# METODOLOGIAS DE REDUÇÃO DE DANOS EM UM CAPS AD DA GRANDE FLORIANÓPOLIS[I]

Julia Moraes Pyskliewitz[II]
Profa. Ana Maria Pereira Lopes, Dra.[III]

**Resumo**: A Redução de danos é uma estratégia de cuidado com o usuário de substâncias psicoativas. Tem como função de ampliar as possibilidades no tratamento do sujeito, oferecendo um espaço de diálogo e o tornando mais participativo em seu processo de tratamento. Promove intervenções que não estejam focadas em práticas morais e na abstinência como objetivo central do tratamento, mas sim, em reduzir riscos e danos para minimizar o sofrimento do sujeito. O presente artigo tem por objetivo descrever como ocorrem as práticas profissionais em um Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas (CAPS ad) da Grande Florianópolis, assim como compreender os processos de acolhimento junto a pessoas que fazem uso de drogas, entender quais as dificuldades enfrentadas para a efetivação da teoria da Redução de Danos (RD), e quais são esses conhecimentos e procedimentos utilizados pelos profissionais que atuam no serviço. Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório e descritivo. Foi realizada entrevista com 04 profissionais por meio de um roteiro semiestruturado. A análise de dados foi realizada por meio da análise de conteúdo e da categorização deles. De acordo com os resultados, em um primeiro tópico sobre o acolhimento do usuário sob efeito de drogas, pode se perceber a busca pelo cuidado entre a equipe e o cuidado com o usuário, quando neste primeiro momento se buscava observar a demanda, como o sujeito se encontra, se apresentava riscos a ele ou à equipe, buscava-se diminuir o sofrimento do sujeito naquele momento e a melhor estratégia para o acolhimento para o usuário sob efeito de drogas é respeitar o movimento dele, um atendimento com menos exigência. Para o acolhimento com o usuário sem efeito de substâncias é observado a demanda para inserção, técnicas para colher dados e buscar compreender a necessidade que trouxe ele para o serviço. Em um outro tópico, as falas apresentam que o trabalho no caps ad acontece de forma integrativa, com todas as especialidades discutindo o mesmo caso, pois não se pode reduzir o fenómeno da dicção à apenas uma profissão. A partir das falas dos entrevistados se constatou-se as várias formas de se fazer redução de danos, ampliando o protagonismo do usuário frente ao seu tratamento, respeitando as escolhas do sujeito, possibilitando a troca de experiencias e informações nos momentos de atendimento individual e grupal. Percebeu-se também algumas facilidades e dificuldades para a operacionalização da RD, sendo as dificuldades, falta de profissional suficiente na equipe, infrequentes capacitações, e também uma dificuldade cultural e socioeconômica pelo sistema em que vivemos hoje. Quanto às facilidades, há o envolvimento técnico, as tecnologias de cuidado, e um movimento de empatia com o usuário. E em último tópico, é constatado que os profissionais do CAPS ad não priorizam a abstinência como recurso, mas que ela pode ocorrer em alguns momentos, quando o usuário deseja parar ou quando o usuário possui complicações e pode vir a óbito. Com isso, conclui-se que existem várias reduções de danos, ou seja, várias formas e estratégias de se colocar em prática e buscar diminuir os riscos e sofrimentos do sujeito, essas várias maneiras perpassam as singularidades e desejos de cada usuário.

**Palavras-chave**: Redução de Danos; Saúde Mental; e CAPS ad.

---

[I] Artigo apresentado como requisito parcial para a conclusão do curso de Graduação em Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL. 2020.

[II] Acadêmico do curso de Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina – Unisul. E-mail: juliamoraespyskliewitz@gmail.com.

[III] Especialista/Mestre/Doutor em Psicologia – Instituição. Professor (a) Titular na Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL.

# 1 INTRODUÇÃO

No Brasil, de acordo com Lira (*et al.*, 2018), o uso de bebidas alcoólicas e medicamentos estariam sendo estimulados pelas excessivas propagandas, e pelo fato de seu abuso ser tolerável. Embora socialmente aceito, beber excessivamente traz uma série de problemas e de riscos que raramente são considerados pelas pessoas. Por isso, atividades preventivas que favoreçam o reconhecimento desses riscos e o desenvolvimento de estratégias para minimizá-los assumem um caráter de relevância e urgência no país, dessa forma, o uso abusivo de álcool e outras drogas vem cada vez mais sendo um problema sério para a saúde pública do nosso país (VENDRAME e PINSKY, 2010 *apud* CORDEIRO, GODOY e SOARES, 2014).

Araújo (2012) apresenta que, a relação entre os sujeitos e as substâncias químicas é algo que sempre esteve presente em nossa sociedade, em todas as épocas e culturas, desde a pré-história. As pessoas fazem uso de substâncias psicoativas em diversos contextos, tanto para uso recreativo, muitas vezes em rituais religiosos, sociais e culturais (ESCOHOTADO, 2005 *apud* QUEIROZ, JARDIM e ALVES, 2016).

As substâncias psicoativas são definidas, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), como qualquer substância que, uma vez ingerida, modifica uma ou várias funções do sistema nervoso central, produzindo efeitos psíquicos e comportamentais. Podem ser elas, *ecstasy*, cocaína, maconha, antidepressivos, tranquilizantes, anti epiléptico, antibiótico, açúcar, café, entre outros. O motivo da utilização dessas diferentes drogas pode ser distinto conforme sua finalidade (BRASIL, 2009).

Segundo Brasil (2008 *apud* CORRÊA, KINJER e ROSSONI, 2018), o uso de drogas é conceituado como qualquer consumo que se faz de alguma substância psicoativa, podendo ser como forma recreativa, esporádica, eventual, experimental, como intervenção terapêutica, e assim por diante. Dessa forma, a pessoa já é considerada um usuário, muitas vezes, esse uso pode não desencadear problemas. Já o abuso, é considerado um uso nocivo, aumentando o risco de consequências prejudiciais para o usuário, ultrapassando os limites do próprio sujeito, em busca de algo inalcançável, como, diminuir sofrimentos, a busca de prazeres, e também, como forma de pertencimento à um grupo de pessoas, ou para se inserir na sociedade. A partir desse abuso de substâncias pode acarretar à uma dependência química, ou a um quadro de intoxicação, levando à problemas físicos, sociais e psíquicos (CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA, 2011). Conforme a Classificação Internacional de Doenças (CID 10), o termo "uso nocivo" – que muitos usam – é o que resulta em dano físico ou mental, enquanto no Manual

Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM – IV), o termo “abuso” se refere também as consequências sociais.

Para o usuário, o uso de substâncias nem sempre causa sofrimento, isso depende da forma de uso e dos motivos que o levam a utilizar a droga. Segundo Undoc (2012, *apud* BASSANI e FERNANDES, 2017), com o aumento cada vez maior do consumo de substâncias psicoativas no Brasil e no mundo, pode-se observar as consequências individuais e coletivas relacionados ao uso dessas drogas, seus abusos e suas dependências químicas.

O Decreto 11.343 de 2006, que institui o Sistema Nacional de Políticas Sobre Drogas – SISNAD, compõe medidas de prevenção e promoção à saúde, cuidado, tratamento e a reinserção social dos dependentes. E conceitua as drogas como “[...] as substâncias ou produtos capazes de causar dependência [...]” (2006, p.01). Entende-se a dependência química como um caso complexo, na qual estão envolvidos vários fatores como, psicológicos, sociológicos, culturais, familiares entre outros, estes que desempenham um papel importante na causa e nos resultados da dependência. Santos, Soares e Campos (2010) entendem que esses fatores agravantes ou desencadeantes discorrem entre a particularidade da droga utilizada, a subjetividade do sujeito e suas relações no contexto social.

De acordo com Pratta e Santos (2009), discutir e cuidar da dependência química é compreendê-la dentro do modelo biopsicossocial de saúde, considerando o paciente em sua totalidade, e como um ser ativo no processo saúde/doença. Esse modelo biopsicossocial tenta integrar as contribuições desses vários modelos, além de procurar entender as causas, e buscar intervenções e estratégias para contribuir na promoção da saúde do sujeito.

As drogas existem na sociedade desde a pré-história, o ser humano tende a cada dia, e a cada ano, a consumir em maior quantidade. A partir disso, existe a tentativa de parar com o uso e ou abuso da substância, por diversos motivos. Contudo, as tentativas de parar podem causar diversas consequências, como a abstinência. A síndrome de abstinência tem como principal característica o desenvolvimento de alterações físicas e psicológicas mal adaptativas, causando prejuízos psicológicos e cognitivos. Isso ocorre devido a privação ou diminuição do uso de substâncias psicoativas, e com a suspensão brusca da substância pode desencadear a crise de abstinência (GONÇALVES, 2005). Com isso, se faz relevante as diferentes formas de tratamento, entre elas a Redução de Danos (RD).

De acordo com Cordeiro, Godoy e Soares (2014); Lira *et al.* (2018); Delbon, Da Ros e Ferreira (2006), a RD começou a ser discutida na década de 1980 no Brasil, com iniciativas de que os sujeitos não trocassem ou dividissem seringas e agulhas, uma prática focada na prevenção e diminuição de transmissão de doenças. Essa discussão teve início pelo alto índice

de propagação do HIV/AIDS através das drogas injetáveis. “Com o passar dos tempos, a RD sofre alterações, passando a ser uma proposta ampliada de produção de saúde [...]” (CARVALHO e DIMENSTEIN, 2017 p. 650), focando na promoção no estilo de vida saudável, prevenção do consumo, educação e informação, e outros princípios.

Ainda de acordo com Carvalho e Dimenstein (2017 p. 649,650), “durante a década de 1990, os usuários brasileiros modificaram seus padrões de consumo e passaram do uso da cocaína injetável para a fumada (crack) [...] fazendo com que os programas de troca de seringas perdessem sua força”, e fazendo com que o governo brasileiro buscasse por novas estratégias. Desse modo, segundo Delbon, Da Ros e Ferreira (2006) a RD sofreu mudanças metodológicas, ampliando sua visão e pensando na saúde mental, não apenas oferecendo a prevenção de hepatites virais, mas também a promoção e o cuidado, buscando a saúde integral, gerando uma rede de atenção à saúde, e um cuidado minimalista com os usuários de drogas. Além de os profissionais se preocuparem com a troca de seringas, havia outras estratégias sendo implementadas, e também, a criação de uma rede de atenção à saúde.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que compõe o Sistema Único de Saúde (SUS), foi instituída pela Portaria 3.088/2011. Segundo Gomes e Vecchia (2018) ela organiza vários pontos de atenção, em torno do que se designa de Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), sendo eles, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Centros de Convivência, os Serviços Residenciais Terapêuticos (STR), Hospitais Gerais, ambulatórios, oferecendo um atendimento a pessoas com transtorno mental, incluindo usuários de álcool e outras drogas.

No que diz respeito ao cuidado em saúde mental às pessoas que fazem uso e abuso de drogas, a ideia de rede é composta a partir da busca de escuta e afirmação da identidade dos portadores do vírus da AIDS e dependentes químicos. Passos e Souza (2011) comentam que os redutores de danos começaram a ser capacitados, não apenas para lidar com a distribuição de seringas e preservativos, mas também para lidar com pessoas, dedicando-se à subjetividade ou singularidade dos sujeitos, dando espaço de escuta para que esses usuários determinem a melhor forma de tratamento para si. Dessa forma, o foco da RD foi se modificando para um olhar baseado na saúde mental.

A RAPS e os dispositivos de atenção psicossocial que a englobam, são considerados através do viés da reforma psiquiátrica, pois, esta “[...] é, antes, e, sobretudo, um complexo processo de transformação assistencial e cultural que, ao deslocar o tratamento do espaço restrito e especializado de cuidado da loucura: o hospital psiquiátrico, para a cidade, provoca mudanças no modo como a sociedade se relaciona com esta experiência” (CENTRO DE REFERÊNCIA TÉCNICA EM PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS, 2013 p.93).

A RD também é pensada através da lógica do SUS, quando buscou-se desenvolver uma atenção básica, e especializada, oferecendo um serviço perto de todos e voltado para a população. Após o desenvolvimento da Constituição em 1988 desenvolveu-se Leis que foram resultado dessa luta. O SUS foi instalado através da Lei número 8.080/90, e a partir dessa Lei, passou a compreender o sujeito como um ser integral, e não fragmentado; um ser, biopsicossocial, ou seja, um sujeito com um corpo físico, psicológico e em um contexto social. De acordo com a Lei 8080, é dever do Estado buscar ferramentas para garantir, além da saúde, promoção, proteção e recuperação do sujeito. Diante disso, o sujeito possui o direito de ser assistido de forma integral, com uma equipe multiprofissional a fim de oferecer a melhor intervenção.

Relacionada a essas garantias, em 2001, foi criada a Lei 10.216, em 06 de abril; lei que ficou conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica e dos direitos das pessoas com transtornos mentais no Brasil. No Art. 1º a referida Lei apresenta que, os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra. A Lei se inscreve em um movimento se propunha mudar as práticas de saúde mental, criticando o modelo hospitalar, de internações, muitas vezes não concedidas pelos usuários, tornando o usuário protagonista de seu processo, de seus tratamentos, sendo valorizado e escutado como um ser integral, para além de uma doença, buscando então a desinstitucionalização (CÉZAR e OLIVEIRA, 2017).

A Reforma Psiquiátrica teve como objetivo lutar pela obtenção de direitos para as pessoas com sofrimento psíquico, com um carácter de inserção social e de reconstrução de projeto de vida. Ou seja, pensando-se a drogadição como um problema de saúde mental, pode-se pensar que os pressupostos da Reforma Psiquiátrica são relativos ao indivíduo traçar "com a equipe de referência, estratégias voltadas não para a abstinência como objetivo único, mas para a defesa e melhoria de sua qualidade de vida [...]" (BRASIL, 2003 *apud* CALASSA, PENSO e FREITAS, 2015 p.178). E esses pressupostos colocam a RD como estratégia profícua para as ações no campo da saúde mental.

