**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

DELZA RODRIGUES DE SOUZA

**REDUÇÃO DE DANOS (RD): ANÁLISE DAS
CONCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE UM CENTRO
DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS
DROGAS (CAPS – AD)**

**SÃO PAULO
2013**

DELZA RODRIGUES DE SOUZA

**REDUÇÃO DE DANOS (RD): ANÁLISE DAS
CONCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE UM CENTRO
DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS
DROGAS (CAPS-AD)**

Dissertação apresentada à
Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo para
obtenção do Título de Mestre em
Ciências.

Área de Concentração: Cuidado
em Saúde

Orientadora: Professora Doutora
Márcia Aparecida Ferreira de
Oliveira

**SÃO PAULO
2013**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Souza, Delza Rodrigues de
Redução de danos (RD): análise das concepções dos
profissionais de um centro de atenção psicossocial álcool
e outras drogas (CAPS-AD) / Delza Rodrigues de Souza. –
São Paulo, 2013.

108 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Marcia Aparecida Ferreira de
Oliveira

Área de concentração: Cuidado em saúde

1. Redução do dano 2. Drogadição
3. Serviços de saúde mental 4. Profissionais da saúde
5. Enfermagem I. Título.

NOME: DELZA RODRIGUES DE SOUZA

TÍTULO: REDUÇÃO DE DANOS (RD): ANÁLISE DAS
CONCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE UM CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS
(CAPS-AD).

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de Mestre
em Ciências da Saúde.

Aprovado em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento _____ Assinatura: _____

Dedicatória

*A minha mãe Zilma Rodrigues de Souza (in memorian), por ter me
dado seu
amor, seus valores e a quem devo o que sou.*

*As minhas irmãs e irmãos, em especial, a minha irmã gêmea Deuzeni
companheira e amiga amorosa nas batalhas diárias.*

À meu amado Tatá pela sua paciência e cuidado comigo.

A todos os colegas de profissão pelo aprendizado contínuo.

Agradecimentos

*Às Professoras da Banca Examinadora: Divanê de Vargas e Maria
Odete
Perreira pela oportunidade de aprender com suas orientações.
À minha orientadora professora doutora Márcia Aparzeida Ferreira
de Oliveira pelo incentivo, acolhimento e valiosas orientações e,
sobretudo pelo carinho e paciência.
À minha amiga Thaís Ishida Cestari pela ajuda, amizade, incentivo e
trocas entusiasmadas.
Aos colegas o Grupo de Estudos em Álcool e Outras Drogas pela
troca de
experiências e companheirismo.
Aos funcionários da Secretaria de Pós-Graduação e Biblioteca da
EEUSP, pelo
acolhimento e pelas orientações nos momentos de dúvidas.
Aos usuários e colegas de trabalho do Centro de Atenção
Psicossocial Álcool e outras Drogas Santana por enriquecer minha
experiência de vida.*

Souza DR. Redução de Danos: análise das concepções dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras

Drogas. [Dissertação] São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2013.

RESUMO

O objeto deste estudo é a concepção Redução de Danos, optou-se pelo estudo qualitativo, exploratório e de campo. O objetivo principal é identificar e analisar as concepções dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas da cidade de São Paulo acerca da Redução de Danos. Foi desenvolvido com profissionais da equipe técnica de saúde mental e o coordenador do serviço. O marco conceitual teórico deste estudo é a Reforma Psiquiátrica e os pressupostos da Redução de Danos. Para a obtenção do material empírico a técnica empregada foi à entrevista semi-estruturada. Os instrumentos para coleta de dados contemplam a caracterização sociodemográfica dos colaboradores e um roteiro para entrevista que foi gravada. Os dados foram transcritos e analisados sob a luz do método Hermenêutico Dialético. Na análise emergiram quatro categorias: dificuldade em classificar a gravidade do consumo; a droga para encobrir as necessidades de grupos sociais desfavorecidos; a droga como necessidade de todas as classes nos tempos atuais e formas da RD de trabalhar com o consumo. O resultado aponta que para os sujeitos deste estudo a RD se posiciona como uma abordagem que se opõe ao modelo hegemônico de guerra as drogas e não parte do ponto único e exclusivo do uso de drogas como doença. Afirmam que a RD não é contra a abstinência e visa diminuir riscos e danos a saúde considerando todo o contexto, o desejo e as possibilidades de cada pessoa. Nesse sentido, amplia a oferta e as possibilidades de cuidados para as pessoas que fazem uso prejudicial dos diversos psicoativos.

