisboa, v. 17, n. 1, p. 71-84, 2011.
- BARBOSA, G. C.; COSTA, T. G.; MORENO, V. Movimento da luta antimanicomial: trajetória, avanços e desafios. **Cad. bras. saúde mental**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 45-50, jan./jun. 2012.
- BARROS, J. P. P. & COLAÇO, V. F. R. Drogas na Escola: análise das vozes sociais em jogo. **Educação & realidade**, Porto Alegre, v. 40, n. 1, p. 253-273, jan./mar. 2015.
- BAUDELAIRE, C. **Le spleen de Paris**. Texte du domaine public. Édition libre. – Bibebook. Disponível em: <http://www.bibebook.com/files/ebook/libre/V2/ baudelaire_charles_-_le_spleen_de_paris.pdf>.
- BITTENCOURT, M. N. *et al.* Consultório na rua: as práticas de cuidado com usuários de álcool e outras drogas em Macapá. **Escola Anna Nery**, v. 23, n. 1, 2019.
- BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra**. – Petrópolis: Vozes, 1999.
- BOSI, M. L. M. **Profissionalização e conhecimento: a nutrição em questão**. – São Paulo: Hucitec, 1996.
- BRASIL. Ministério da Justiça. **Resolução nº 1, de 9 de março de 2018**. Brasília, 2018. Disponível em:

<http://www.lex.com.br/legis_27624178_RESOLUCAO_N_1_DE_9_DE_MARCO_DE_2018.aspx>. Acesso em: 28 jul. 2019.

_____. Ministério da Justiça e Segurança Pública; Ministério da Saúde; Ministério do Desenvolvimento Social e do Trabalho. **Portaria interministerial nº 2, de 21 de dezembro de 2017**. Brasília, 2017. Disponível em:

<http://www.in.gov.br/materia//asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/1286090>.

Acesso em: 28 jul. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Manual de redução de danos**. / Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de DST e Aids; - Brasília, Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria de consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017**.

Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2017.

Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html>. Acesso em

28 jul. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria de consolidação nº 6, de 28 de Setembro de 2017**.

Consolidação das normas o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2017. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017.html>. Acesso em

28. jul. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Brasília, 2002.

disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>. acesso em:

18 fev. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 834, de 26 de abril de 2016**. Redefine os procedimentos relativos à certificação das entidades beneficentes de assistência social na área de saúde. Brasília, 2016. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0834_26_04_2016.html>. Acesso em

28 jul. de 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.434, de 15 de agosto de 2018**. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para reajustar o valor das diárias de internação hospitalar acima de 90 (noventa) dias do Incentivo para Internação nos Hospitais Psiquiátricos. Brasília, 2018. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt2434_20_08_2018.html>. Acesso em:

28 jul. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013**. Institui a política nacional de educação popular em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Brasília, 2013. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html>. Acesso em:

28 jul. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html> Acesso em: 01 set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017.** Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília, 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html>. Acesso em: 28 jul. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do sistema único de saúde (SUS). Brasília, 2010. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017.** Estabelece as diretrizes para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Brasília, 2017. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/janeiro/05/Resolu---o-CIT-n---32.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica:** o cuidado da pessoa tabagista/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas:** Guia AD / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde.** – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Acolhimento na gestão e o trabalho em saúde.** – Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. **A política do ministério da saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas/Ministério da Saúde**. 2.ed. rev. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. / Ministério da Saúde: Brasília, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: política nacional de humanização**. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS – 2. Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política nacional de educação permanente em saúde**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009b.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social. Políticas Públicas. Notícias. **Conselho aprova mudanças na política sobre drogas no país**. Disponível em: <<http://mds.gov.br/area-de-imprensa/noticias/2018/marco/conselho-aprova-mudancas-na-politica-sobre-drogas-no-pais>>. Acesso em 11 mar. 2018.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. **Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019**. Aprova a política nacional sobre drogas. Brasília, 2019. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm>. Acesso em: 15 jun. de 2019.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 16 jun. de 2019.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 18 de fev. 2018.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. **Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019**. Altera as Leis nos 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho de 1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997, os Decretos-Lei nos 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. Brasília, 2019. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13840.htm>. Acesso em: 28 jul. 2019.

_____, Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas. **Legislação e políticas públicas sobre drogas** / Brasília, Presidência da República, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010b.

BUCHER, R. & OLIVEIRA, S.R.M. O discurso do "combate às drogas " e suas ideologias. **Rev. saúde pública**, v. 28, p.137-45, 1994.

CALASSA, G. D. B. Redução de danos na visão dos profissionais que atuam no CAPS AD II do Distrito Federal. **Psicologia em pesquisa | UFJF**, v. 9 n. 2, p. 177-187, jul/dez, 2015.

CAMPOS M. A. & SIQUEIRA D. J. R. Redução de danos e terapia de substituição em debate: contribuição da Associação Brasileira de Redução de Danos. In: INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. **Jornal brasileiro de psiquiatria** - V.1, nº 1 (). — Rio de Janeiro: ECN-Ed. Científica Nacional, 2003. v. 52 n. 5, p. 387-393, 2003.

CANTARORE, O. A.; MALFITANO, A. P. S. e BARROS, N. F. Por uma sociologia do cuidado: reflexões para além do campo da saúde. **Trabalho, educação e saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, 2019.

CANTARORE, O. A.; MALFITANO, A. P. S. e BARROS, N. F. Os cuidados em saúde: ontologia, hermenêutica e teleologia. **Interface: comunicação, saúde, educação**, v. 21, n. 62, p. 553-63, 2017.

CARLINI, E. A. Redução de danos: uma visão internacional. In: INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. **Jornal brasileiro de psiquiatria**. – V.1, nº 1 (). — Rio de Janeiro: ECN-Ed. Científica Nacional, v. 52, n. 5, p. 335-339, 2003.