Através da quebra com a mentalidade psiquiátrica clássica de aproximação aos transtornos mentais, da internação em hospital psiquiátrico, instaurou-se uma nova visão, que busca colocar o sujeito de volta em contato com seu espectro social e, desta forma, preconiza as seguintes características em relação à compreensão de uma ação de intervenção: "[...] o direito à liberdade, o consentimento com o tratamento, o respeito à cidadania e aos direitos

humanos, a participação do usuário no serviço [...] os conceitos de território, desinstitucionalização, porta aberta, vínculo, e trabalho em equipe e em rede." (CENTRO DE REFERÊNCIA TÉCNICA EM PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS, 2013 p.94). A visão desinstitucionalizante que envolve esse movimento, é digno de nota, teve início, em 1986, na inauguração do primeiro CAPS do Brasil, na cidade de São Paulo, conforme segue:

> Transformou-se esse local num serviço que se propunha a evitar internações, acolher os egressos dos hospitais psiquiátricos e poder oferecer um atendimento intensivo para portadores de doença mental, dentro da nova filosofia do atendimento em saúde mental desse período (RIBEIRO, 2004 p.95).

Ou seja, como consequência da Lei da Reforma Psiquiátrica, foram concebidas também as Portarias 336/02 e 3088/11, as quais formularam a fundação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) para transtornos mentais severos, os Centros de Convivência e as Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) e ainda, Os Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas (CAPS AD). O CAPS AD atende pessoas com transtornos advindos do uso indevido de drogas ilícitas e lícitas. Todos esses dispositivos fazendo parte do SUS e dentro deles se situa a lógica da RD como uma perspectiva de tratamento que precisa ser realizada em rede.

O objetivo do CAPS AD, na rede, é o de orientar e dar suporte aos usuários e familiares quanto à dependência química, esclarecendo os fatores de risco e proteção durante todo o processo de acompanhamento e de recuperação. Os CAPS AD adotam, em sua forma metodológica, outra lógica de cuidado, chamado de Redução de Danos. Tal adoção é proveniente de um estranhamento a respeito dos cuidados e práticas produzidas no tratamento para dependentes químicos, que tinha como foco na abstinência total (CARVALHO e DIMENSTEIN, 2017). Também tem como prática, a integração do dependente químico no seu contexto social, como inserção familiar e na comunidade (CARVALHO e DIMENSTEIN, 2017). Nessa perspectiva colocada para os CAPS, a RD deixa clara relação como um método que apoia tal perspectiva de serviço no campo da saúde mental volta a pessoas que vivem a problemática de terem as drogas como centrais em suas vidas.

Os CAPS, de acordo com Lira (*et al*., 2018), são serviços que oferecem uma atenção diária e intensiva às pessoas com sofrimento psíquico, oferecendo acolhimento, cuidado e suporte com internação caso necessário. Ainda de acordo com Lira (*et al*., 2018), o CAPS AD garante um atendimento humanizado e busca-se um tratamento próprio para cada sujeito.

A RD tem correspondência direta com o papel colocado para os CAPS AD na Reforma Psiquiátrica, visando a autonomia e o protagonismo do usuário de drogas. A prática de saúde junto ao usuário de drogas por meio da RD procura construir junto ao usuário um cuidado, uma

promoção da qualidade de vida, e uma reflexão sobre o uso da substância. Desta forma, "A RD não pode ser resumida a uma técnica, mas a um modo de trabalho pautado por uma ética da relação baseada na autonomia, no diálogo e na corresponsabilização entre profissional e usuário [...]" (LIRA *et al.* 2018, p.1207). Desta maneira:

> Observam-se nos Programas de RD a busca de contemplar os objetivos da saúde pública, tais como: melhorar a saúde, o bem-estar social e a qualidade de vida. Então, pode-se entender que essa estratégia prioriza a melhoria da vida das pessoas que usam drogas, estabelecendo parcerias pela vinculação de uma prática orientada para a Redução de Danos (LIRA *et al.* 2018 p. 1210).

Os redutores de danos trabalham junto a pessoas que usam drogas, nos locais onde elas vivem e convivem, realizando estratégias de promoção de saúde que tem como base o acolhimento, a construção de vínculos e a busca de construção de roteiros terapêuticos que favoreçam o indivíduo (QUEIROZ, JARDIM e ALVES, 2016). Os profissionais, de acordo com Queiroz, Jardim e Alves (2016), devem conduzir suas intervenções promovendo a humanização do atendimento, a ética, respeito, o resgate da cidadania e a inclusão social desses usuários. O protagonismo dessa política pública precisa ser do grupo que vai ser atendido, para que essas ações façam sentido para essas pessoas. "Os usuários de drogas podem colaborar na produção de projetos [...] observa-se na experiência da RD que muitos usuários de drogas abandonam ou diminuem o uso de drogas quando experimentam um contexto no qual se sentem acolhidos" (PASSOS e SOUZA, 2011 p.160).

Mais que ofertar um serviço, é preciso ofertar um serviço de qualidade para esses usuários, que garanta para eles, o que já está previsto em Lei. Assim:

> Dá-se maior visibilidade ao usuário como sujeito de direitos, colocando-se em discussão a responsabilidade individual e penal, a liberdade de escolha, o autocuidado, a diversificação das modalidades de atenção (pluralização terapêutica) etc. como elementos fundamentais da conquista de direitos humanos e de cidadania (GOMES e VECCHIA, 2018 p.2329).

Os serviços devem ser flexíveis, de baixa exigência para atender a todas as demandas, desde os sujeitos que queiram parar de fazer uso da droga, os que querem e não conseguem, e também os que não querem parar de fazer uso, pois o serviço deve dar assistência para todos. "A pessoa que faz uso de substâncias lícitas ou ilícitas é um ser humano e antes de tudo deve ter seus direitos respeitados e, inclusive, sua decisão por manter o consumo" (CARVALHO e DIMENSTEIN, 2017 p.649).

De acordo com Lima e Seidl (2017), a RD visa a melhoria da qualidade de vida, essa qualidade perpassa moradia, trabalho, saúde, garantia de direitos, envolve reestabelecer uma

relação com a família e com a comunidade. A RD, assim, é uma abordagem centrada nas pessoas, uma política pública que vê o usuário de droga e suas potencialidades, e não a droga que o sujeito usa, construindo assim uma relação entre as pessoas não julgadoras e não prescritivas. Essa relação que se estabelece faz com que o sujeito se sinta muito mais reconhecido e empoderado de suas ações (QUEIROZ, JARDIM e ALVES, 2016). Dessa forma:

> O grande desafio e compromisso de quem realiza o cuidado é utilizar as relações no sentido de edificar um cotidiano, por intermédio da construção mútua, entre os sujeitos. E, por meio dessas relações, dar sustentação à satisfação das necessidades dos indivíduos (trabalhadores e usuários) e os valorizar como potentes para intervirem na concretização do cuidado (ROSSI e LIMA, 2005 *apud* QUEIROZ, JARDIM e ALVES, 2016 p.664).

A RD não é a razão para que as pessoas deixem de usar drogas, mas, sim, um projeto de conscientização que compreende os processos pessoais e, no qual, as pessoas busquem objetivos. Caso o objetivo da pessoa seja não fazer mais uso da droga, caso isso faça sentido na vida dela, os redutores de danos irão pensar em todas as formas possíveis para que essa pessoa não faça mais uso da droga, e usar a RD como meio para um tratamento mais adequado possível (MACHADO e BOARINI, 2013). Portanto,

> A estratégia de redução de danos pode ser definida como mais uma maneira de se abordar o usuário de drogas, descentrando o foco do problema da erradicação e da abstinência e privilegiando o direito à saúde de todos e o respeito à liberdade individual daquele que não deseja ou não consegue interromper o uso da droga (MACHADO e BOARINI, 2013 p. 585).

Assim sendo, a RD não se opõe à abstinência, ela abraça a abstinência desde que esse seja o desejo do usuário, pois a "RD não está focada na aprovação ou não do uso, uma vez que suas intervenções não se fundamentam em questões morais" (CARVALHO e DIMENSTEIN, 2017 p.649). Relacionado à moralidade contida em práticas em face das problemáticas das drogas, segundo Carvalho e Dimenstein (2017), a abstinência dentro das Comunidades Terapêuticas (CT) tem cunho moral e religioso e partem do princípio que existe um único e exclusivo tratamento relacionado à abstenção total do uso de drogas, a partir da desintoxicação. As CT's são uma forma de internação para os dependentes químicos, normalmente longe das cidades, distante da família, ocorrendo, assim, a privação de liberdade. Como métodos de tratamento as CT's utilizam além da prática religiosa, atividades de trabalho, como cuidar da horta, cozinhar etc. As CT's, assim como os manicômios, têm uma forma de depósito de pessoas, com poucos recursos terapêuticos, e sem uma dimensão de reinserção na sociedade. Então, a reforma psiquiátrica tratou de colocar a questão que o tratamento do sofrimento psíquico deveria se dar em liberdade. Com isso, começou o processo de desinstitucionalização,

como pontuado anteriormente no texto (CARVALHO e DIMENSTEIN, 2017). Sendo assim, o modelo da abstinência:

> Estabelece como critério de saúde e, por consequência, de "cura" da chamada dependência química, a abstinência de quaisquer drogas, associada a uma mudança comportamental com vistas à adoção de um "estilo de vida saudável". Nele, qualquer retomada do uso de drogas é vista como um fracasso, promovendo a necessidade de retorno dos sujeitos ao tratamento, o que, não raro, leva a um ciclo de reinternações. Além disso, não são discutidas estratégias de redução de danos, nem considerados válidos arranjos pessoais construídos pelo próprio sujeito para lidar com seu uso de drogas (QUEIROZ, JARDIM e ALVES, 2016 p. 655).

A ideia de abstinência permite entender que, diferentemente do que apontam os autores, na RD há a busca por um protagonismo do usuário no seu tratamento. A RD abrange várias formas de metodologias, seguindo os objetivos de cada sujeito. Assim, podendo perpassar também pela abstinência, desde que essa abstinência faça sentido na vida desse sujeito. Ou seja, a RD não seria contra a abstinência, já que a RD é favorável a autonomia do sujeito (CARVALHO e DIMENSTEIN, 2017).

Sendo assim, o CAPS AD funciona com o objetivo de que o sujeito se aproprie de sua história e compreenda sua subjetividade, bem como sua rotina. Dessa forma, podendo buscar a melhor estratégia de tratamento para aquele sujeito. Articulado a ele pode ser pensado o modo de trabalho por meio da RD como estratégico, sendo a perspectiva da abstinência de menor poder de consideração do sujeito alvo do atendimento.

Araújo e Pires (2018) verificaram em sua pesquisa que existe uma visão diversa da RD, tanto na aplicação pelos profissionais quanto em teorias, posto isto, “apontam que a RD pode ser abordada a partir de diferentes concepções sobre o objeto e o sujeito dessas ações, de modo a afirmar que existem ‘várias RDs’” (ARAÚJO e PIRES, 2018 p.11). Com isso, percebe-se a amplitude das diferentes formas de tratamento, de acordo com a singularidade dos sujeitos e também do contexto onde estão inseridos, implicando em mudança de práticas de atendimentos, de acolhimento, de manejo, de acordo com cada Instituição. Visto o grande arsenal de possibilidades para o tratamento de RD, cada instituição adota as medidas e tratamentos conforme suas concepções. “Existe uma visão heterogênea acerca desse conceito [...] sendo ele aplicado e representado de diferentes formas e recortes.” (ARAÚJO e PIRES, 2018 p.11).

Queiroz, Jardim e Alves (2016); Lira *et al.*, (2018); Delbon, Da Ros e Ferreira (2006) refletem a importância de uma equipe multiprofissional atuando no CAPS AD, cada profissional com sua especificidade, trabalhando em conjunto, buscando o mesmo objetivo, a melhor forma possível de cuidado ao sujeito. Em vista disso, “[...] identifica-se a necessidade

de incluir a abordagem RD na formação dos profissionais de saúde, tendo em vista que essa é uma estratégia que pode ser utilizada nos mais diversos espaços do cuidado em saúde [...]" (ARAÚJO e PIRES, 2018 p. 20). A RD requer um trabalho de equipe, exigindo dos profissionais que se comuniquem para uma visão integradora do sujeito. Porém, Araújo e Pires (2018, p. 20) trazem em sua pesquisa:

> Os desafios encontrados foram citados o conhecimento insuficiente por parte dos profissionais, familiares e dos próprios usuários acerca dessa temática, além da resistência das pessoas envolvidas no tratamento e do próprio estigma que essa estratégia sofre no contexto da saúde mental e da sociedade de forma geral.

É possível inventariar que há "falta de informações e suporte técnico sobre RD, seus princípios, intervenções e como operacionalizá-la" (CARVALHO e DIMENSTEIN, 2017 p.654). Desse modo, não apenas se vê importante a qualificação desses profissionais que atuam nos CAPS AD, mas em face disto se questiona sobre a importância de organização de conhecimentos voltados à competência teórica e prática voltada para a visão da RD. A partir dessas reflexões, na prática da RD nos serviços do CAPS AD, percebe-se a necessidade de se estudar e descrever como ocorrem essas práticas profissionais no dia a dia do CAPS AD. Entender quais as dificuldades enfrentadas para a efetivação da teoria, e quais são esses conhecimentos e procedimentos.

A fim de subsidiar essa discussão sobre as metodologias de RD, vejamos o que indica a busca de artigos que contemplassem as informações sobre o que se encontra produzido sobre metodologia da RD, no portal de informações BIREME[IV]. Através da opção pesquisa avançada, usou-se as palavras chaves "redução" AND "danos", no campo de busca "título, resumo e assunto", como critério de busca para a primeira etapa do processo. O resultado foi de 189 artigos, em face do que foram selecionados 20 artigos que contemplavam as diferentes metodologias da RD relativos ao CAPS AD. Pode-se notar a abrangência de textos de Revisão de literatura, sendo estes 08 artigos, e também artigos com base na teoria da RD, mas pouco se estuda e se descreve a metodologia dos profissionais que atuam frente a RD.

As poucas pesquisas no campo da saúde que descrevem a metodologia da RD, demonstra a exclusão/distanciamento dos profissionais dessa prática, o que prejudica o usuário acessar as Leis, e garantias, principalmente quando o processo de "tratamento" deve ser

---

[IV] BIREME é definida como um centro especializado da Organização Pan-americana de Saúde que desde 1967, juntamente com o Ministério da Saúde do Brasil, Ministério da Educação do Brasil e Secretaria de saúde do Estado de São Paulo, Universidade de São Paulo, com intuito de contribuir ao desenvolvimento da saúde fortalecendo e ampliando o fluxo de informações em ciências da Saúde, organiza e administra fontes, dentre elas a Biblioteca Virtual em Saúde (**www.bireme.org.br**).

construído com o usuário (MACHADO e BOARINI, 2013). Outra situação que dificulta a execução da proposta de RD, é o estigma que o usuário de drogas carrega presente em nossa sociedade, mas que isso ocorre também por parte dos profissionais que com eles trabalham, gerando essa condição estigmatizada (LIRA *et al.*, 2018), o que é corroborado por Araújo e Pires (2018 p.14).