Palavras-Chave: redução do dano, drogadição, serviços de saúde mental, profissionais da saúde e enfermagem.

Souza DR. Harm Reduction: analysis of professional concepts of a Psychosocial Care Center Alcohol and Other Drugs. [Dissertation] Sao Paulo: School of Nursing, University of São Paulo, in 2013.

ABSTRACT

The object of this study is the concept of Harm Reduction. It was opted to use a field research, with exploratory and qualitative approach. The main objective was to identify and analyze the views about Harm Reduction of professionals from a Psychosocial Care Center for Alcohol and Other Drugs in São Paulo. The study as developed throughout all of the professional categories, e.g. higher-level, technical and coordinators of the staff. The theoretical framework of this study is the Psychiatric Reform and the assumptions of Harm Reduction. To obtain the empirical data, it were used semi-structured interviews as technique. The instruments for data collection include the sociodemographic characteristics of the members of the staff and a guide for the interviews, which were recorded. Data was transcribed and analyzed under the view of the Hermeneutic Dialectic method. In the analysis, four categories emerged: e.g. difficulties in classifying the severity of consumption; drugs as a way to cover the needs of disadvantaged groups; drugs as a need for all classes in the current times and ways of working with Harm Reduction and the consumption. The result shows that for the subjects in this study the Harm Reduction stands as an approach that opposes the hegemonic model of the war on drugs and not part of the one and only point of drug use as a disease. Claim that the Harm Reduction is not against abstinence and aims to reduce health risks and damage considering the entire context, the desire and the possibilities of each person. In this sense, extends the offer and the possibilities of care for people who make use of the various harmful psychoactive.

Keywords: harm reduction, drug addiction, mental health services, health professionals and nursing.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
2 REDUÇÃO DE DANOS.....	22
3 MARCO TEÓRICO CONCEITUAL.....	39
3.1 A Reforma psiquiátrica e a redução de danos.....	39
4 OBJETIVO.....	49
5 PERCURSO METODOLÓGICO.....	50
5.1 Tipo de estudo.....	50
5.2 Cenário da pesquisa.....	52
5.3 Sujeitos da pesquisa.....	66
5.4 Cuidados éticos.....	67
5.5 Caracterização dos sujeitos da pesquisa.....	68
5.6 Entrevista semiestruturada.....	69
6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	72
7 CONCLUSÃO.....	88
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	91
9 REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....	94
APENDICE.....	101
ANEXO.....	104

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

Iniciei a graduação em enfermagem em 2001 e, durante a formação, não cursei nenhuma disciplina relacionada aos problemas com álcool e outras drogas. No ano de 2005 ingressei no aprimoramento e especialização em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental, do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (IPq-HCFMUSP) onde tive a oportunidade de aprofundar conhecimentos teóricos e práticos em enfermagem psiquiátrica, desenvolvendo atividades em ambulatórios e enfermarias especializadas nos diversos transtornos mentais graves, com exceção do ambulatório de dependência química, que na época não fazia parte do programa de aprimoramento em enfermagem.

Minha trajetória profissional como enfermeira na saúde mental iniciou-se em 2008, compondo a equipe multiprofissional de um hospital psiquiátrico denominado “Pólo de Atenção Intensiva em Saúde Mental da Zona Norte PAI-ZN” parte do Complexo do Hospital Geral do Mandaquí, na cidade de São Paulo, na ocasião, realizando acolhimento e classificação de risco no Pronto Socorro Psiquiátrico. Atendia um grande número de pessoas com quadros graves em decorrência do consumo abusivo e problemático de álcool e outras drogas: intoxicações agudas e síndromes de abstinência graves, contudo, havia concordância dos profissionais do serviço que o mais indicado seria unidades clínicas pelo risco de morte, e não o serviço de Pronto Socorro.