CARLINI-MARLAT, B. Redução de danos: uma abordagem de saúde pública. In: INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. **Jornal brasileiro de psiquiatria**. – V.1, nº 1 (). — Rio de Janeiro: ECN-Ed. Científica Nacional, v. 52, n. 5, p. 335-339, 2003.

CARVALHO, B. & DIMENSTEIN, M. Análise do discurso sobre redução de danos num CAPS ad III e em uma comunidade terapêutica. **Temas em psicologia**, v. 25, n. 2, p. 647-660, jun. 2017.

CEARÁ. Poder Executivo. **Lei Estadual nº 15.773, de 10 de março de 2015**. Altera a lei nº 13.875, de 7 de fevereiro de 2007. Diário oficial do Estado do Ceará, de 10 de março de 2015. Caderno 1, p. 1. Disponível em: <<https://www.jusbrasil.com.br/diarios/87618968/doece-caderno-1-10-03-2015-pg-1>>. Acesso em 30, jul. 2019.

CECCIM R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: ensino, gestão, atenção e controle Social. **Physis: revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v 14, n 1, p. 41-65, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da 4ª inspeção nacional de direitos humanos: locais de internação para usuários de drogas.** – Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA; MECANISMO NACIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE À TORTURA; PROCURADORIA GERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO; MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. **Relatório da inspeção nacional em comunidades terapêuticas – 2017.** – Brasília: CFP, 2018.

CRUZ, V. D. *et al.* Condições sociodemográficas e padrões de consumo de crack entre mulheres. **Texto contexto enfermagem**, Florianópolis, v. 23 n. 4, p. 1068-1076, out./dez. 2014.

CRUZ, O. S. & MACHADO, C. Consumo “não problemático” de drogas ilegais. **Toxicodependências**, Lisboa, v. 16, n. 2, p. 39-47, 2010.

DANTAS, S. *et al.*, Sentidos produzidos a partir de experiências de bad trip: drogas, prevenção e redução de danos. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 539-550, jul./set. 2014.

DEA, H. R. F. D. *et al.* A inserção do psicólogo no trabalho de prevenção ao abuso de álcool e outras drogas, **Psicologia ciência e profissão**, Brasília, v. 24, n. 1, p. 108-115, mar. 2004.

DESLANDES, S. F. *et al.* As concepções de risco e de prevenção segundo a ótica dos usuários de drogas injetáveis. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 141-151, jan./fev. 2002.

DESLANDES, S. F. & GOMES, R. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde: notas teóricas. In: BOSI, M. L. M. & MERCADO-MARTÍNEZ (orgs.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. 2ª ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

DELBON, F. Avaliação da disponibilização de kits de redução de danos. **Saúde e sociedade**, v.15, n.1, p.37-48, jan./abr. 2006.

DELEUZE, G. **Foucault**. – São Paulo: Brasiliense, 2005.

DELORY-MONBERGER, C. Abordagens metodológicas na pesquisa biográfica. **Revista brasileira de educação**, v. 17 n. 51, set./dez. 2012.

DIAS, J. C. *et al.* Redução de danos: posições da Associação Brasileira de Psiquiatria e da Associação Brasileira para Estudos do Álcool e Outras Drogas. In: INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. **Jornal brasileiro de psiquiatria** – V.1, nº 1 (). — Rio de Janeiro: ECN-Ed. Científica Nacional, v. 52, n. 5, p. 341-348, 2003.

DIAS, R. M. *et al.* Uma política da narratividade: experimentação e cuidado nos relatos dos redutores de danos de Salvador, Brasil. **Interface: comunicação, saúde, educação**, v. 20, n. 58, p. 549-58, 2016.

EMGSTROM, E. M. & TEIXEIRA, M. B. Equipe “Consultório na Rua” de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável. **Ciência & saúde coletiva**, v. 21, n. 6, p. 1839-1848, 2016.

ESCOHOTADO, A. **Historia general de las drogas**. 7ª ed. – Madrid: Alianza, 1998.

ESTUDO da Fiocruz sobre uso de drogas no Brasil é censurado. **Tv Globo: G1**, portal de notícias. Rio de Janeiro, 29 de maio 2019. Disponível em: <<https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2019/05/29/estudo-da-fiocruz-sobre-uso-de-drogas-no-brasil-e-censurado.ghtml>>. Acesso em: 30 jul. 2019.

FERNANDES, F. M. B. & MOREIRA, M. R. Considerações metodológicas sobre as possibilidades de aplicação da técnica de observação participante na Saúde Coletiva. **Physis: revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 511-529, 2013.

FILHO, D. L. Redução de danos e saúde da família: conhecimento de profissionais de saúde em três regionais do DF/Brasil. **Com. ciências saúde**, v. 20, n. 4, p. 299-306, 2009.

FIOCRUZ assegura qualidade de pesquisa nacional sobre drogas. **Portal da Fundação Oswaldo Cruz**: notícias. Manguinhos, Rio de Janeiro, 28 de maio 2019. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/fiocruz-assegura-qualidade-de-pesquisa-nacional-sobre-drogas-0>>. Acesso em: 30 jul. 2019.

FONSECA E. & BASTOS F.I. Políticas de Redução de Danos em Perspectiva: comparando as experiências americana, britânica e brasileira. In: ACSELRAD G. – 2ª edição. **Avessos do prazer: drogas, AIDS e direitos humanos**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2005.

FONSECA, E. M. *et al.* Syringe exchange programs in Brazil: preliminary assessment of 45 programs. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.4, p. 761-770, abr. 2006.

FONTANELA, B. J. B. & TURATO, E. R. Spontaneous harm reduction: a barrier for substance-dependent individuals seeking treatment? **Revista brasileira de psiquiatria**, v. 27, n. 4, p. 272-277, 2005.

FORTALEZA, Secretaria Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde. Resolução CMS nº 24, de 14 de dezembro de 2017. Plano Municipal de Saúde de Fortaleza 2018 – 2021. **Diário oficial do município de fortaleza**, Prefeitura de Fortaleza, CE, 27 de março de 2018, p. 80.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade**: a vontade de saber. V. 1. – Petrópolis, RJ: Graal, 2001.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. – Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FOUCAULT, M. **Nascimento da biopolítica**. – São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. – São Paulo: Saraiva, 2012.