Segundo Carvalho e Dimenstein (2017, p. 649), a RD busca romper com os modelos anteriores de estigmatização das drogas. Os danos relacionados com as drogas, ou são causados, ou são agravados pelo contexto social e cultural no qual o sujeito está inserido. Isso inclui políticas públicas de cuidado e repressão ao usuário de drogas (CORDEIRO, GODOY E SOARES, 2014).

A forma como a sociedade e a cultura influenciam e incentivam o uso de drogas, causam danos aos usuários (VENDRAME E PINSKY, 2010 *apud* CORDEIRO, GODOY e SOARES, 2014). Essa questão social está inteiramente ligada e muitas vezes é a causadora de danos do usuário de drogas. Portanto é muito importante pensar no contexto do uso de drogas para se pensar em uma RD para o sujeito. Entende-se então:

> [...] O consumo prejudicial de drogas tem suas raízes ligadas diretamente às formas de funcionamento da vida social, e que o complexo sistema de produção, comércio e consumo de drogas está diretamente relacionado ao sistema produtivo e econômico, não se referindo somente a processos individuais dos consumidores (liberdade de escolha, fragilidade individual etc.) (SANTOS, SOARES e CAMPOS, 2012 p.43).

De acordo com os autores, Calassa, Penso e Freitas (2015 p.185), “a longa cultura de exclusão social, repressão e violência dificulta a construção de um contexto institucional e social que acolha o usuário de álcool e drogas em sua singularidade, com respeito à sua liberdade e autonomia”. Carvalho e Dimenstein (2017), também abordam resistência dos profissionais a respeito dos preconceitos é um fator de obstáculo na execução dos projetos de RD, como já visto por outros autores.

De acordo com Oliveira (2006), um dos fatores que está relacionado com aumento do abuso de drogas, seja o contexto caótico do mundo que estamos inseridos, na qual, temos a perda de modelos referenciais, crise moral de valores e normas, a precária situação socioeconômica da grande maioria populacional, desagregação familiar, crescente marginalização e segregação social, que acabam provocando sensação angustiante de desamparo, levando as pessoas a buscarem drogas que causem efêmero prazer e devaneio, prometendo felicidade e realização.

A partir dessas reflexões na prática da RD nos serviços do CAPS as, percebe-se a necessidade de se estudar e descrever como ocorrem essas práticas profissionais no dia a dia do CAPS AD. Entender quais as dificuldades enfrentadas para a efetivação da teoria, e quais são esses conhecimentos e procedimentos. À vista disso, se levanta a seguinte questão para a construção da presente pesquisa: **Quais as características da metodologia de Redução de Danos utilizada em um Centro de Atenção Psicossocial da Grande Florianópolis?**

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever as metodologias de Redução de Danos utilizadas pelos profissionais em um CAPS AD da Grande Florianópolis.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar como ocorre o acolhimento do sujeito sob efeito de substâncias.
- Identificar como ocorre o acolhimento do Sujeito sem efeito de substâncias.
- Identificar como as metodologias de trabalho de um CAPS AD da Grande Florianópolis encontram correspondência às teorias presentes no campo da Redução de Danos.
- Identificar como o sujeito para o qual se volta a prática de RD é considerado nas metodologias adotadas pelo CAPS AD da Grande Florianópolis.
- Identificar as diferentes metodologias adotadas pelos profissionais do CAPS AD da Grande Florianópolis se colocam diferenciadas da perspectiva da abstinência.

## 3 MÉTODO

### 3.1 TIPO DE PESQUISA

A presente pesquisa é definida como qualitativa, pois se busca compreender a resposta para a pergunta de pesquisa através de informações que não exigem quantificação, devido a justificativa de que se tem o intuito de analisar e interpretar aspectos mais complexos, descrevendo as implicações dos conceitos envolventes (LAKATOS, 2001). A fim de responder ao objetivo geral e específico, a pesquisa se caracteriza como exploratória e descritiva. A pesquisa exploratória é definida por um estudo que faz uso de um instrumento adequado da melhor maneira possível à realidade pesquisada, com o intuito de apreender os aspectos que compõe o estudo tal qual se apresenta, considerando seu contexto e significado (PIOVESAN;

TEMPORINI, 1995). Já a pesquisa descritiva, tem por objetivo relatar as características próprias de fenômenos ou populações, fazendo-se o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados (GIL, 2008).

## 3.2 PARTICIPANTES

De acordo com a Resolução CNS nº 466/12 e a nº 510/16, foi estabelecido os cuidados éticos com relação à participação de seres humanos nesta pesquisa, de forma a resguardar a integridade física e psíquica dos/as participantes.

Os participantes selecionados para fazer parte da pesquisa foram 04 profissionais, maiores de 18 anos e de ensino superior do CAPS ad da Palhoça, que se encontraram à disposição para participação. Sendo os critérios de inclusão para a participação na pesquisa: terem mais que 18 anos, com no mínimo de 6 meses de experiência profissional no CAPS ad e trabalham diretamente com a saúde mental, correspondendo às diferentes categorias profissionais almejadas para a pesquisa e evidentemente foram entrevistados aqueles profissionais que desejaram participar.

## 3.3 EQUIPAMENTOS E MATERIAIS

Os materiais utilizados para a entrevista foram: gravador de voz, folhas de papel A4 com o roteiro de perguntas, caneta esferográfica, envelopes (com os dados coletados de cada participante, bem como a transcrição da entrevista) e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido contendo o termo de Consentimento de Gravação de Voz.

## 3.4 SITUAÇÃO E AMBIENTE

Foi realizado entrevista presencial, utilizando como local da realização da entrevista uma sala disponibilizada pelo CAPS ad, onde os próprios profissionais escolheram sua sala para a entrevista, fazendo com que eles se sentissem confortáveis e que garantisse adequação para que os participantes se sentissem seguros para transmitir seus conhecimentos com o tema da pesquisa. Esses encontros ocorreram em horário de turno e foi observado se o local assegurava o sigilo e não tinha ruídos, assim, as entrevistas ocorreram entre 37 minutos à 1hora e 15 minutos de duração.

## 3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento utilizado para coleta de dados foi um roteiro de entrevista semiestruturada (APÊNDICE A). Esse roteiro foi construído a partir das variáveis contidas nos objetivos específicos da pesquisa.

O roteiro foi composto por 22 perguntas separadas por categorias, sendo elas: perfil dos profissionais entrevistados, conceituação da RD e práticas em RD. Não foi determinado um padrão de ordem de perguntas.

## 3.6 PROCEDIMENTOS

### 3.6.1 Seleção dos participantes

Foram entrevistados individualmente 04 profissionais de ensino superior que trabalham no CAPS ad de Palhoça, com idade variando entre os 40 aos 52 anos dando prioridade para pelo menos um profissional de saúde de cada área profissional atuante no CAPS, sendo eles, dois psicólogos, um assistente social e um enfermeiro.

Para manter o anonimato dos profissionais, optou-se por nomear as entrevistas seguindo a ordem de realização, sendo identificados pela designação “Entrevistado” seguido de um numeral cardinal.

### 3.6.2 Contato com os participantes

Em primeiro momento, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL). Após a aprovação, a pesquisa foi apresentada dia 9 de outubro, durante a reunião semanal dos profissionais que atuam no CAPS ad, foi informado e explicado o projeto e como ocorreriam as entrevistas.

### 3.6.3 Coleta e registro de dados

Para a coleta de dados foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido contendo o Termo de Consentimento de Gravação de Voz conforme os aspectos éticos de pesquisa para cada entrevistado. A partir disso, foi explicado sobre a presente pesquisa e como funcionaria a entrevista, apontando que a mesma ocuparia cerca de 50 minutos do tempo do entrevistado.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) consta o termo de gravação de voz. O termo possui duas vias, ficando uma via para a pessoa entrevistada e uma para a entrevistadora.

### 3.6.4 Organização, tratamento e análise de dados

De acordo com Minayo e Gomes (2012, p.79), a análise e interpretação de dados em pesquisas qualitativas têm como intuito "[...] a exploração do conjunto de opiniões e representações sociais sobre o tema que pretende investigar.", ou seja, busca-se compreender os aspectos do fenômeno em questão.

As gravações foram transcritas em um computador que pertence à pesquisadora, para manter o sigilo, já que terceiros não terão contato com os dados. Após a transcrição foi salvo em um HD externo, e apagados do computador e do gravador utilizado, sendo que foram armazenados em um envelope com acesso restrito à pesquisadora e a orientadora da pesquisa, até a finalização dela. Quando a pesquisa for finalizada, os envelopes serão lacrados e arquivados por cinco anos com a pesquisadora responsável.

Depois da transcrição da gravação das entrevistas, foi feita análise de conteúdo, buscando-se sobretudo, informações referentes à metodologia utilizada pelos profissionais que atuam no CAPS AD com o objetivo de abranger os aspectos essenciais para a compreensão do problema de pesquisa presente, considerando a natureza exploratória de tal estudo.

Com o término das entrevistas, a pesquisadora reuniu as informações das gravações, entrecruzando os dados, e organizando em tabelas de acordo com os objetivos da pesquisa. Com isso, foi realizada a análise dos dados por meio da análise de conteúdo e da categorização, que consiste em unir os dados do campo com o referencial teórico do projeto, mas não apenas ao material já estudado, pois no campo emergem outras compreensões e falas que podem ser necessárias para a compreensão do tema desta pesquisa, observando o que está implícito, as contradições e as informações que ficaram emudecidas (LÜDKE; ANDRÉ, 1986 *apud* GIL, 2002). Dessa forma, as falas dos entrevistados foram categorizadas de acordo com os cinco objetivos específicos, tal qual no quadro a seguir:

Quadro 1 – Categorias de Análise

| **Objetivos Específicos** | **Categorias** |
|---|---|
| Identificar como ocorre o acolhimento do sujeito sob efeito de substâncias. | • Tentativa de um diálogo possível.<br>• Cuidado em proteger a equipe. |

| | |
|---|---|
| | • Um acolhimento com menor exigência e mais sensibilidade.<br>• Há a busca da diminuição do sofrimento.<br>• Buscar do apoio de outros profissionais. |
| Identificar como ocorre o acolhimento do sujeito sem efeito de substâncias. | • Técnicas para levantar dados e informações.<br>• Observam a demanda para a inserção.<br>• Cuidado multiprofissional para inserção ou encaminhamento.<br>• Compreensão do significado da droga para o sujeito.<br>• Busca nas drogas uma resposta. |
| Identificar como as metodologias de trabalho de um CAPS ad da Grande Florianópolis encontram correspondência às teorias presentes no campo da Redução de Danos. | • O trabalho em conjunto.<br>• Os vários olhares da equipe multidisciplinar.<br>• Conscientização dos prejuízos para o sujeito.<br>• Cuidado para a rede social do usuário.<br>• Articulação com o apoio familiar.<br>• Tipos de atividades para o cuidado com o sujeito.<br>• Atividades em grupos que possibilitam a RD.<br>• Troca de substâncias como tratamento.<br>• Condições de uso e tratamento.<br>• As várias formas de se fazer Redução de Danos.<br>• Redução de danos para além do tempo presente.<br>• As facilidades para a operacionalização da RD.<br>• O aspecto dificultador para a operacionalização da RD. |
| Identificar como o sujeito para o qual se volta a prática de RD é considerado nas metodologias adotadas pelo CAPS ad da Grande Florianópolis. | • Diferença de visão ao longo do tempo.<br>• Inserção do sujeito na sociedade.<br>• Sujeito de direitos.<br>• Pessoa em constante sofrimento.<br>• Sujeito com vínculos e projetos de vida.<br>• O sujeito conhecedor de todo processo. |
| Identificar as diferentes metodologias adotadas pelos profissionais do CAPS ad da Grande Florianópolis se | • Período sem uso da substância.<br>• A abstinência como escolha do sujeito. |

| | |
|---|---|
| colocam diferenciadas da perspectiva da abstinência. | |

Fonte: autora (2020)

## 3.7 ASPÉCTOS ÉTICOS

De acordo com os princípios éticos, o entrevistado foi informado que todos os dados a seu respeito serão sigilosos, e que não é obrigado a responder a todas as perguntas, sendo que este pode se retirar do estudo a qualquer momento, bastando para isso entrar em contato com a pesquisadora, por meio do telefone ou e-mail fornecido por ela, sem qualquer impedimento ou prejuízo para o entrevistado.

O atual estudo presume riscos mínimos, em razão de serem entrevistas individuais, e são considerados pela pesquisadora como: Algum aumento no nível de exposição dos funcionários de acordo com a presença da entrevistadora em função do COVID-19, contudo, os riscos foram minimizados com todos os procedimentos de distanciamento da possibilidade de contaminação, ou seja, com uso de máscaras faciais, álcool em gel, distanciamento de um metro e meio da entrevistadora e entrevistador, e em uma sala arejada. Outra razão de riscos mínimos: a exposição dos profissionais de saúde sobre sua metodologia de trabalho, entrar em contato com sentimentos que não saibam lidar e que podem causar mobilizações emocionais. Nestes casos foram tomadas providências, como o acolhimento dos participantes, e caso considerem necessário, um encaminhamento aos serviços de Psicologia da UNISUL.

Quanto aos benefícios da pesquisa se dão de forma indireta, visto que estudar sobre o tema amplia o conhecimento. Tal estudo também possibilita aos profissionais uma reflexão acerca das metodologias de trabalho e possivelmente fomentar mais discussões sobre o assunto.

Os participantes da pesquisa poderão ter acesso aos resultados da pesquisa através do contato da pesquisadora, por e-mail ou por telefone, a partir de dezembro de 2020, período que corresponderá à finalização do projeto.

# 4 RESULTADOS E ANÁLISE

## 4.1 ACOLHIMENTO DO SUJEITO SOB O EFEITO DE SUBSTÂNCIAS

O acolhimento inicial realizado no Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas (CAPS AD) acontece por algum profissional que estiver em seu período de expediente. Segundo BRASIL (2015), esse primeiro atendimento ocorre ou por demanda espontânea ou

referenciada, sem a necessidade de agendamentos prévios, incluindo uma escuta qualificada em coerência com a fala do sujeito e/ou familiares para compreender a demanda, construindo nesse momento inicial um vínculo terapêutico. Dessa forma, nesse acolhimento em que há a presença da droga em face do sujeito que procura o serviço, há uma **tentativa de um diálogo possível** com o sujeito, e de acordo com o E1: "Quando ele chega sob o efeito a gente acolhe, a gente conversa, já fiz várias vezes isso aqui, (...), a primeira coisa que eu vejo é se ele apresenta algum risco para mim, para a equipe ou pra ele..." (E1). A partir do relato anterior, pode-se entender que, além de uma escuta atenta e qualificada para aquela demanda do sujeito, se busca assegurar uma segurança e preservação de riscos para todos naquele ambiente.

Ainda nesse acolhimento de uma pessoa sob o efeito da droga, foi possível identificar o **cuidado em proteger a equipe**, , como é indicado por um entrevistado: "se ele apresenta algum risco eu converso com ele ali fora, então esse é meu modo de atender o cuidado com a minha equipe" E1. Nesse primeiro momento busca-se minimizar os riscos possíveis, tanto do sujeito quanto da equipe.

Outra categoria possível de mostrar como ocorre esse acolhimento é a de uma construção de **um acolhimento com menor exigência e mais sensibilidade**, como pode-se ver nessa fala:

> Quando a gente fala do sujeito sob efeito de substancias acho que a gente tem que considerar que ele está apresentando possivelmente uma demanda clínica, uma pessoa que está sob efeito esta intoxicado, clinicamente esta instável, então esse acolhimento tem que se dar numa sensibilidade de se dispor de uma atenção clínica e um atendimento de menor exigência, eu não posso pedir pro paciente por exemplo refletir comigo aquele uso, por que ele está intoxicado, ele está sob efeito (E4).

As falas dos entrevistados denotam que a execução do acolhimento da pessoa sob efeito de drogas necessita ser flexível, se adequando à singularidade de cada usuário e cada demanda, na busca de caracterizar uma situação terapêutica e não um interrogatório. Relacionado a isto, direcionamentos apresentados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2015 p.11) sobre às situações de crise, indicam que:

> Ações desenvolvidas para manejo das situações de crise, entendidas como momentos do processo de acompanhamento dos usuários, nos quais conflitos relacionais com familiares, contextos, ambiência e vivências causam intenso sofrimento e desorganização. Esta ação exige disponibilidade de escuta atenta para compreender e mediar os possíveis conflitos e pode ser realizada no ambiente do próprio serviço, no domicílio ou em outros espaços do território que façam sentido ao usuário e a sua família e favoreçam a construção e a preservação de vínculos.

Nesse atendimento de pessoas sob o efeito de drogas, os profissionais entendem que **há a busca da diminuição do sofrimento** é o mais importante a se fazer, segundo E4:

> Acho que a melhor estratégia desse acolhimento acontecer é respeitar o movimento do usuário (...) e acho que dispor da melhor oferta terapêutica que seja possível minimizando os prejuízos que ele possa ter, então eu diria que o melhor acolhimento seria tentar calibrar o que a gente pode ofertar para os usuários a partir do que ele tem de demanda, entendendo que ele está com uma demanda clínica, quem sabe ofertar esse atendimento ali na UPA, de conduzir ele, de levar, de falar que é importante, mas evitar fazer grandes elaborações com o paciente intoxicado, sob efeito, penso que pode ser um revés, uma que o paciente talvez não vá ter um processo terapêutico muito favorável à disposição, porque ele não está em critica preservado ainda em um todo, e talvez isso acabe gerando uma crise, é um momento da gente tentar minimizar qualquer crise que esteja acontecendo, que possa inclusive ter motivado o uso desse usuário, então acho que o respeito ao usuário tem a ver com isso, desse acolhimento, atender uma demanda clínica(...)mas é ter respeito pelo usuário e não querer entender tudo quando o usuário estiver sob efeito de substâncias.

Durante os acolhimentos, e os atendimentos individuais, de pessoas sob o efeito de drogas também foi possível ver a importância em se **buscar do apoio de outros profissionais**, assim como pontuado pelo E2:

> Não consegui atender a outra pessoa, até por que estava falando de forma desconexa, então eu pedi um apoio dos técnicos de enfermagem para tentar acalmar e na ocasião ele veio acompanhado da mãe, ele veio sob efeito de crack, ele tinha fumado cerca de umas 5 pedras logo pela manhã e eu atendi ele pelas uma hora da tarde, então a gente pediu para as meninas da enfermagem pelo menos dar de forma paliativa, para amenizar um pouco os sintomas dele, por que ele estava com muita confusão, então conversar um pouquinho com ele, tranquilizar, enquanto eu coletava informações com a mãe.

Pode-se compreender que a forma como equipe acolhe a pessoa ou o familiar que busca o serviço, deve ser atenta, demonstrando interesse e apoio a eles, e que os profissionais devem reconhecer seus limites ao realizar o atendimento, recorrendo a outros membros da equipe interdisciplinar, e estimulando a participação no atendimento (RODRIGUES e BROGNOLI, 2014).

A partir desse relato é possível notar a importância da equipe multidisciplinar, cada profissional com sua bagagem, além de facilitar o trabalho em equipe, auxilia no atendimento à família, podendo naquele momento criar um vínculo e a partir disso, uma forma de acessar o sujeito, buscando acolher dentro de suas particularidades e possivelmente minimizando os danos naquele momento.

O acolhimento é importante em diferentes tipos de atendimento, mas na Redução de Danos (RD) especificamente auxilia na compreensão daquele sujeito e das possibilidades dele e de quem está ao seu entorno, trazendo o máximo possível para aquela realidade e utilizando diversos recursos para que aquele momento possibilite minimizar o sofrimento.

## 4.2 ACOLHIMENTO DO SUJEITO SEM EFEITO DE SUBSTÂNCIAS

No acolhimento da pessoa que procura o CAPS sem o efeito do uso de substâncias, os profissionais se colocam com o uso de **técnicas para levantar dados e informações.** Segundo o E2:

> A gente faz todo um levantamento pelo método do 'assist', é uma testagem cientifica é voltado em instrumentais também, em teoria, então a gente faz nesse dia do acolhimento (...) o primeiro contato com essa demanda , ora por demanda espontânea, ou pelo encaminhamento da rede, e ai a gente faz um levantamento da vida social desse paciente e também alguns tópicos importantes que sugerem ai a ocorrência sintoma de um quadro voltado para o álcool, um quadro voltado para a drogadição, para outras substancias psicoativas, e ai a gente faz um levantamento de pontuação pelos escores, e a gente verifica se existe um risco leve, um risco moderado, ou um alto potencial de sofrimento ali do paciente.

Assim, para selecionar informações, o profissional requer uma postura profissional, técnica, e a partir da demanda desenvolve formulações para o tratamento.

> O acolhimento envolve também uma perspectiva clínica que exige habilidades técnicas e apropriação sobre o funcionamento do serviço e da rede de atenção e é capaz de viabilizar uma avaliação psicossocial que faça o delineamento inicial sobre a expressão e história de sofrimento e vulnerabilidade, indo além da identificação de sintomas, buscando a dimensão subjetiva destes, mas também vislumbrando ações e articulações concernentes às demandas apresentadas pelo sujeito e seus cuidadores (MOREIRA *et al.* 2017 p.2).

Durante essa tarefa de coletar dados, os profissionais **observam a demanda para a inserção**, como é mostrado na fala a seguir do E3:

> Primeiro a gente faz o acolhimento, a gente entende, procura entender a necessidade pelo qual trouxe ele aqui, se é de fato, se esse paciente ele quer ser ajudado, ou se por exemplo, alguém da família trouxe ele aqui e ele não quer ser ajudado, mas ai ele está vindo por obrigação, pai mandou, mãe mandou, esposo mandou, nesse sentido. Conhecer e identificar esse paciente para então entender o histórico dele para então a gente conseguir começar a identificar qual o tipo de tratamento que a gente vai fazer com esse paciente.

Segundo a fala do entrevistado, durante o acolhimento, busca-se reunir informações para perceber as necessidades do sujeito e de sua família.

> Em síntese, uma função do acolhimento é distinguir o tipo de queixa e demanda para avaliar a adequação dos serviços em relação ao usuário. É necessário avaliar vários fatores: (...) deslocamento/distância e recursos financeiros para frequentar o serviço, quais suportes e de acompanhamento – se preciso – terá para frequentar o serviço. Enfim, o diagnóstico psiquiátrico, por si só, não é suficiente para definir a inserção do sujeito num serviço. Então precisamos também de avaliar sua condição nos três cenários onde a vida cotidiana se desenrola: família, comunidade e trabalho (RODRIGUES e BROGNOLI, 2014 p.71-72).

Também pode ser visto que no acolhimento da pessoa sem efeito de drogas é buscado o **cuidado multiprofissional para inserção ou encaminhamento**, sobre isso E2 afirma:

> É discutido caso amplamente, de forma bem objetiva, e cada um faz suas observações e considerações, e ai a gente chega em um consenso a respeito da situação da pessoa. É discutido todos os casos da semana, do acolhimento. Para ver se pode ser encaminhado para a unidade básica de saúde, porque alguns casos vem encaminhado e ai tem aqueles casos de olhar recortado, a pessoa usa a maconha de forma recreativa e já encaminham para o CAPS ad, ai a gente vê, faz um encaminhamento, as vezes não tem um risco alto, um risco moderado , os prejuízos dele não são severos, e as vezes ele tem um sofrimento emocional de base que não contempla a maconha pelo uso recreativo dele, ele usa de forma esporádica., então a gente encaminha para a unidade básica de saúde para ser atendido por lá.

Tal modo de procedimento pode ser relacionado a que "nesses casos, é importante que se acolha a demanda, que se construa junto com os sujeitos a ampliação da leitura do problema e que sejam dados os devidos encaminhamentos" (MOREIRA, *et al*. 2017, p. 8).

Nesse processo de acolhimento também há a busca de **compreensão do significado da droga para o sujeito**, como indica E1 a seguir:

> Eu pergunto para eles, qual a representação daquela substância na vida deles, e a gente vai reduzir, até chegar num ponto que não comprometa a saúde dele, ele socialmente, ele com a justiça, e ele com o financeiro.

A questão seria então, compreender qual o sentido da droga para o sujeito, quais as significações e a partir disso desenvolver recursos e espaços para ressignificação do uso abusivo da droga para que assim ele tenha consciência da sua relação com a substancia e possa realizar outras escolhas, que até no momento não eram refletidas. No mesmo movimento salta à vista outra categoria, que pode ser considerada mais relativa a ocorrer uma busca de sentido, quando há uma **busca nas drogas de uma resposta**, como diz um entrevistado: "o recurso às drogas é entendido como uma resposta possível do sujeito ao mal-estar que é inerente tanto ao processo de formação das sociedades e culturas como também à própria constituição psíquica do ser humano" (RIBEIRO, 2009 p. 335). Segundo o E1:

> Usuário de drogas é ser uma pessoa que está em busca de uma resposta cuja qual ela não encontra de formas habituais (...) essas pessoas as quais a gente atende aqui, o primeiro momento em que se vê com alguma dificuldade, uma frustração, uma ansiedade, um resultado positivo, um resultado otimista , um resultado favorável, elas recorrem a substância, então elas não conseguem lidar de uma maneira assertiva, de uma maneira boa, saudável, inclusive com as notícias boas, então, esse é o público que atendemos aqui, tem pessoas que não conseguem lidar com notícias ruins e tem pessoas que não conseguem lidar com notícias boas.

Desta forma, "(...) criar alternativas inovadoras de cuidado ao usuário exige um conhecimento aprofundado de sua história de vida, dos gatilhos determinantes de sua entrada e imersão no uso abusivo de drogas, de suas relações familiares, das relações que estabelece com seus pares e com as demais pessoas que integram seu mundo, das relações com sua comunidade

de origem e das relações com a sociedade em geral" (CENTRO DE REFERÊNCIA TÉCNICA EM PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS, 2013 p.67). É compreender então qual a função que a droga exerce a vida da pessoa, e quais os fatores que motivam ao uso da substância.

Nessa perspectiva, identificou-se que buscar junto aos sujeitos soluções para o uso da droga em que se considere a importância dela, o quanto ele pode reduzir naquele momento sem impor que ele pare de usar a substância, mas acolher as necessidades atuais daquele sujeito, auxiliar que ele compreenda sobre os efeitos do uso das drogas em sua vida, pensar com ele o que mais poderia fazer, auxilia o sujeito a compreender a autonomia naquele processo, e que compreenda sobre si.

## 4.3 METODOLOGIAS DE TRABALHO DE UM CAPS AD E SUA CORRESPONDÊNCIA ÀS TEORIAS PRESENTES NO CAMPO DA REDUÇÃO DE DANOS

A primeira categoria desse objetivo mostra que as metodologias de trabalho com a RD se voltam para **o trabalho em conjunto** no CAPS. E esse trabalho articulado acontece de várias formas. De acordo com as falas dos entrevistados, ela pode ocorrer entre a equipe e o sujeito e também entre os profissionais, segundo a fala do E2: "É trabalhado junto ao sujeito, e também a equipe de trabalho, todo mundo pensa em conjunto, isso é uma redução de danos também, esses encaminhamentos, esses processos de triagem, o próprio PTS, a redução de danos parte do princípio isso".

Essa fala pode ser vista correspondendo com a referência do Ministério da Saúde sobre o cuidado, no âmbito do CAPS ser "desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Singular (PTS), envolvendo, em sua construção, a equipe, o usuário e sua família; a ordenação do cuidado estará sob a responsabilidade do CAPS e/ou da Atenção Básica, garantindo permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal do caso" (BRASIL, 2011).