FREY, K. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e políticas públicas**, n. 21, p. 211-259 jun., 2000.

FRÚGOLI JR, H. & SPAGGIARI, E. Networks and Territorialities: an ethnographic approach to the so-called cracklândia [“crackland”] in São Paulo. **Vibrant: virtual brazilian anthropology**, Brasília, v.8, n.2, p. 548-579 Jul./Dec. 2011.

GADAMER, H-G. **Verdade e método**: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. – Petrópolis: Vozes, 1997.

GERARDT, T. E. & SILVEIRA, D. T. (orgs.). **Métodos de pesquisa**. Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS & Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIBBS, G. **Análise de dados qualitativos**. – Porto Alegre: Artmed, 2009.

GIOVANELLA, L. Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 6 n. 2. abr./jun. 1990.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. – 4ª ed. Rio de Janeiro: LCT, 2012.

GOMES, E. T. *et al.* Contribuições de Leonardo Boff para a compreensão do cuidado. **Rev enfermagem. UFPE on line**. Recife, v. 12, n. 2, p. 531-6, fev., 2018.

GOMES, B. R. & ADORNO, R. C. F. Tornar-se “noia”: trajetória e sofrimento social nos “usos de crack” no centro de São Paulo. **Etnográfica**, Lisboa, v.15 n.3, p. 569-586, out. 2011.

GOMES, T.B.; DALLA VECCHIA M. Estratégias de redução de danos no uso prejudicial de álcool e outras drogas: revisão de literatura. **Ciência & saúde coletiva**, v. 23, n. 7, p. 2327-2338, 2018.

GRAÇA, M. & GONÇALVES, M. Serviços dirigidos a trabalhadores(as) do sexo em Portugal: ideologias e práticas. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 25, n. 2, p. 547-570, 2015.

HELMAN, C. G. **Saúde, cultura e sociedade**. – 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

HORTA, A. L. M., *et al.* Vivência e estratégias de enfrentamento de familiares de dependentes. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 6, p. 1024-30, nov./dez. 2016.

INGLEZ-DIAS, A. *et al.* Políticas de redução de danos no Brasil contribuições de um programa norte-americano. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 147-157, jan. 2014.

INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. **Jornal brasileiro de psiquiatria**. Janeiro - V.1, nº 1 (). — Rio de Janeiro: ECN-Ed. Científica Nacional, v. 52, n.5, p. 341-348, 2003.

- JUNG, C. G. **Fundamentos de psicologia analítica**. Petrópolis: Vozes, 1972.
- KNELLER G. F. **A ciência como atividade humana**. – Rio de Janeiro (RJ): Zahar; 1980.
- KOERICH, M. S. *et al.* Tecnologias de cuidado em saúde e enfermagem e suas perspectivas filosóficas. **Texto contexto enfermagem**, Florianópolis, v. 15 (Esp), p. 178-85, 2006.
- KUHN, T. S. **A estrutura das revoluções científicas**. – São Paulo: Editora Perspectiva S.A, 5ª edição, 1998.
- LABATE B, C. *et al.* **Drogas e cultura: novas perspectivas**. – Salvador: EDUFBA, 2008.
- LARANJO, T. H. M & SOARES, C. B. Moradia universitária: processos de socialização e consumo de drogas. **Revista de saúde pública**, v. 40, n. 6, p.1027-1034, 2006.
- LAWN, C. **Compreender Gadamer**. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.
- LIMA, M. A. C. **Planejamento estratégico e qualidade: a experiência do Instituto Dr. José Frota**. 2004. 172 f. Dissertação (Curso de Mestrado Profissional em Administração) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Estudos Sociais Aplicados, Fortaleza, 2004.
- LIMA, M. *et al.* Invisibilidade do uso de drogas e a assistência de profissionais dos serviços de Aids. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 41, suppl. 2, dez. 2007.
- MACHADO, L. V. & BOARINI, M. C. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 33, n. 3, p. 580-595, 2013.
- MACHADO, A. R. & MIRANDA, P. S. C. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. **História, ciências, saúde**, Manguinhos, Rio de Janeiro, v.14, n. 3, p.801-821, jul./set. 2007.
- MANENTE, V. B., SIQUEIRA, D. F., SOCCOL, K. L. S., ANDRES, S. C., CANABARRO, J. L., & MORESCHI, C. (2018). Percepção de pessoas que usam drogas acerca do tratamento em um Centro de Atenção Psicossocial. **Revista portuguesa de enfermagem de saúde mental**, v. 20, p. 27-33, 2018.
- MARLLAT, G. A. **Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco**. – Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.
- MATUS, C. **Política, planejamento & governo**. – Brasília: IPEA, 1993.
- MEHRY E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. – São Paulo: Xamã, 1998.
- MERCADO-MARTÍNEZ, F. J. & BOSI, M. L. M. Introdução: notas para um debate. In: BOSI, M. L. M. & MERCADO-MARTÍNEZ (orgs.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. 2ª ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

MICHAELIS. **Dicionário brasileiro da língua portuguesa**. On-line. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br>>. Acesso em 18 fev. 2018.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde** – 7ª edição – São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 2000.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. – 11ª edição – São Paulo – Hucitec, 2008.

MINAYO, M. C. S. *et al.* Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & saúde coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MORAES, M. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. **Ciência & saúde coletiva**, v.13, n. 1, p. 121-133, 2008.

MORERA, J. A. C. *et al.* Políticas e estratégias de redução de danos para usuários de drogas. **Revista baiana de enfermagem**, Salvador, v. 29, n. 1, p. 76-85, jan./mar. 2015.

MOREIRA, F. G *et al.* Situações relacionadas ao uso indevido de drogas nas escolas públicas da cidade de São Paulo. **Rev. saúde pública**; v. 40, n. 5, p. 810-817, 2006.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. Ed. revista e modificada pelo autor. – 8ª ed. – Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.

MOUTINHO, R. & DE CONTI, L. Análise narrativa, construção de sentidos e identidade. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 32, n. 2, p. 1-8, abr./jun. 2016.

NARCÓTICOS ANÔNIMOS. **Os doze passos e as doze tradições**. Reimpressos e adaptados com autorização de AA World Services, Inc. – Narcóticos anônimos, 1996.

NARDI, H, C. & RIGONI, R. Q. Marginalidade ou cidadania? A rede discursiva que configura o trabalho dos redutores de danos. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 10, n. 2, p. 273-282, mai./ago. 2005.

OMS. Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde. **Carta de Ottawa**. Ottawa, novembro de 1986. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2018.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & saúde coletiva**, v. 23, n.6, p. 1723-1728, 2018.

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

PATTON, M, Q. Enhancing the Quality and Credibility of Qualitative Analysis. **HSR: health services research**, v 34, n. 5 Part II. December, 1999.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. – São Paulo: Martins Fontes, 2005.

PICOLLO, F. D. & KNAUTH, D. R. Uso de drogas e sexualidade nos tempos da aids e redução de danos. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, a. 8, n. 17, p. 127-145, jun. 2002.

PRESTES, T. K. A. **A história do homo psicoativus**: uma análise arqueogenealógica da redução de danos. 2017. 121f. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades, Programa de Pós Graduação em Psicologia. Fortaleza, 2017.

RESTE, C. D. O potencial da entrevista em contexto educativo: uma experiência investigativa. **Educação em revista**, Belo Horizonte. v.31, n. 4, p. 223-248, out./dez. 2015.

RIBEIRO, M. M. **Drogas e redução de danos**: o direito das pessoas que usam drogas. – São Paulo: Saraiva, 2013.

RIBEIRO M. M., ARAÚJO M. R. Política mundial de drogas ilícitas: uma reflexão histórica. In: SILVEIRA D.X., MOREIRA F.G., organizadores. **Panorama atual de drogas e dependências**. São Paulo: Editora Atheneu, p. 457-68, 2006.

RICOEUR, P. **Teoria da interpretação**. – Lisboa, Portugal: Edições 70, 2013.

RODRIGUES, T. Tráfico, guerra e proibição. In: LABATE B. C. *et al.* (orgs.). **Drogas e cultura**: novas perspectivas. - Salvador: EDUFBA, 2008.

ROHDEN, L. **Interfaces da hermenêutica**: método, ética e literatura. – Caxias do Sul, RS: Educs, 2008.

SÁ-SILVA *et al.* J. R. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista brasileira de história & ciências sociais**, v. 1, n. 1, jul. 2009.

SANTOS, *et al.* Redução de danos: análise das concepções que orientam as práticas no Brasil. **Physis**: revista de saúde coletiva. Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 995-1015, 2010.

SANTOS, J.M. *et al.* Responsabilização e participação: como superar o caráter tutelar no centro de atenção psicossocial álcool drogas? **Revista gaúcha de enfermagem**, v. 39, p. 1-9, 2018.

SANTOS, N, R. Sistema Único de Saúde de todos: o legal e o real. **Saúde em debate**. Rio de Janeiro, v. 35, n. 90, p. 356-365, jul./set. 2011.

SANTOS, C. F. & CECCIM, R. B. Encontros na rua: possibilidades de saúde em um encontro a céu aberto. **Interface**: comunicação, saúde, educação, v. 22, n. 67, p. 1043-1052, 2018.

SCHLICHTING S. ;BOOG M. C. F.; CAMPOS C. J. G. Almoço como momento terapêutico: uma abordagem de educação em saúde com mulheres alcoolistas. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 15, n. 3, p., mai./jun. 2007.

SILVA, P. Dispositivo: um conceito, um estratégia. **Profanações**, v. 1, n. 2, p. 144-158, jul./dez. 2014.

SILVEIRA E. A. A. *et al.* J. O cuidado aos dependentes químicos: com a palavra profissionais de saúde de Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas. **Revista fundam. care. online**, v. 8, n. 2, p. 4347-4364, abr./jun. 2016.

SIMÕES, J. A. Prefácio. In: LEBATE B. C. *et al.* (orgs.). **Drogas e cultura**: novas perspectivas. - Salvador: EDUFBA, 2008.

SPINK, M. J. P. Ser fumante em um mundo antitabaco: reflexões sobre riscos e exclusão social **Saúde e sociedade**, São Paulo, v.19, n.3, p.481-496, jul./set. 2010.

SODELLI, M. A abordagem proibicionista em desconstrução: compreensão fenomenológica existencial do uso de drogas. **Ciência & saúde coletiva**, v. 15, n. 3, p. 637-644, 2010.

SOUZA, L. G. S. *et al.* O alcoolismo, suas causas e tratamento nas representações sociais de profissionais de saúde da família. **Physis**: revista de saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1335-1360, 2015.

SOUZA, T. P. **A norma da abstinência e o dispositivo “drogas”**: direitos universais em territórios marginais de produção de saúde (perspectivas da redução de danos). 2013. Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, SP, 2013.

SOUZA, T. P. O nascimento da biopolítica das drogas e a arte liberal de governar. **Fractal**: rev. Psicol., Rio de Janeiro, v. 26 n. 3, set./dez. 2014.

SOUZA, T. P. & CARVALHO, S. Reduzindo danos e ampliando a clínica: desafios para a garantia do acesso universal e os confrontos com a internação compulsória. in: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental. **Cadernos humanizaSUS**. Volume 5. Saúde Mental. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

SOUZA, T. P. & CARVALHO, S. Apoio territorial e equipe multirreferencial: cartografias do encontro entre o apoio institucional e a redução de danos nas ruas e redes de Campinas, SP, Brasil. **Interface**: comunicação, saúde, educação, v. 18, n. 1, p. 945-56, 2014.