Para o trabalho em conjunto ocorrer, deve-se dispor dos **vários olhares da equipe multidisciplinar**, ambas categorias caminham juntas, e dessa forma, segue fala do E1:

> Existe troca de informações e muitas vezes eu peço ajuda porque eu sou psicólogo, eu não sei aferir, mapear uma pressão arterial, muitas vezes você está na minha frente e eu to te percebendo muito letárgica, e eu vou olhar a medicação, ok a medicação não faz isso, tu pode estar com uma queda de pressão, tu pode estar com alguma coisa, eu me despeço de ti e tu cais, tu pode cair na passarela que tem aqui e tu ir a óbito (...), eu não tenho competência para isso, mas uma das diretrizes do SUS é a integralidade, então eu tenho uma enfermeira aqui, tenho um médico aqui, tenho duas técnica de enfermagem, ai eu já torno ele mais multidisciplinar.

Percebe-se que todos os profissionais trabalham de modo multidisciplinar, atuando com uma responsabilidade de acordo com cada área, os autores Queiroz, Jardim e Alves (2016)

refletem a importância de uma equipe multiprofissional atuando no CAPS ad, cada profissional com sua especificidade, trabalhando em conjunto, favorecendo assim, a melhor forma possível de cuidado ao sujeito.

Outra categoria a ser analisa é sobre a **conscientização dos prejuízos para o sujeito**. Essa categoria avança em relação a como é possível reduzir os prejuízos de acordo com o uso, sendo que essa orientação pode ocorrer de duas formas segundo os entrevistados 4 e 3:

> Conceito de redução de danos tem a ver definitivamente diminuir os prejuízos associados ao uso de substancias psicoativas, para que esse prejuízo possa ser reduzido, esses danos possam ser reduzidos, a gente vai falar ou de metodologias de uso dessas substancias que reduzam o prejuízo, então a forma como o paciente usa essa droga, por exemplo, existe uma diferença importante se ele usa o crack na latinha de alumínio e se ele usa crack no cachimbo próprio, sem o contato com o alumínio ou materiais com alto nível de toxidade, sem dúvida o paciente que faz uso de crack em um cachimbo próprio tem redução de danos em relação aquele que faz uso na latinha de bebida, então a gente orientar uma vez que o usuário aponta que está fazendo uso e que não deseja parar, reduzir danos, então é viabilizar um acesso de direitos, direito de melhorar nível de saúde em qualquer circunstância que ele deseje. E4

Essa primeira fala perpassa sobre orientações aos usuários para que quando façam uso da substância o façam da maneira menos prejudicial possível. Desta maneira,

> É importante que os profissionais de saúde estejam capacitados a orientar adequadamente os pacientes, com atitude empática e desprovida de preconceitos. Para tal, precisam estar bem informados sobre as alternativas existentes além dos modelos de tratamento baseados na abstinência total (...) (BRASIL, 2008 p.37).

A segunda forma vista para reduzir danos de acordo com orientações para o sujeito sobre seu uso foi identificada pela fala a seguir:

> O que a gente pode fazer é sentar com o paciente e colocar os prós e contras de fazer uso daquela substancia (...) então é uma coisa que a gente deixa bem claro para o paciente, o que que pode acontecer, quais são os danos que esse paciente vai ter, quais são os prejuízos que ele vai ter, o que ele pode perder nesse momento, não só a parte fisiológica, mas financeira, familiar, a parte social, a gente deixa muito claro para que de repente naqueles momentos que ele vai usar ele pare e pense nessa trajetória, e quem sabe ele de uma freada (E3).

Nessa fala do E3 a conscientização dos efeitos do seu uso aparece como uma estratégia e de certa forma correspondente ao que indica o setor saúde do país. Segundo o Ministério da Saúde,

> As medidas de RD para o LSD e o GHB são muito semelhantes às tomadas e/ou recomendadas para os alucinógenos: orientar quanto aos efeitos agudos desagradáveis (‘bad trips’), ao risco de desencadeamento de quadros psicóticos e outros quadros psiquiátricos; evitar de fazer uso desacompanhado; procurar atendimento de emergência em caso de mal-estar físico ou psíquico e informar o profissional de saúde que fez uso da substância; evitar uso concomitante de outras drogas (BRASIL, 2008 p. 33).

A partir dessa referência e dos relatos dos entrevistados entende-se que essas formas de reduzir danos depende não só de qual droga é usada, mas também de como é usada e por quem é usada, pois, cada sujeito tem sua singularidade.

Para a prática efetiva de um tratamento deve-se olhar para um todo, incluindo **o cuidado para a rede social do usuário**, outra categoria que apoia a compreensão sobre a metodologia de redução de danos aqui estudada, pois:

> Auando um familiar adoece, ocorrem mudanças na convivência diária da família, causando ansiedade e preocupação, pois, na maioria das vezes, acreditamos estar imunes à doença. A situação se complexifica quando um familiar se torna usuário de álcool e/ou de outras drogas, pois à dependência química se associam o estigma, o preconceito, a exclusão do indivíduo e sentimentos como revolta, medo e vergonha, entre outros (ALVES, *et al.* 2015, p.82).

A partir da ideia de rede familiar o E2 relata:

> Eu atuo no acolhimento, eu atuo também em discussão de caso, não diretamente a eles, mas a minha parte também se faz na parte do acolhimento e na discussão dos casos, na psicoterapia também, e a psicoterapia também não é destinada apenas ao paciente, a gente também acolhe a própria família, por que a família também precisa ser orientado do que está acontecendo com esse paciente, não necessariamente uma psicoterapia em família, mas ao momento em que tu mexe no paciente, tu estas mexendo na rede sociológica dela ne, as vezes a gente precisa, como o paciente está tão inseguro, a gente precisa buscar esse suporte em casa, hoje mesmo vou estar conversando com a esposa de um paciente meu.

Dessa forma, pode-se entender a importância da família em ser acolhida e escutada, pois quando o contexto familiar recebe apoio e orientação, acontece um cuidado para além do paciente do CAPS, mas para a rede sociológica dele, entendendo que a eficácia do tratamento é consequência desse cuidado.

A partir da ideia de rede e mais especificamente relativo ao microcosmo com o meio do sujeito, entende-se importante **a articulação com o apoio familiar** durante o processo, como outra categoria, e sobre ela E3 revela que:

> Quando o paciente não quer o tratamento isso dificulta demais, ai sensibilizar o paciente, e também sensibilizar a família, por que por vezes o paciente quer o tratamento e a família já abandonou, até você conseguir trazer de volta aquele laço familiar, aquele rompimento familiar ali, por vezes demora bastante, isso acaba comprometendo o trabalho do técnico no sentido assim ó, o paciente está super afim de tratar, tá seguindo ali o tratamento, e ele expõe pra gente, que ah minha família não quer saber de mim, e nós enquanto profissionais vamos atrás da família tentando organizar aquele vínculo que foi perdido ali e por vezes a gente não tem sucesso, e ai as vezes o paciente acaba recaindo por conta disso.

A fala trazida pelo E3 mostra a importância que é para o sujeito a participação da família como apoio e mostra a influência nos resultados do seu tratamento, no entanto, uma das funções que o entrevistado entende como recurso é possibilitar uma nova construção ou manutenção de um vínculo entre o sujeito e sua família, desta forma,

> O comprometimento da família com essa nova forma de cuidar, portanto, exige uma (re)organização familiar e a aquisição de habilidades que podem alterar as atividades diárias. A responsabilidade do familiar com o usuário é positiva, pois, além de intensificar suas relações, o familiar torna-se parceiro da equipe de saúde mental no cuidado do usuário e um facilitador das ações de promoção da saúde mental (ALVES, *et al.* 2015 p.82).

Como forma de tratamento existem vários **tipos de atividades para o cuidado com o sujeito**. E relativo a isto, de acordo com o Ministério da Saúde, "algumas das ações dos CAPS são realizadas em coletivo, em grupos, outras são individuais, outras destinadas às famílias, outras são comunitárias e podem acontecer no espaço do CAPS e/ou nos territórios, nos contextos reais de vida das pessoas" (BRASIL, 2015 p.10). Sobre isto, segue a fala do E2: "além da psicoterapia, tem o fornecimento de medicamento, tem a consulta com o psiquiatra e também o clínico geral, então são essas as atividades que ocorrem aqui, além dos acolhimentos diários".

Na linha de se buscar a singularidade do sujeito como método da RD, além de entender quais as atividades funcionam na rotina do CAPS, os profissionais observam também qual a melhor atividade para a singularidade de cada sujeito, assim citado pelo E4: **"**acho que a redução de danos também ocorre claro na consulta, no atendimento direto com os profissionais de saúde, numa medida a gente vai ajudar o usuário a pensar junto outras modalidades que ele pode estar aplicando para si ou outras práticas para melhorar o nível de saúde". Portanto, se percebe em todas as entrevistadas as falas alinhadas acerca de como ocorre as atividades e de como é escolhido qual atividades se fazem importantes para cada sujeito, não desviando de teorias e outros estudos de como ocorrem as atividades nos CAPS ad.

Outra categoria referente à possibilidades metodológicas da RD a adoção de **atividades em grupo que possibilitam a RD**. Essas atividades coletivas são recurso para promover sociabilidade, intermediar relações, manejar dificuldades relacionais, possibilitando experiência de construção compartilhada, vivência de pertencimento, troca de afetos, autoestima, autonomia e exercício de cidadania" (BRASIL, 2015 p.11). Segundo E1:

> Atividades são os grupos, tem dois que são arte terapia e o horto terapia, uma vez a coordenadora fez um churrasco aqui e a intenção dela foi distanciar o churrasco da bebida, nós podemos fazer um churrasco sem ter álcool, as nossas festas, nós temos festas típicas, temáticas e pontuais, carnaval sem álcool, festa junina sem quentão (...) e depois a gente faz a festa da primavera que a gente pega o setembro amarelo, o outubro rosa e o novembro azul e nos então fazemos em novembro para reunir esse pessoal, vem a família toda, o familiar vê o quanto o seu ente querido é acolhido aqui no CAPS, possui vínculo, não faz mais uso, então o serviço deu certo.

Buscando por um objetivo terapêutico, a equipe se encarrega pela organização de um quadro de atividades, sendo de acordo com o E1 a "horto terapia", mas também, churrascos,

funcionam como forma de ampliar a sociabilidade, criar vínculos entre os usuários, e também entre a família e o CAPS. Assim, o E4 também fala sobre os grupos terapêuticos:

> Eu penso que primeiro de tudo, acho que esse encontro entre os pares, essa experiência dos usuários virem aos grupos terapêuticos (...), de poder que os usuários possam partilhar o próprio percurso, as pedras no meio do caminho, as estratégias que adotaram, oque que funcionou, até porque muitas das vezes os usuários tiveram experimentações de uso de substancia q a equipe não teve, então eles conhecem e reconhecem os efeitos, as sensações, e então acho que isso localiza melhor nessas angústias (...).

A RD propõe elaborar atividades para potencializar ações de prevenção e promoção em saúde, buscando autonomia na escolha de recursos e instrumentos para sua execução e dessa forma viabilizar uma adesão ao tratamento de forma mais efetiva.

Outra forma de Redução de Danos encontrada nas falas dos entrevistados é a **troca de substâncias como tratamento**, "a troca de uma droga por outra que diminua riscos e danos também é um exemplo de uma prática de Redução de Danos. É o caso do uso de benzodiazepínicos (BZD), como o clordiazepóxido ou o diazepan, no tratamento da abstinência alcoólica, (...) Muitas pessoas com problemas com o álcool podem interromper esse uso sem precisar utilizar uma medicação; mas, em muitos casos, principalmente nos mais graves, a substituição pelo BZD pode ser necessária. Com a terapia de substituição, a interrupção do uso de drogas pode ser um objetivo a ser alcançado mais adiante" (CRUZ, 2016 p.09). Segundo o E3:

> Aí vai depender de cada cliente, porque tu tem que ver o que ele faz uso, pra gente começar a reduzir, porque a ideia da gente não é parar de fazer uso 1 vez só, o paciente aqui do CAPS ele não para de usar, eu uso cocaína minha ideia é parar de fazer uso, não, é começar a reduzir, ou pela quantidade de substância ou substituir por uma outra substancia mais leve, como por exemplo, tentar trocar a cocaína num momento de fissura pela maconha, também é prejudicial mas você consegue reduzir um pouco mais o dano do que o uso da cocaína que vai te trazer problema cardíaco, pode fazer uma parada cardíaca, coisa que a maconha não vai fazer.

Dessa forma, como o E3 relata, essa forma de fazer RD vai depender de como e do tipo de substância que é usada, e também levar em consideração o que faz sentido para o sujeito e seu tratamento, até onde reduzir é suficiente para ele, ou se ele deseja a abstinência total.

Isso implica na próxima categoria, que diz respeito a um tipo de atenção dispensada na perspectiva de redução de danos acerca das **condições de uso e tratamento**. Sobre isto, de acordo com E3:

> Então reduzir danos nesse sentido assim, é a gente entender qual o propósito da pessoa aqui no CAPS, é aquele paciente que toma 1 caixa de cerveja e ele quer diminuir para 3 latinhas ao dia, então a gente vai trabalhando essa redução para que chega aos pouquinhos a 3 latinhas, e o momento que ele chega a 3 latinhas e ele acha que aqui ali é o limite dele, que ele não vai conseguir diminuir, que está tudo bem para ele, ele se sente confortável, para a gente nosso trabalho está concluído, não necessariamente

> ele precisa parar de beber tudo, então reduzir danos é tentar minimizar o máximo possível de prejuízo fisiológico, emocional, psicológico, de todas essas formas.

A partir de algumas falas foi possível notar **as várias formas de se fazer Redução de danos**:

> O que a gente vê de feedback alguma vezes é assim, ai eu estava com muita fissura e ai você falou que era para eu fazer uma respiração mais profunda naquele momento e eu lembrei disso, e em vez de eu ir fazer uso eu fiz a respiração e eu fui me acalmando, fui relaxando e aquele momento passou, então eu ensinei para ele uma respiração, uma coisa simples, mas que fez efeito em um momento de fissura, partir daquela confiança que ele teve, de ter feito e conseguido, ele começa a trabalhar aquilo cada vez mais. E3

> Propor que o usuário substitua alguma coisa na sua rotina que esteja gerando um dano, orientação de como dormir melhor, recentemente trabalhou por exemplo, como os usuários lidam com conflito doméstico, em brigas dentro da família, que tecnologias que estratégias adotar, ai é uma baita redução de danos, porque você está falando de diminuir conflitos familiares, que tem a ver com uma questão do paciente ser vulgarizado, taxado de pessoa problemática, então ao mostrar esse "autocontrole e domínio próprio" frente as emoções no ambiente familiar, acho que isso também é reduzir danos. E4

Notou-se por meio das falas e dos dados coletados durantes as entrevistas que os entendimentos sobre a RD são diversos, mas que todos os profissionais possuem conhecimento sobre a RD, mesmo que com diferentes concepções. Isso mostra que a RD é vivenciada no dia a dia do CAPS, e de diferentes formas, podendo ser algo que se aplica também aos diferentes sujeitos, em cada singularidade e suas diferenças.