SOUZA, K.M.; MONTEIRO, S. A abordagem de redução de danos em espaços educativos não formais: um estudo qualitativo no estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Interface**: comunicação, saúde, educação, v.15, n. 38, p. 833-44, jul./set. 2011.

SUPERA. **O curso supera**. Disponível em: < <https://www.supera.org.br/ocursosupera/>>. Acesso em: 30 jul., 2019.

TEIXEIRA, M. B. *et al.* Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016. **Ciência & saúde coletiva**, v. 22, n. 5, p.1455-1466, 2017.

TEIXEIRA, M. B. *et al.* Potencialidades e desafios de uma política pública intersetorial em drogas: o programa “De Braços Abertos” de São Paulo, Brasil. **Physis: revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, 2018.

TESTA, M. **Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde.** – São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1995.

UNODC. United Nations Office on Drugs and Crime. Pre-brief to the member states. **World drug report, 2017.** – Viena, 26 June, 2017.

URIBE RIVIERA, F. J. **Agir comunicativo e planejamento social: uma crítica ao enfoque estratégico** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995. 216 p. ISBN: 85-85676-16-7. Disponível em: Scielo Books <http://books.scielo.org/>.

VARGAS E. V. Fármacos e outros objetos sócio-técnicos: notas para uma genealogia das drogas, In: LABATE B. C. *et al.* (orgs.) **Drogas e cultura: novas perspectivas** – Salvador: EDUFBA, 2008.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ORIENTAÇÃO PARA BUSCA DE DOCUMENTOS

Serão buscados documentos de gestão nos níveis estadual, municipal e local relacionados aos projetos/programas/políticas nas seguintes temáticas:

1. De prevenção de HIV/AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis;
2. Relacionados ao uso de álcool e outras drogas;
3. Relacionados à atenção psicossocial e/ou saúde mental;
4. Planos estaduais/municipais de saúde.

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO CAPS AD

INFORMAÇÕES GERAIS

Nome:

Gênero:

Data de Nascimento:

Idade:

Profissão:

Nível de escolaridade:

Tempo de profissão:

Tempo no serviço:

Possui especialização referente ao trabalho no CAPS AD? Se sim, especificar.

Contato:

SESSÃO 1 - AQUECIMENTO – PROFISSÃO E O USO DE DROGAS

Ementas:

1. Para começar nossa conversa, você poderia me falar um pouco sobre como você vê/percebe/entende o uso e abuso de álcool e outras drogas (substâncias psicoativas) pelas pessoas? (Abordar significados, crenças, posicionamentos).
2. Você poderia me falar um pouco sobre a população que procura o serviço do CAPS AD? (Pessoas que atende diariamente e que participa aqui das atividades).
3. Você poderia me falar um pouco sobre a sua profissão (atuação profissional) na assistência às pessoas que usam drogas de forma geral?

SESSÃO 2 - POLÍTICAS E LEGISLAÇÃO

Ementas:

1. É sabido que existem normativas/legislação e políticas públicas que alicerçam a assistência à saúde no Brasil. Diante disso, você conhece as relacionadas ao trabalho no CAPS AD? (Se sim,) Poderia me falar um pouco sobre elas? Como você entrou em contato com esse conteúdo? (Abordar conhecimento das normativas e as dinâmicas de aprendizagem dos sujeitos para o dia-a-dia do trabalho).

SESSÃO 3 - REDUÇÃO DE DANOS

Ementas:

1. Você conhece o termo redução de danos? (Se sim,) Como e quando o conheceu?

2. O que você entende por redução de danos? (Explorar o conhecimento do profissional de forma geral acerca do conceito, deixar espaço aberto para ampliações).

SESSÃO 4 – PRÁTICAS e REDUÇÃO DE DANOS

Ementas:

1. Você poderia me falar um pouco sobre as práticas que são desenvolvidas no CAPS AD que você trabalha?

2. Você poderia me falar um pouco a sua prática aqui no CAPS? (Possível explorar o que alicerça a prática.)

3. Você recebe ou busca alguma orientação para a sua prática cotidiana no CAPS AD? (Se sim.) Que orientações? Como ocorrem? São dadas por quem (instituição ou pessoas)?

4. A redução de danos está presente nas práticas do CAPS? (Se sim.) De que maneira?

5. A redução de danos está presente na sua prática no CAPS AD? (Se sim) Como? O que o leva a adotar (ou não) a redução de danos em sua prática? Recebe ou busca orientações sobre a prática na redução de danos?

6. Você pode comentar um pouco sobre como você percebe a gestão das práticas no CAPS AD que você trabalha?

6.1. Como você percebe a gestão das práticas em relação à redução de danos?

7. Pensando agora nas práticas que você desenvolve, há algo que gostaria de desenvolver, mas não consegue ou tem dificuldades para desenvolver? Por quê?

APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA GESTORES DO CAPS AD

INFORMAÇÕES GERAIS

Nome:

Gênero:

Data de Nascimento:

Idade:

Profissão:

Nível de escolaridade:

Cargo/função:

Tempo em cargo de gestão:

Tempo na gestão do serviço:

Possui especialização referente ao trabalho no CAPS-AD? Se sim, especificar.

Contato:

SESSÃO 1 - AQUECIMENTO – PROFISSÃO E O USO DE DROGAS

Ementas:

1. Para começar nossa conversa, você poderia me falar um pouco sobre como você vê/percebe/entende o uso e abuso de álcool e outras drogas (substâncias psicoativas) pelas pessoas? (Abordar significados, crenças, posicionamentos).
2. Você poderia me falar um pouco sobre a população que procura o serviço do CAPS AD? (Pessoas que atende diariamente e que participa aqui das atividades).
3. Você poderia falar um pouco sobre a sua profissão (atuação profissional como gestora) na assistência às pessoas que usam drogas de forma geral?

SESSÃO 2 - GESTÃO, POLÍTICAS E NORMATIVAS

Ementas:

1. Você poderia falar um pouco sobre a gestão do CAPS AD em que você trabalha? O que orienta esse trabalho? (Explorar princípios e diretrizes norteadores, políticas e normativas, além da gestão prática).
2. Como é a relação da gestão desse equipamento com os outros níveis hierárquicos da gestão, a Rede de Atenção à Saúde e a RAPS? (Em nível local, municipal e estadual) Quais são os órgãos gestores aos quais o CAPS AD responde, hierarquicamente?
3. Você recebe ou busca orientações para o trabalho na gestão do CAPS AD? (Se sim,) Que orientações? Como ocorrem? São dadas por quem (instituição ou pessoas)?

SESSÃO 3 - REDUÇÃO DE DANOS

Ementas:

1. Você conhece o termo redução de danos? (Se sim,) Como e quando o conheceu?
2. O que você entende por redução de danos? (Explorar o conhecimento do gestor de forma geral acerca do conceito, deixar espaço aberto para ampliações).
3. A redução de danos está presente na rede de atenção psicossocial onde esse CAPS AD está inserido? (Se sim,) De que maneira?

SESSÃO 4 – PRÁTICAS e REDUÇÃO DE DANOS

1. Você poderia me falar um pouco das práticas que são desenvolvidas no CAPS AD que você é gestor(a)? Poderia falar um pouco da gestão dessas práticas? (Explorar funcionamento do CAPS, organização, coordenação das práticas, operacionalização, aprofundando as questões da sessão 2.)
2. A redução de danos está presente nessas práticas? (Se, sim). De que maneira? O que leva a adoção (ou não) da redução de danos? Recebe ou busca orientação para a gestão das práticas em redução de danos?
3. Pensando na sua prática de gestão no CAPS AD, há algo que gostaria de desenvolver, mas não consegue ou tem dificuldades para desenvolver? Por quê?

APÊNDICE D - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

- **OBJETIVO:** Observar de forma geral as atividades do serviço para compreensão de práticas de assistência.

- **Atividades prováveis a observar:**
 1. Atendimentos individuais;
 2. Grupos;
 3. Reuniões de equipe;
 4. Sala de espera;
 5. Atividades de matriciamento.

- **Aspectos a se observar:**
 1. Postura/conduita dos profissionais;
 2. Construção do Projeto Terapêutico Singular;
 3. Relação profissional-usuário e profissional-familiares;
 4. Relação entre o CAPS AD (profissionais e gestão) e a RAPS.

APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a),

Eu, Raquel Cerdeira de Lima, aluna do Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC), estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada “**Estratégia de redução de danos em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas no município de Fortaleza: concepções e práticas**”, sob orientação da Profa. Dra. Maria Vaudelice Mota e coorientação da Profa. Dra. Maria do Socorro de Sousa.

O estudo tem o objetivo compreender concepções e práticas da estratégia de redução de danos na atenção à saúde a usuários de álcool e outras drogas em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD) no município de Fortaleza. Para alcançá-lo utilizaremos análise de documentos, entrevistas individuais semiestruturadas e observação.

Convido-o(a) a participar voluntariamente do estudo, por meio de concessão de uma entrevista e permitindo a observação das atividades que você realiza no CAPS AD, quando isto for viável, de forma a contribuir para a elucidação dos objetivos da investigação. A sua participação não será remunerada, nem trará prejuízo a você, à instituição que atua ou a seus usuários.

A pesquisa não lhe trará nenhum benefício direto. Ela poderá beneficiar-lhe indiretamente, uma vez que seus resultados podem contribuir para mudanças na assistência à saúde que impactem os serviços de saúde mental em que você trabalha.

Os riscos inerentes ao estudo estão relacionados à possibilidade de as perguntas da entrevista ou a presença da pesquisadora nas observações das atividades lhe causarem algum desconforto emocional ou constrangimento, podendo o participante optar por não responder questões da entrevista, interrompê-la, ou retirar seu consentimento para as observações em qualquer momento do processo sem qualquer prejuízo.

As entrevistas serão gravadas por meio de equipamento eletrônico de áudio, sendo resguardado o sigilo de todas as informações obtidas, as quais serão utilizadas somente para fins da

pesquisa, preservando sua identidade. Para sua comodidade, a entrevista poderá ser agendada, de acordo com a sua disponibilidade, em local, data e horário de sua preferência.

Você poderá ter acesso às gravações e às informações obtidas na entrevista, podendo deixar a participação da pesquisa e/ou retirar seu consentimento para o uso das informações a qualquer momento, sem que haja prejuízos ou penalidades de nenhuma natureza.

Este documento será assinado em duas vias e você receberá uma delas. Antes da assinatura, tire quaisquer dúvidas que porventura possam existir. Estarei disponível para possíveis esclarecimentos adicionais no endereço:

Pesquisadora: Raquel Cerdeira de Lima

Instituição: Universidade Federal do Ceará - UFC

Endereço: Rua Professor Costa Mendes, 1608, 5º andar (Depto. de Saúde Comunitária) – Fortaleza - CE

Contatos: (85) 3366 8045 / 98826 8067 / 99803 8196 / raquelcerdeira@gmail.com

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/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344/46. (Horário: 08:00 -12:00 horas de segunda a sexta-feira).

O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

Eu, _____, _____ anos, RG nº _____ declaro que é de livre espontânea vontade que estou participando desta pesquisa. Declaro, ainda, que li cuidadosamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, recebi explicações e tive minhas dúvidas esclarecidas. Confirmo recebimento de uma via assinada deste termo.

Fortaleza, ____/____/____

Assinatura do(a) Participante

Assinatura da Pesquisadora

APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA GESTORES



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a),

Eu, Raquel Cerdeira de Lima, aluna do Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC), estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada “**Estratégia de redução de danos em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas no município de Fortaleza: concepções e práticas**”, sob orientação da Profa. Dra. Maria Vaudelice Mota e coorientação da Profa. Dra. Maria do Socorro de Sousa.

O estudo tem o objetivo compreender concepções e práticas da estratégia de redução de danos na atenção à saúde a usuários de álcool e outras drogas em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) no município de Fortaleza. Para alcançá-lo utilizaremos análise de documentos, entrevistas individuais semiestruturadas e observação.