As estratégias de cuidado em **redução de danos para além do tempo presente** pode ser vista nas falas a seguir quando os entrevistados E4 e E2, respectivamente descrevem:

> A redução de danos ela não é só uma liturgia no uso, ou uma higiene no uso, "boas práticas no uso", eu acho que ela tem a ver com ampliação de habilidades sociais, como por exemplo, um usuário em seu processo psicoterapêutico, e nesse processo começa a desenhar um projeto de vida, começa a propor algumas mudanças voltado para o mercado de trabalho, reatar contato familiar, criar uma nova habilidade social, um novo hobby, isso tudo ao meu ver é uma redução de danos, isso está entrando em uma outra coisa, que antes não havia nada, ou havia lago que de fato causava mais danos.

> Toda forma de manejo que a gente faz é em redução de danos. Redução de danos é evitar o prejuízo do futuro, futuro é daqui 5 minutos, daqui 1 hora, daqui 1 dia, daqui 1 mês, daqui 1 ano.

Ou seja, trata-se a RD aqui de "criar condições para que o sujeito venha a exercitar o cuidado de si e a desejar um projeto de vida, em lugar de o Estado impor o acesso a seus direitos como um dever" (CONTE, 2004 p.66). Dessa forma, por meio da RD desenvolve-se várias formas de cuidados, entre elas, a perspectiva de encontrar junto ao sujeito novas prioridades e produzir projetos de vida, sempre valorizando e potencializando a autonomia do sujeito.

O trabalho dos profissionais dentro do CAPS perpassa sobre em outra categoria a partir da qual se entende **as facilidades para a operacionalização da RD**. Sobre essa possibilidade E3 e E4 respectivamente falam sobre a percepção deles:

> As facilidades na parte técnica mesmo, esse envolvimento técnico, comprometimento da equipe, comprometimento com o coordenador, em trabalhar várias tecnologias de cuidado para que a gente consiga manobrar o paciente, então acho que isso facilita muito o nosso trabalho, quanto mais tecnologias de cuidado a gente tem no nosso dia a dia mais fácil se torna o trabalho, visto que eu não vejo um trabalho fácil, o CAPS é altamente complexo, a gente está aqui na recepção e a gente não sabe se vai entrar alguém em surto, ou se a pessoa entra bem e vai surtar aqui dentro, então a qualquer momento tudo pode acontecer.

Nessa fala nota-se que o envolvimento técnico do grupo dos profissionais é contribuinte para o tratamento do sujeito.

> Acho que as facilidades é toda vez que a gente cria um canal de empatia e de alteridade com o usuário, acho que quando a gente consegue passar, transpor a mesa e falar pro usuário, ok você usa, então vou te orientar sobre teu uso, quando os usuários recebem essa comunicação nossa ele quase sempre se vê muito surpreendido, isso é uma facilidade porque isso aumenta a confiança, lá na frente a gente como profissional de saúde vai pretender que o usuário melhore nível de saúde, mas ele só vai conseguir alcançar qualquer novo objetivo se ele ter confiança nessa equipe que cuida dele, que pretende assisti-lo, então acho que essa facilidade é plena, ao celebrar com o usuário, uma vontade de entrar no tratamento , ainda que esteja em uso e falar para ele que está tudo certo , vamos falar sobre esse uso e os danos agora um pouquinho o que for possível, então continue seu uso até a gente prosseguindo, avançando, não tem problema, sem esse ajuizamento moral.

O trabalho em conjunto do profissional junto ao sujeito é algo que se destaca em várias falas das entrevistas, e a partir da fala do E4 foi afirmado que esse manejo facilita a operacionalização da RD.

> Acho que garante que ser um serviço de baixa exigência, a gente consegue capturar um monte de gente que passa em unidades e entidade que não conseguem cumprir aquelas exigências, eu digo muito das pessoas perguntarem, vocês encaminham para o AA, eu falo, não, a gente recebe o pessoal do AA, o pessoal que não conseguia cumprir aquela liturgia, de ter que ficar confessando quantos dias estão limpos enfim.

Nessa outra fala, percebe-se que em virtude de o serviço ser de baixa exigência, há facilitação da adesão dos sujeitos, inclusive aqueles que estavam em outras instituições.

O **aspecto dificultador para a operacionalização da RD** está vinculado ao sujeito, à sociedade e aos recursos referente à equipe, e sobre isto E3 e E4 trazem em seus relatos, dificuldades relativas ao próprio paciente:

> A dificuldade do próprio paciente, a resistência do próprio paciente é uma coisa que dificulta bastante, por vezes ele está super afim de começar a fazer o tratamento, chega um momento do tratamento em que eles tem recaídas ou lapsos, eai eles já querem parar o tratamento, começa a não vir mais, alguns tem muita dificuldade déficit

> cognitivo, então isso dificulta demais, você está ali fazendo a dinâmica e eles estão com muita dificuldade de entendimento, e ai acaba sendo um fator que dificulta o tratamento desse paciente para reduzir, mas eu penso que está mais voltado para o lado do paciente.

E também dificuldade do sujeito em aderir ao tratamento.

> E as dificuldades tem a ver com, primeiro, uma dificuldade cultural da população, mas eu acho que isso tem a ver com o trabalho do CAPS, fazer essa transformação cultural, tem a ver com o cenário socioeconômico que a gente vive, pelo sistema que está instalado no pais, que inclusive recentemente se posicionou contrário a redução de danos, então acho que política e socialmente falando o ambiente é bastante desfavorável, as pessoas tem uma ideia de normatização da vida, dos comportamentos, e não reconhecem a realidade, que parte dessas pessoas são usuários abusivas inclusive, que whiskies, de cocaínas da vida.

Outra dificuldade de acordo com o E4 é o estigma ainda carregado na sociedade, "a longa cultura de exclusão social, repressão e violência, assim, como a visão proibicionista em relação às drogas, dificulta a construção de um contexto institucional e social que acolha o usuário de álcool e drogas em sua singularidade, com respeito a sua liberdade e autonomia" (CALASSA, PENSO e FREITAS, 2015 p.185). Dessa forma o E4 relata:

> Uma dificuldade mais local tem a ver com, definitivamente, falta de profissional suficiente na equipe, infrequente capacitações, quando eu recebo alguém novo aqui na equipe, aqui que ela vai ouvir de redução de danos, então seria importante que isso atravessasse mais espaços formativos, ai a gente tem pouco curso, e então isso talvez seja uma dificuldade.

Nesse relato o E4 vincula a dificuldade de se realizar a RD pela falta de profissionais na equipe e pela carência de capacitações. "Um agravante desta situação pode ser consequência da formação acadêmica que, na maioria das vezes, não prioriza a questão do cuidado à saúde de pessoas que fazem uso de drogas" (ARAÚJO e PIRES, 2018 p.18).

## 4.4 O SUJEITO PARA O QUAL SE VOLTA A PRÁTICA DE RD NAS METODOLOGIAS ADOTADAS PELO CAPS AD

Há entre os entrevistados alguma apreciação sobre ter sido uma promoção de mudanças no modo de consideração dos sujeitos com uso abusivo de drogas. E nesse sentido, a primeira categoria a ser analisada é a **diferença de visão ao longo do tempo**, segundo o E1:

> Atualmente é visto com bons olhos (...) eu já participei de conversas de profissionais de algumas áreas: psicologia, enfermagem, assistente social que falavam que eram uns malandros, vagabundos, era isso era aquilo, hoje o pessoal já entende que não é assim, que realmente é uma questão de saúde pública, e eu converso com eles nos grupos, uma das minhas falas é que, eles estão doentes, eles não são doentes, e eu explico que antigamente era vagabundo, hoje é o estar doente, e não ser um doente porque temos um tratamento, e a pessoa pode ter uma vida natural, ela pode trabalhar, e ela pode abrir mão dos efeitos da substancia.

Conforme o relato de E1, a RD proporcionou que os profissionais da saúde pudessem ter um novo olhar sobre o usuário, e compreender a importância de que ele participe de todas as decisões que envolvem o seu processo/tratamento. Quando os profissionais da saúde têm contato com a estratégia de RD, diminuem-se as percepções preconceituosas com relação aos usuários. (FARIA, *et al.;* 201?). A RD vem como um de seus pilares combater a estigmatização e os preconceitos, diferente dos modelos anteriores onde os usuários de drogas eram taxados de delinquentes.

> Cabe destacar que a Estratégia de Redução de Danos é tolerante, pois evita o julgamento moral sobre os comportamentos relacionados ao uso de substâncias psicoativas e às práticas sexuais, por exemplo, evitando intervenções autoritárias e preconceituosas. Além disso, contempla a diversidade, visto que compreende que cada sujeito estabelece uma relação particular com as substâncias e que a utilização de abordagens padronizadas como pacotes prontos e impostos para todos é ineficaz e excludente, especialmente porque muitos serviços que trabalham com a lógica da exigência da abstinência excluem usuários que não querem ou não conseguem se manter abstinentes. (CRUZ, 2016 p.5)

Outra categoria importante é **<u>a inserção do sujeito na sociedade</u>**, pois a reinserção social deve ser considerada como um processo de intervenções e estratégias para reconstruir os vínculos familiares, comunitários e a prática da cidadania, de forma também de entender as limitações de cada sujeito, e buscar ampliar suas formas de autonomia. O entrevistado 1 traz sua fala sobre:

> (...) se tu pegar a palavra desencapsulamento, tu vai ter a palavra CAPS no meio, então nossa ideia agora, já que por muito tempo a saúde mental se preocupou com a reforma psiquiátrica, e a reforma é abrir os portões dos manicômios, das instituições, então não podemos institucionalizar ninguém, não podemos também "capsiar" alguém, "capsiar" é um termo que nós criamos aqui, que é tornar alguém dependente do caps (...) é importante devolver as pessoas para a sociedade, até porque o serviço é de inserção, e então vamos começar a inserir.

O entrevistado reflete a questão da Reforma Psiquiátrica e sua luta para que o tratamento do sofrimento psíquico deveria se dar em liberdade, diferentemente dos manicômios e das comunidades terapêuticas (CT's) onde possuíam uma forma de depósito de pessoas, e com poucos recursos terapêuticos, sem uma dimensão de reinserção na sociedade. Com isso começou o processo de desinstitucionalização, uma proposta de que as pessoas em tratamento circulem pela cidade exercendo seu direito à cidadania. Contudo, segundo o E3:

> Na hora em que a gente faz o PTS é o momento em que a gente elucida (...) o tempo de tratamento, cada um tem um tempo diferente, mas eles acham que vão entrar aqui e não sair nunca mais, então eles tem que entender que eles tem um tempo, e que cada tempo eles vão passando por um processo aqui dentro e que vai ter começo meio e fim, eles ficam muitos anos tranquilos, dependentes, e quando damos alta o paciente recai, ai não é mais uma dependência da substancia, mas do pessoal do CAPS, então

> ai a gente tem criado algumas coisas para que isso não acontece, para que não tenha problema com isso.

Então segundo a fala do entrevistado, o CAPS é produtor de estratégias para tornar os usuários cada vez mais autônomos diante do seu processo, possibilitando ampliar repertórios de estratégias para seu tratamento, e que não necessitem ficar dependentes de uma instituição e dos profissionais. Dessa forma,

> As práticas dos CAPS são realizadas em ambiente de 'portas abertas', acolhedor e inserido nos territórios das cidades, dos bairros. Os PTS, acompanhando o usuário, em sua história, cultura, projetos e vida cotidiana, ultrapassam, necessariamente, o espaço do próprio serviço, implicando as redes de suporte social e os saberes e recursos dos territórios. (BRASIL, 2015 p. 10).

Uma parte importante no tratamento é informar o usuário que ele é um **sujeito de direitos**, tal qual indica o entrevistado 4:

> Eu acho que a ideia é que ele seja visto como um sujeito de direitos, com capacidade de tomar decisão, que por sua vez também um usuário que não pode ser, muitas das vezes, desprivilegiado de algumas responsabilidades (...) usuário de drogas ele é uma pessoa que manifesta algum padrão de uso de substância mas que não necessariamente é um padrão de uso abusivo problemático, o que garante que ele possa ser um sujeito de direitos com cotidiano preservado e ainda assim ser um usuário de substâncias psicoativas.

Entende-se que o vínculo se inicia pelo acolhimento;

> "Mas para que este vínculo seja possível é fundamental que o trabalhador se reconheça como sujeito de direitos e efetivamente reconheça o usuário da mesma forma: como um cidadão, que deve ser respeitado em suas necessidades. Essas necessidades são únicas, na medida em que expressam as diferenças e singularidades de cada pessoa, e ao mesmo tempo comuns, do ponto de vista do direito de participação e convivência social" (CENTRO DE REFERÊNCIA TÉCNICA EM PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS, 2013 p.116).

Cabe ao CAPS realizar, com auxílio de uma equipe integrada dos profissionais da saúde mental, atividades que visem fortalecer o vínculo entre os usuários, a equipe, o serviço e reintegrá-lo à comunidade, ampliando seus direitos de cidadania e liberdade.

Para compreender o usuário de drogas, é condição compreendê-lo como **pessoa em constante sofrimento**, e um sofrimento para além da droga.

> Além do uso de substâncias, quando você vai se deparar com o sujeito, ele está despedaçado na tua frente, além do uso, atrás dele tem um monte de coisa que a gente precisa auxiliar, uma escassez de material, é a fome, é o sociológico totalmente destruído, então assim, não é só a droga, tem outras variáveis ai que vai muito além do emocional , que atinge também o emocional que nós precisamos auxiliar, então numa oficina terapêutica tu consegue alcançar isso, numa psicoterapia tu consegue alcançar isso, num trabalho de grupo tu consegue alcançar isso (E2).