Convido-o(a) a participar voluntariamente do estudo, por meio de concessão de uma entrevista e permitindo a observação das atividades realizadas no CAPS AD que você é gestor(a), quando isto for viável, de forma a contribuir para a elucidação dos objetivos da investigação. A sua participação não será remunerada, nem trará prejuízo a você, à instituição que atua ou a seus usuários.

A pesquisa não lhe trará nenhum benefício direto. Ela poderá beneficiar-lhe indiretamente, uma vez que seus resultados podem contribuir para mudanças na assistência à saúde que impactem os serviços de saúde mental em que você trabalha.

Os riscos inerentes ao estudo estão relacionados à possibilidade de as perguntas da entrevista ou a presença da pesquisadora nas observações das atividades lhe causarem algum desconforto emocional ou constrangimento, podendo o participante optar por não responder questões da entrevista, interrompê-la, ou retirar seu consentimento para as observações em qualquer momento do processo sem qualquer prejuízo.

As entrevistas serão gravadas por meio de equipamento eletrônico de áudio, sendo resguardado o sigilo de todas as informações obtidas, as quais serão utilizadas somente para fins da

pesquisa, preservando sua identidade. Para sua comodidade, a entrevista poderá ser agendada, de acordo com a sua disponibilidade, em local, data e horário de sua preferência.

Você poderá ter acesso às gravações e às informações obtidas na entrevista, podendo deixar a participação da pesquisa e/ou retirar seu consentimento para o uso das informações a qualquer momento, sem que haja prejuízos ou penalidades de nenhuma natureza.

Este documento será assinado em duas vias e você receberá uma delas. Antes da assinatura, tire quaisquer dúvidas que porventura possam existir. Estarei disponível para possíveis esclarecimentos adicionais no endereço:

Pesquisadora: Raquel Cerdeira de Lima

Instituição: Universidade Federal do Ceará - UFC

Endereço: Rua Professor Costa Mendes, 1608, 5º andar (Depto. de Saúde Comunitária) – Fortaleza - CE

Contatos: (85) 3366 8045 / 98826 8067 / 99803 8196 / raquelcerdeira@gmail.com

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/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344/46. (Horário: 08:00 -12:00 horas de segunda a sexta-feira).

O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

Eu, _____, _____ anos, RG nº _____ declaro que é de livre espontânea vontade que estou participando desta pesquisa. Declaro, ainda, que li cuidadosamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, recebi explicações e tive minhas dúvidas esclarecidas. Confirmo recebimento de uma via assinada deste termo.

Fortaleza, ____/____/____

Assinatura do(a) Participante

Assinatura da Pesquisadora

ANEXO 1 – PARECER DO CONSELHO DE ÉTICA DE PESQUISA

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTRATÉGIA DE REDUÇÃO DE DANOS EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA: CONCEPÇÕES E PRÁTICAS

Pesquisador: RAQUEL CERDEIRA DE LIMA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 95368618.4.0000.5054

Instituição Proponente: Departamento de Saúde Comunitária

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.899.226

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de dissertação do Programa de Pós-graduação em saúde Coletiva que pretende compreender concepções e práticas da estratégia de redução de danos na atenção à saúde a usuários de álcool e outras drogas em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD) no município de Fortaleza.

Objetivo da Pesquisa:

Geral: Compreender concepções e práticas da estratégia de redução de danos na atenção à saúde a usuários de álcool e outras drogas em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD) no município de Fortaleza.

Específicos:

- Identificar documentos oficiais do Estado do Ceará, do Município de Fortaleza e da gestão local onde se encontra o CAPS-AD que versem sobre a estratégia de redução de danos na área da atenção à saúde dos usuários de álcool e outras drogas;
- Investigar as concepções dos profissionais de saúde e gestores desse equipamento acerca da RD e as práticas que eles atribuem à estratégia.
- Correlacionar os textos das políticas sobre a RD, as concepções desses atores sobre a estratégia e as práticas de assistência do serviço.

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

UF: CE

Município: FORTALEZA

CEP: 60.430-275

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 2.899.226

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: mínimos relacionados a possíveis desconfortos que os sujeitos possam experienciar nas fases de entrevista e/ou observação das atividades do serviço de saúde em questão.

Benefícios: indiretos, uma vez que os resultados do estudo podem levar à mudanças na assistência à saúde que impactem os serviços de saúde mental nos quais essas pessoas trabalham.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo qualitativo, sob o referencial teórico-metodológico da hermenêutica. Serão utilizadas três técnicas de pesquisa (em três etapas), a saber: identificação e análise de documentos de gestão; entrevistas com os profissionais, que utilizarão roteiro semiestruturado e; observação sistemática das atividades do serviço. Esta investigação não faz uso de procedimentos de delimitação amostral, uma vez que os sujeitos da pesquisa dizem respeito ao universo (totalidade) dos profissionais e gestores do equipamento de saúde que se disponibilizarem a participar do estudo (n = 7). As análises e interpretação das informações que serão colhidas nas três etapas usarão a inspiração gadameriana do círculo hermenêutico, no qual para validação das informações, o todo e as partes precisam construir uma interpretação coerente de forma conjunta e relacional.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados adequadamente: Folha de rosto, ofício de encaminhamento, Currículo da pesquisadora, orçamento, anuência dos responsáveis pelo local do estudo, TCLE, anuência dos pesquisadores, cronograma (o que está descrito nas informações básicas do projeto, período 15/09 a 15/11 coleta de informações).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

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_1136344.pdf	08/08/2018 02:48:24		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_RD_RaquelCerqueira_PB_Versao3.pdf	08/08/2018 02:42:41	RAQUEL CERDEIRA DE LIMA	Aceito
TCLE / Termos de	TCLE_profissionais_versao3.pdf	08/08/2018	RAQUEL CERDEIRA	Aceito

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

Continuação do Parecer: 2.899.226

Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_profissionais_versao3.pdf	02:41:51	DE LIMA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_gestores_Versao3.pdf	08/08/2018 02:41:23	RAQUEL CERDEIRA DE LIMA	Aceito
Outros	FielDepositarioSMS_ProjetoRD_RaquelCerdeira.pdf	16/07/2018 17:03:48	RAQUEL CERDEIRA DE LIMA	Aceito
Outros	FielDepositarioSaudeMental_ProjetoRD_RaquelCerdeira.pdf	16/07/2018 17:02:08	RAQUEL CERDEIRA DE LIMA	Aceito
Outros	Lattes_RaquelCerdeira.pdf	16/07/2018 17:00:14	RAQUEL CERDEIRA DE LIMA	Aceito
Outros	CartadeapreciacaoCEP_ProjetoRD_RaquelCerdeira.pdf	16/07/2018 16:59:22	RAQUEL CERDEIRA DE LIMA	Aceito
Orçamento	Orcamento_ProjetoRD_RaquelCerdeira.pdf	16/07/2018 16:56:35	RAQUEL CERDEIRA DE LIMA	Aceito
Cronograma	Cronograma_ProjetoRD_RaquelCerdeira.pdf	16/07/2018 16:55:52	RAQUEL CERDEIRA DE LIMA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclaracaoParticipantes_ProjetoRD_RaquelCerdeira.pdf	16/07/2018 16:54:41	RAQUEL CERDEIRA DE LIMA	Aceito
Outros	Declaracao_anuencia_CogetsSMS.pdf	04/06/2018 22:20:52	RAQUEL CERDEIRA DE LIMA	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto_assinada_PB.pdf	04/06/2018 21:57:22	RAQUEL CERDEIRA DE LIMA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 17 de Setembro de 2018

Assinado por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador)

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

ANEXO 2 – FINANCIAMENTO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS DO CEARÁ



SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ
COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

Nº DE ORDEM	REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	Nº CONTRATO	Nº SICC	COMUNIDADE TERAPÊUTICA	QUANTIDADE		Nº DE VAGAS	PERFIL VAGA	QUANTIDADE		VALOR UNITÁRIO	VALOR MÁXIMO MENSAL	VALOR EMPENHADO ATÉ O
						TOTAL DIÁRIAS (AMDI)	Nº DE VAGAS			DIÁRIAS (31)	MENSAL			
1	22ª CASCAVEL	CASCAVEL	27/2016	1004754	CASA DE RECUPERAÇÃO MONTE SIAO	7.440	20	20	Adulto Masculino	930	31,00	18.600,00	287.804,00	
2	3ª MARACANAÚ	MARANGUAPE	28/2016	1004921	INSTITUTO VOTTA AO CAMINHO COMUNIDADE TERAPÊUTICA IVC EREU - EPP	11.160	30	30	Adulto Masculino	930	28,39	26.402,70	354.591,09	
3	11ª SOBRAL	SOBRAL	29/2016	1004752	FAZENDA ESPERANÇA SÃO BENTO	11.160	30	30	Adulto Masculino	930	33,00	30.690,00	400.587,00	
4	3ª MARACANAÚ	MARACANAÚ	30/2016	1004748	ONG MARIA BONITA	7.440	20	20	Adulto Feminino	620	29,33	18.194,60	138.495,26	
						1.800	5	5	Mãe Nutriz	155	29,33	4.546,15		
5	1ª FORTALEZA	AQUIRAZ	31/2016	1004923	ASSOCIAÇÃO O CAMINHO RESGATANDO VIDAS	11.160	30	30	Adulto Masculino	930	20,50	18.600,00	328.776,50	
6	21ª JUAZEIRO	BARBALHA	33/2016	1004750	ASSOCIAÇÃO ALIANÇA DE MISERICORDIA	7.440	20	20	Adulto Masculino	620	33,33	20.664,60	258.174,18	
						7.440	20	20	Adulto Feminino	620	33,33	18.600,00		
8	1ª FORTALEZA	AQUIRAZ	08/2017	1023008	ASSOCIAÇÃO DOS MORADORES DO BARRIO DE HENRIQUE JORGE	1.860	5	5	Mãe Nutriz	155	45,00	6.975,00	278.043,20	
						5.580	22	22	Adolescente Masc	465	50,00	23.250,00		
9	3ª MARACANAÚ	MARACANAÚ	09/2017	1025602	ASSOCIAÇÃO AGAPE	7.440	20	20	Adulto Masculino	620	24,18	14.908,27	139.155,90	
10	1ª FORTALEZA	EUSEBIO	10/2017	1025797	ASSOCIAÇÃO COMUNIDADE TERAPÊUTICA GRÃO DE MOSTARDA	9.300	25	25	Adulto Masculino	930	24,73	15.332,60	170.191,84	
11	15ª BREJO SANTO	MAURITI	12/2017	1025530	OBRA SOCIAL N.5 DA GLORIA FAZENDA DA ESPERANÇA	11.600	30	30	Adulto Masculino	930	32,00	30.933,33	95.988,00	
12	1ª FORTALEZA	EUSEBIO	13/2017	1025521	ASSOCIAÇÃO PARA RESGATE DA VIDA - CASA DE ABRAAO	7.440	20	20	Adulto Masculino	620	26,07	16.163,40	146.591,61	
13	11ª SOBRAL	SOBRAL	15/2017	1028422	INSTITUTO BENEFICENTE CASA BELEM	7.440	20	20	Adulto Masculino	620	33,33	20.664,60	148.685,13	
14	8ª QUIXADÁ	MILHÃ	18/2017	1033577	ASSOCIAÇÃO OBRA DE RESGATE FAJINHA ANJOS	7.440	20	20	Adulto Masculino	620	28,34	17.570,80	68.469,44	
15	20ª CRATO	CRATO	08/2018	1066323	ASSOCIAÇÃO FILHOS AMADOS DO CEU	3.720	10	10	Adulto Masculino	310	28,34	8.785,40	18.392,66	