Nesse sentido é importante buscar projetos que ultrapassam os muros do CAPS, buscando a rede de suporte do sujeito, potencializando ações para com o sujeito e a sua história, sua rotina para construir estratégias para minimizar os sofrimentos.

**Sujeito com vínculos e projetos de vida** é outra categoria a ser analisada. Para além de um usuário de drogas, ou uma pessoa em sofrimento, devemos pensar nas possibilidades de ação dele frente ao mundo que lhe está sendo oferecido, o que pode ser viabilizado a esse sujeito. Realizar isso através da redução de danos é compreender que podem ocorrer recaídas, mas que naquele espaço ou com aqueles profissionais o sujeito sempre será acolhido. Como fala o E3:

> Eu vejo que de fato nem todos acabam parando, mas acabam reduzindo bastante, e conseguem enxergar a vida, realinhar o vínculo familiar que estava perdido, alguns conseguem voltar a trabalhar, começam a ter vida normal, começam a ter independência, ter autonomia, isso é uma grande vantagem para o paciente.

Isso pode ser aferido com o que aponta o CREPOP a seguir:

> Mais que qualquer outro recurso, o que a prática nos CAPS revela de mais potente é que é o vínculo o recurso que melhor trata o sofrimento. É esta ferramenta, se quisermos assim nomear, que reveste todos os recursos disponíveis e possíveis de serem utilizados de sentido terapêutico e os tornam potentes na resposta (CENTRO DE REFERÊNCIA TÉCNICA EM PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS, 2013 p.98).

O tratamento de RD visa como estratégia compreender o sujeito como ser integral em suas redes familiares, sendo assim o vínculo fundamental para conhecer seu todo e juntos criar projetos de vida.

**O sujeito conhecedor de todo processo**, é outra categoria, a partir da qual é constatada a importância do sujeito como provedor do seu tratamento, durante a realização da entrevista com o E3 foi possível notar que todo o processo de acolhida e inserção no CAPS é explicado ao usuário para que ele não crie expectativas, para que ele compreenda sobre a cooperação naquele processo, e para prepara-lo para a alta, visto que:

> Eles acham que vão entrar aqui e não sair nunca mais, então eles tem que entender que eles tem um tempo, e que cada tempo eles vão passando por um processo aqui dentro e que vai ter começo meio e fim, eles ficam muitos anos tranquilos, dependentes, e quando damos alta o paciente recai, ai não é mais uma dependência da substância, mas do pessoal do CAPS, então ai a gente tem criado algumas coisas para que isso não acontece, para que não tenha problema com isso.

Dessa forma, é elaborado um PTS junto ao usuário, estabelecendo objetivos e condutas conjuntas, refletindo de acordo com a especificidade de cada sujeito e família, e serão propostas atividades cuja finalidade será resgatar a saúde deles. Como orientado pelo CENTRO DE REFERÊNCIA TÉCNICA EM PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS (2013, p. 98), a RD

é um trabalho coletivo, que se orienta pelos diferentes tipos de conhecimento, e integrando "[...] a experiência e o momento de vida de cada usuário [...]". A partir disso é possível o trabalho da RD com os usuários.

## 3.5 METODOLOGIAS ADOTADAS PELOS PROFISSIONAIS DO CAPS AD DIFERENCIAÇÃO À PERSPECTIVA DA ABSTINÊNCIA

A proposta da Redução de Danos (RD) tem sido aplicada na elaboração de recursos e estratégias que não estejam focadas somente na abstinência, para tanto, o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outra Drogas (CAPS ad) abrange todas as pessoas e suas singularidades, trabalhando com base na diminuição de seus sofrimentos e também, trabalhando junto ao sujeito seus objetivos do tratamento.

A partir das falas dos entrevistados foi possível perceber que existe uma aproximação das concepções entre os profissionais do que seja a abstinência. Assim foi criada uma categoria que possibilitasse vislumbrar sobre **o período sem uso da substância**. Sobre ela falam os entrevistados 4 e 2: "Etiologicamente falando, abstinência é estar deixando de usar algo, estar deixando de usar algo com determinada frequência, não estar fazendo uso de abstinente de algo é estar isento de..." (E4), "A abstinência é muito singular, é de caso para caso, pode ser 1 dia, pode ser 3 dias, é sem fazer o uso (...) então esse período de abstinência é isso, é o tempo que a pessoa fica sem o contato ou uso da substancia, que é muito relativo de cada caso" (E2).

A **abstinência como escolha do sujeito** também aparece nos relatos dos profissionais, entendendo que cada paciente tem um perfil diferente, um quadro clínico diferente, e principalmente, entender quais os desejos daquela pessoa.

> Olha, não é algo imposto, tudo é feito como sugestão, de 15 pedras, pedir para ficar em abstinência é quase um milagre, não tem como, porque tem os efeitos da droga no organismo, tem que trabalhar a questão da redução dessas pedras, até chegar num período de abstinência. É muito singular isso, mas não é imposto, é sugerido, conversado, reflete na qualidade de vida dele, é feito toda uma conversa, é uma escolha do paciente, ai tem os critérios da medicação, tem medicação que de forma alguma pode ter uso de álcool, porque, ai o médico vai falar, tal tal tal, o médico vai falar os efeitos colaterais, ai é uma escolha do paciente (E2).

Nesta perspectiva, as falas evidenciaram o respeito ao usuário e a não imposição da abstinência como pressuposto da RD na produção do cuidado, e mostrando também que a abstinência não é um tratamento preconizado no CAPS ad, mesmo o usuário fazendo uso de uma determinada substancia, os profissionais buscam outros recursos para minimizar os prejuízos. Ou seja, "(...) a RD não está focada na aprovação ou não do uso, uma vez que suas intervenções não se fundamentam em questões morais" (CARVALHO E DIMENSTEIN, 2017

p. 649). Todavia, segundo o entrevistado 4 a abstinência é indicada em algumas ocasiões como consta na fala a seguir:

> A gente tem algumas situações em que ela ocorre, quando o usuário propõe que deseja parar de usar, a gente valida porque é um desejo dele, ele deseja apoio técnico para que isso seja possível, não pode deslegitimar, nem propor no meio do caminho outra alternativa que siga usando, porque ele não quer isso, e quando do ponto de vista estrutural e inegociável não tem jeito, os pacientes que manter o uso vai a óbito, inevitavelmente porque ele está com um determinado prejuízo de saúde, então acho que a gente precisa falar da abstinência por exemplo, numa situação mais recente, uma gestante de 7 meses, ela tem que ouvir que ela precisa ficar abstinente a favor do feto, que está com 2 quilos, porque pode nascer morto, ela pode ter uma série de complicações, o bebê pode ter uma série de complicações de desenvolvimento, eu não digo submetê-la a abstinência, mas dar a importância dela pensar sobre isso, do quanto de prejuízo ela vai ter, então defender a abstinência nessas situações em que irrevogavelmente é o que sobra para não ir a óbito, ou uma situação incontornável de danos, nesses sentidos, ela existe, as vezes precisa entrar com uma ação da abstinência, mas ela precisa ser pensada dessa forma, quando a situação demanda, quando é inevitável e não quando é possível outros caminhos para o usuário.

Esses relatos exemplificam o ponto de vista dos profissionais sobre a redução de danos, compreendendo a abstinência como um tratamento possível desde que o usuário deseje ou como último recurso quando existe um grande risco de vida. Dessa forma, “para se iniciar um trabalho sob a ótica da redução de danos num serviço público, principalmente de tratamento da dependência química, é essencial que a equipe primeiro internalize a premissa de que abstinência não é o foco primordial de seu trabalho” (DELBON, DA ROS e FERREIA, 2006 p.46).

Desta maneira, a RD não exige a abstinência como pré requisito para a permanência dentro do serviço ou durante seu tratamento, como consta em outros espaços, como as Comunidades Terapêuticas (CT’s) ou o grupo Alcoólicos Anônimos (AA). A RD busca desenvolver um espaço acolhedor para que o sujeito se sinta cuidado dentro dos seus limites, desejos e subjetividades, e não defender uma meta que distancie os usuários por não quererem ou não conseguirem alcançar a meta da abstinência.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho objetivou descrever as metodologias de Redução de Danos (RD) utilizadas pelos profissionais em um Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas (CAPS ad) da Grande Florianópolis, dessa forma segue as observações de cada objetivo específico.

No tocante em como é realizado o acolhimento das pessoas que chegam sob efeito de drogas, é entendido que existe um protocolo amplo, com menor exigência e mais sensibilidade, de forma a acessar o sujeito em sua demanda, a partir de uma escuta atenta qualificada e também a flexibilidade para respeitar o movimento e diálogo do sujeito. Nesse primeiro momento observar a demanda clínica, os riscos possíveis para o sujeito e a equipe do CAPS ad, e a partir disso, buscar minimizar os riscos e o sofrimento do sujeito naquele momento, e se necessário buscar apoio da família ou de outros profissionais da equipe.

Já em relação ao acolhimento de pessoas sem efeito de substâncias, se busca compreender a demanda do sujeito para então observar a necessidade de inserção no serviço, a partir de técnicas para levantar os dados e informações necessárias, como, entender qual substância psicoativa é utilizada, como é utilizada, qual a frequência, e também o que a droga representa para o sujeito.

Nesse primeiro atendimento ao sujeito já é possível notar a presença de atividades referente à uma redução de danos, inclusive, sendo algo representado por todos os entrevistados, e que sim, existe um acolhimento independente da condição do sujeito, sob efeito ou não.

No que tange à metodologia de trabalho de RD referente às teorias presentes no dia a dia dos profissionais, foram citados o trabalho articulado entre as várias profissões, um trabalho baseado na construção em conjunto, entre a equipe e o sujeito e entre os próprios profissionais. Representando assim, o sujeito como corresponsável pelo seu tratamento, sendo autônomo e edificando seu processo com base naquilo que ele acredita ser possível e partindo de seu desejo. Para que seja possível ter êxito no seu tratamento, o sujeito é acompanhado com vários olhares da equipe multidisciplinar, conscientizando o seu uso da substância, orientando as diferentes formas de atividades possíveis para minimizar os seus danos e também cuidando de sua rede sociológica, possibilitando construção e manutenção dos vínculos. De acordo com os posicionamentos dos entrevistados, percebemos uma visão integradora, respeitando as escolhas do sujeito, e percebendo-o como autor de seu tratamento.

Ainda no mesmo objetivo, acerca das metodologias, foi possível destacar as várias formas de conhecimentos sobre o que seja RD, e também isso se mostra nas práticas, as diversas atividades que possibilitam a RD, vários recursos terapêuticos que os profissionais desenvolvem para cada situação, para cada sujeito.

Foi encontrado também facilidades e dificuldades para a operacionalização da RD, como citados, poucas capacitações sobre os conhecimentos da RD, muitos profissionais começam a trabalhar no CAPS sem nenhuma base teórica, e apenas lá dentro do serviço começa a desenvolver o aparato teórico. Outras dificuldades enfrentadas seria uma equipe reduzida

trabalhando no serviço, e também o estigma ainda existente em nossa sociedade, como também a resistência do usuário durante algum período do seu tratamento.

As facilidades encontradas são o trabalho em equipe enriquecendo e facilitando o trabalho, e também quando se cria um vinculo e um canal de empatia com o sujeito ele se torna mais acessível e mais envolto no seu tratamento.

Em relação ao objetivo específico que buscaria conhecer como o sujeito é considerado perante a equipe como alguém em constante sofrimento, e que precisa de ajuda; segundo os relatos o olhar para o sujeito que usa drogas hoje não é mais o mesmo visto como antigamente, pois diminuíram-se as percepções preconceituosas perante a equipe que trabalha no CAPS ad. Indicando que a RD dentro do serviço garante ao sujeito seus direitos de pessoas que usam drogas, compreendendo se querem interromper ou não o uso, valorizando o projeto de vida e a autonomia. E por fim, desenvolvendo a autonomia do sujeito, os profissionais a partir do diálogo junto com o sujeito ajustam-se as escolhas dele referente à abstinência, não sendo uma estratégia preconizada no serviço, e nem tendo como foco principal, mas sim, identificado se é desejo e objetivo do sujeito.

Identifica-se perante as falas dos entrevistados a necessidade de incluir capacitações nos mais diversos espaços do cuidado com a saúde mental, como também, incluir nas formações acadêmicas dos profissionais, levando em consideração que a RD não é exclusiva de uma profissão, mas sim de todas.

Em meio a análise de dados, foi possível ponderar algumas sugestões de outras pesquisas que possam ser importantes para o crescimento no âmbito da RD, como, uma pesquisa com a equipe médica do CAPS AD, pois nesta pesquisa não foi possível acessá-los por sua indisponibilidade, e poderiam talvez nos trazer uma outra dimensão de como se pôr em prática a RD. Como também, outra sugestão seria a de ir a campo em outro CAPS ad de um município diferente, comparando e diferenciando as abordagens dos profissionais e das instituições.

A partir do método da pesquisa, pode-se compreender a riqueza de uma entrevista presencial, a construção de um vínculo com o entrevistado que me permite acessar a sua percepção dos fenômenos dessa pesquisa, e ainda mais, acessar o serviço de forma presencial fez conhecer as partes internas de onde ocorrem os grupos terapêuticos, os variados acolhimentos, e como se dá todo o funcionamento de passagem dos profissionais.

## REFERÊNCIAS


ALVES, Railane David; et al. **GRUPO DE FAMILIARES EM CAPS AD: ACOLHENDO E REDUZINDO TENSÕES**. S A N A R E, Sobral, V.14, n.01, p.81-86, jan./jun (2015). Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/download/613/330>. Acesso 23 nov. 20.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais** [recurso eletrônico]: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed Editora Ltda, 2014. p. 948 Disponível em: http://www.clinicajorgejaber.com.br/2015/estudo_supervisionado/dsm.pdf. Acesso em: 21 mar. 2020.

ARAÚJO, Tarso. **Almanaque das drogas**. São Paulo: Leya, 2012. 384 p.

ARAÚJO, Ana Carolina da Costa; PIRES, Ronaldo Rodrigues. **Redução de Danos na Atenção Psicossocial: concepções e vivências de profissionais em um CAPS ad.** Tempus, actas de saúde colet, [*s. l.*], 22 mar. 2018. Disponível em: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/04/882812/2017-v-11-n-3-portugues.pdf. Acesso em: 1 abr. 2020.

BASSANI, Marlise A.; FERNANDES, Fabiana Coelho. **Psicologia clínica ambiental em comunidades terapêuticas: intervenção por meio de capacitação profissional.** Rev. NUFEN, Belém , v. 9, n. 1, p. 77-88, jan. 2017 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912017000100006&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 23 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.088**, **de 23 de dezembro de 2011.** Republicada em 21 de maio de 2013. Brasília, 2011. Disponível em: < . Acesso em: 17 nov. 2020.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Lei Orgânica da Saúde. 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, set. 1990.

_____. **Portaria nº 336/02, de 19 de fevereiro de 2002**. Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. Disponível em: <http://www.mp.ba.gov.br/atuacao/cidadania/legislacao/saude/mental/portaria_336_02.asp>. Acesso em 01 abr. 2020.

____. (2009). **Relatório Brasileiro Sobre Drogas.** Brasília: Ministério da Justiça, Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas. Disponível em: <https://www.justica.gov.br/central-de-conteudo/politicas-sobre-drogas/relatorios-politicas-sobre-drogas/relatoriobrasileirosobredrogas-2010.pdf>**.** Acesso em 03 maio. 2020

_____. **Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011**. Rede de Atenção Psicossocial. 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. Disponível em: <http://brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>. Acesso em: 01 abr. 2020.

_____. **Lei nº 10.216, de 04 de junho de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/lei10216.pdf>. Acesso em: 04 maio. 2020.

CALASSA, Glacy Daiane Barbosa; PENSO, Maria Aparecida; FREITAS, Lêda Gonçalves de. **Redução de danos na visão dos profisssionais que atuam no CAPS AD II do Distrito Federal**. Psicol. pesq., Juiz de Fora , v. 9, n. 2, p. 177-187, dez. 2015 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472015000200008&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 01 abr. 2020.

CENTRO DE REFERÊNCIA TÉCNICAS EM PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS (CREPOP). **Referências técnicas para a atuação de Psicólogas(os) no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial**. Conselho Federal de Psicologia (CFP). Brasília: CFP, 2013. Disponível em: <http://crepop.pol.org.br/novo/wp-content/uploads/2013/07/MIOLO_TECNICAS_DE_ATUACAO2.pdf . Acesso em 05 de maio de 2020.

____. **Referências para a Atuação de Psicólogas/os em Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas**. Conselho Federal de Psicologia (CFP). Brasília: CFP, 2013. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2014/01/CREPOP_REFERENCIAS_ALCOOL_E_DROGAS_FINAL_10.01.13.pdf>**.** Acesso em 5 de mai. de 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios : orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática.

_____. **Ministério da Saúd**e, 2015. 44 p. Disponível em: <Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA (saude.gov.br)>**.** Acesso 23 nov. 2020.

CARVALHO, Bruno; DIMENSTEIN, Magda. **Análise do discurso sobre redução de danos num CAPSad III e em uma comunidade terapêutica**. Temas psicol., Ribeirão Preto , v. 25, n. 2, p. 647-660, jun. 2017 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2017000200013&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 01 abr. 2020.

CEZAR, Michelle de Almeida; OLIVEIRA, Maurício Abrantes. **Redução de danos: uma experiência na atenção básica**. Mental, Barbacena, v. 11, n. 21, p. 486-500, dez. 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272017000200012&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 26 maio 2020.

Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região**. Álcool e Outras Drogas**. – São Paulo: CRPSP, 2011. Disponível em: http://www.crpsp.org.br/portal/comunicacao/livro-alcool-drogas/crpsp-alcool-e-outras-drogas.pdf. Acesso em: 17 jun. 2020.

CONTE, Marta *et al.* **REDUÇÃO DE DANOS E SAÚDE MENTAL NA PERSPECTIVA DA ATENÇÃO BÁSICA.** Boletim da Saúde | Porto Alegre | Volume 18 | Número 1 | Jan./Jun. 2004. Disponível em: <http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq_513_reducao_danos_ab.pdf>. Acesso 23 nov. 20.

CORDEIRO, Luciana; GODOY, Aline; SOARES, Cassia Baldini. **A supervisão como processo educativo: Construindo o paradigma de redução de danos emancipatória com uma equipe de CAPS-AD. .**, [*S. l.*], p. 153-159, 4 maio 2014. Disponível em: http://doi.editoracubo.com.br/10.4322/cto.2014.040. Acesso em: 1 abr. 2020.

CORRÊA, Carla Cristiane Freire; KINJER, Lígia Carangache; ROSSONI, Eloá. **INTERVENÇÃO COM OS FAMILIARES E DEPENDENTES QUÍMICOS NUMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: QUE EFEITOS PODE-SE PRODUZIR**, 2018. Disponível em: <http://www.politicaemsaude.com.br/anais/trabalhos/publicacoes/170.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2020.

CRUZ, Marcelo Santos. **A REDUÇÃO DE DANOS NO CUIDADO AO USUÁRIO DE DROGAS**. Eixo Práticas (2016). Disponível em: <20170424-094500-001.pdf (senad.gov.br)>. Acesso 23 nov. 20.

DELBON, Fabiana; DA ROS, Vera; FERREIRA, Elza Maria Alves. **Avaliação da disponibilizaçâo de Kits de redução de danos**. Saude soc., São Paulo , v. 15, n. 1, p. 37-48, abr. 2006 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902006000100005&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 01 abr. 2020.

DUARTE, André de Paulo; SOUZA, Elizabeth Cristina Landi de Lima e. **Da droga do sujeito ao sujeito da droga: no meio da clínica havia um sujeito**. Cad. psicanal., Rio de Jeneiro , v. 40, n. 38, p. 27-46, jun. 2018. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-62952018000100002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 23 nov. 2020.

FARIA, Ana Regina Noto; *et al.* **REDUZINDO O ESTIGMA ENTRE USUÁRIOS DE DROGAS: GUIA PARA PROFISSIONAIS E GESTORES**. Eixo Instrumentos. 201?. Disponível em: <http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201704/20170424-095607-001.pdf>. Acesso 23 nov. 20.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4º ed. São Paulo, Editora Atlas, 2002.

GOMES, Thaísa Borges; VECCHIA, Marcelo Dalla. **Estratégias de redução de danos no uso prejudicial de álcool e outras drogas: revisão de literatura**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 23, n. 7, p. 2327-2338, July 2018 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000702327&lng=en&nrm=iso>. access on 11 May 2020.

GONÇALVES, P. S. **Avaliação das Barreiras para Implementação do Projeto Detecção Precoce e Intervenção Breve para o Uso de Risco de Drogas na Atenção Primária à Saúde em Curitiba - PR**. 74f. Dissertação (Mestrado em Farmacologia) - Setor de Ciências Biológicas, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2005.

LAKATOS, Eva. M.; MARCONI, Marina. Andrade. **Fundamentos metodologia científica**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2001.

LIMA, Aluísio Ferreira de. **Dependência de drogas e psicologia social: um estudo sobre o sentido das oficinas terapêuticas e o uso de drogas a partir da teoria de identidade.** Psicol. Soc., Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 91-101, Apr. 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822008000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso 23 Nov.20.

LIMA, Helizett Santos de; SEIDL, Eliane Maria Fleury. **Consultório na Rua: percepção de profissionais e usuários sobre redução de danos**. Psicol. pesq., Juiz de Fora , v. 11, n. 2, p. 33-41, dez. 2017. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472017000200005&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 01 abr. 2020.

LIRA, Lara Caline Santos; SILVA, Priscilla Maria de Castro; CLEMENTINO, Francisco de Sales; BARBOSA, Khívia Kiss da Silva. **ENTRE POLÍTICAS E PRÁTICAS: ATIVIDADES TERAPÊUTICAS BASEADAS NA REDUÇÃO DE DANOS**. Revista de Enfermagem, [*S. l.*], p. 1206-1215, 15 maio 2018. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-980406. Acesso em: 1 abr. 2020.

MALVEZZI, Cilene Despontin; *et al*. **Adesão ao tratamento pela equipe de um serviço de saúde mental: estudo exploratório.** 2016. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5201/html_2>. Acesso 23 nov. 20.

MACHADO, Letícia Vier; BOARINI, Maria Lúcia. **Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos**. Psicol. cienc. prof., Brasília , v. 33, n. 3, p. 580-595, 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000300006&lng=en&nrm=iso>. access on 01 Apr. 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza *et al*. **Pesquisa social: Teoria, método e criatividade.** 31. ed. Petrópolis: Vozes, 2012. 108 p.

Ministério da Saúde (BR). **Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006**. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Diário Oficial da República do Brasil. Poder Executivo. Brasília: 2006.

MOREIRA, Carolina Pinheiro; *et al.* **Análise do processo de acolhimento em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil: considerações de uma investigação etnográfica**. Interface (Botucatu), Botucatu , v. 22, n. 67, p. 1123-

1134, Dec. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000401123&lng=en&nrm=iso>. Acesso 23 Nov. 2020.

MOTA, Leonardo de Araújo e. **Drogas e Estigmas**. Trabalho apresentado na II Semana de Humanidades da Universidade Federal do Ceará (UFC), abril 2005. Disponível em: <Semana de Humanidades (neip.info)>**.** Acesso 23 nov. 20.

NIEL, Marcelo; da SILVEIRA, Dartiu Xavier. **Drogas e Redução de Danos: uma cartilha para profissionais de saúde**/ Marcelo Niel & Dartiu Xavier da Silveira (orgs). – São Paulo, 2008. xi,149f. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/direitos_humanos/Cartilha%20para%20profissionais%20da%20saude.pdf>. Acesso 23 nov. 20.

____. **A produção científica internacional sobre redução de danos: uma análise comparativa entre MEDLINE e LILACS. SMAD**, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.), Ribeirão Preto , v. 8, n. 1, p. 41-47, abr. 2012 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762012000100007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 01 abr. 2020.

OLIVEIRA, Yvana Coutinho de. **A CLÍNICA TERAPÊUTICA OCUPACIONAL COM USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: O DESAFIO DA PRÁXIS.** 4. 2006. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40819407>. Acesso em: 12 jun. 2020.

OLIVEIRA, Eliany Nazaré et al . **Consumo de crack: característica de usuários em tratamento em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas**. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.), Ribeirão Preto , v. 15, n. 4, p. 1-8, dez. 2019 . Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762019000400009&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 23 nov. 2020.

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

PASSOS, Eduardo Henrique; SOUZA, Tadeu Paula. **Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de "guerra às drogas".** Psicol. Soc., Florianópolis , v. 23, n. 1, p. 154-162, Apr. 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822011000100017&lng=en&nrm=iso>. access on 01 Apr. 2020.

PIOVESAN, Armando; TEMPORINI, Edméa Rita. **Pesquisa Exploratória: Procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública**. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 4, n. 29, p.318-325, mai. 1995. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v29n4/10>. Acesso em: 12 jun. 20.

PRATTA, Elisângela Maria Machado; SANTOS, Manoel Antonio dos. O Processo Saúde-Doença e a Dependência Química: Interfaces e Evolução. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n2/a08v25n2>. Acesso em: 10 jun. 2020.

QUEIROZ, Isabela Saraiva de; JARDIM, Ôni Márcia; ALVES, Mariana Gonçalves de Deus. **"Escuta no pátio": cuidado e vínculo como práticas de redução de danos.** Pesqui. prát. psicossociais, São João del-Rei , v. 11, n. 3, p. 650-668, dez. 2016. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082016000300010&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 01 abr. 2020.

RIBEIRO, Sérgio Luiz. **A criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo**. Psicol. cienc. prof., Brasília , v. 24, n. 3, p. 92-99, Sept. 2004 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932004000300012&lng=en&nrm=iso>. access on 14 June 2020.

RIBEIRO, Cynara Teixeira. **Que lugar para as drogas no sujeito? Que lugar para o sujeito nas drogas? Uma leitura psicanalítica do fenômeno do uso de drogas na contemporaneidade: Uma visão psicanalítica sobre o fenômeno do uso de drogas hoje em dia.** Ágora (Rio J.), Rio de Janeiro , v. 12, n. 2, p. 333-346, Dez 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982009000200012&lng=en&nrm=iso>. acesso em 23 de nov. 2020.

RODRIGUES, Jeferson; BROGNOLI, Felipe Faria. **Acolhimento no Serviço de Atenção Psicossocial.** Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 1984-2147, Florianópolis. v. 6 n. 14 (2014).

SANCHEZ, Zila van der Meer et al . O papel da informação como medida preventiva ao uso de drogas entre jovens em situação de risco. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 699-708, May 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000300012&lng=en&nrm=iso>. Acesso 23 nov. 20.

SANTOS, Vilmar Ezequiel dos; SOARES, Cássia Baldini; CAMPOS, Célia Maria Sivalli. **Redução de danos: análise das concepções que orientam as práticas no Brasil.** Physis, Rio de Janeiro , v. 20, n. 3, p. 995-1015, 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000300016&lng=en&nrm=iso>. access on 01 Apr. 2020.

VASCONCELLOS, Vinicius Carvalho de. **Trabalho em equipe na saúde mental: o desafio interdisciplinar em um CAPS.** SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.), Ribeirão Preto , v. 6, n. 1, p. 1-16, 2010 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762010000100015&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 23 nov. 2020.

VENTURI, Gustavo. **Consumo de drogas, opinião pública e moralidade: motivações e argumentos baseados em uso**. Tempo soc., São Paulo , v. 29, n. 2, p. 159-186, maio de 2017 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20702017000200159&lng=en&nrm=iso>. acesso em 23 de novembro de 2020.

## APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

**Dados de Identificação:**

1. Idade?
2. Sexo?
3. Categoria profissional?
4. Tempo de formação?
5. Tempo de atuação no CAPS AD?

1. Qual as facilidades e dificuldades para operacionalização?
2. Quais estratégias e atividades que possibilitam a RD?
3. Quais os objetivos das intervenções?
4. Quais são as intervenções?
5. Como é utilizado o conceito de RD na construção das práticas?
6. Como ocorre o cuidado multiprofissional?
7. Quais os benefícios proporcionados pela RD no tratamento?
8. Como é visto o usuário do CAPS perante o tratamento dele?
9. Como os casos são discutidos? Junto ao sujeito?
10. Qual sua concepção de abstinência?
11. Em que momento ela ocorre?
12. De que forma existe o acolhimento do sujeito sob efeito de drogas?