Apesar de o serviço estar dentro de um Complexo, onde além do Pronto Socorro Psiquiátrico, havia também um Pronto Socorro e Hospital Geral, as tentativas de discussão da necessidade de atendimento clínico dos usuários de álcool e outras drogas eram permeadas pela recusa, alegando lotação, falta de profissionais e despreparo para lidar com estes quadros clínicos.

Era também rotineira, no Pronto Socorro Psiquiátrico, a presença de familiares buscando orientações do que fazer com estes usuários, sobretudo os que recusavam tratamento, já trazendo a idéia de que a internação é a forma de resolver definitivamente o problema com drogas. Pensamos então em desenvolver estratégias para responder a esta procura no serviço de Pronto Socorro Psiquiátrico, sendo que, uma delas seria um grupo específico para acolhimento de familiares com orientações sobre a finalidade e importância dos serviços da rede, os Centros de Atenção Psicossocial em álcool e outras drogas (CAPS ad) e as Unidades Básicas de Saúde.

Nessa época iniciei um curso de capacitação em terapia familiar em Dependência Química, neste processo me deparei com questões controversas a respeito do tema álcool e outras drogas, tais como: a falta de consenso quanto ao formato e quais abordagens seriam mais apropriadas e relevantes para trabalhar a questão com os familiares; a família como causadora, estratégias para trabalhar a doença do indivíduo. O que me inquietava era a falta de uma abordagem que pudesse colocar o tema como um fenômeno complexo e multifacetado.

Para minha satisfação em 2009, surgiu a oportunidade de trabalhar como enfermeira em um CAPS ad da região, que ainda estava por inaugurar, um serviço novo e uma equipe nova. Desta forma o projeto técnico institucional foi construído a partir da equipe que ali se conformava sendo construídas e discutidas coletivamente as terapêuticas, tais como: os grupos, as oficinas e os atendimentos especializados, levando em consideração a complexidade do problema para além do recorte doença.

O tema da droga trazido nas discussões pela equipe interdisciplinar considerava a sua complexidade, os casos eram conduzidos sempre com estímulos e reflexões mais amplas, apesar

das opiniões divergirem as condutas eram sempre indicadas levando em consideração os elementos e olhares trazidos pelos profissionais. Os projetos terapêuticos singulares eram construídos com os usuários, respeitando o desejo e as possibilidades individuais de cada sujeito nos seus contextos particulares.

Nas reuniões gerais, que na ocasião aconteciam uma vez por semana com a presença de todos os profissionais giravam em torno da discussão do processo de trabalho, troca de idéias e propostas dos profissionais para desenvolvimento de oficinas e grupos terapêuticos, por vezes se tornavam um espaço também de formação, em que se discutiam os modelos de atenção, a importância da Redução de Danos (RD) e o próprio processo de trabalho da equipe. Assim, o modelo de atenção e de trabalho neste CAPS ad foi construído e alicerçado na lógica da Reabilitação Psicossocial para pessoas com problemas em álcool e outras drogas, tendo como princípio o referencial da Redução de Danos.

A experiência positiva de participar da construção de um modelo específico em álcool e outras drogas, pautada nos pressupostos e estratégias da RD me impulsionou no desenvolvimento desse estudo, com o intuito de analisar como a RD vem sendo conceituada na prática cotidiana dos profissionais de saúde.

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A Redução de Danos (RD) foi consolidada mundialmente como prática efetiva de saúde pública na prevenção do HIV-AIDS entre usuários de drogas injetáveis.

Na abordagem ao consumo de drogas a sua aceitação por parte dos profissionais de saúde ainda é restrita, reconhecendo-a única e exclusivamente, como estratégia para prevenções de doenças transmissíveis para populações em situações de grande vulnerabilidade.

Percebe-se que seu conceito é entendido de diferentes formas, na maioria das vezes a RD é vista unicamente como estratégia para alcançar pessoas que não conseguem ou, no momento, não estão dispostas a se tratar, ou ainda, que a RD é contra as abordagens voltadas para abstinência total do consumo de drogas e que a RD seria um incentivo ao uso de drogas.

Concepções distorcidas da RD vêm se propagando de forma a confundir a sociedade em geral e construir uma visão negativa desta abordagem, aumentando ainda mais a resistência por parte dos profissionais de saúde em relação às suas práticas e estratégias.

Parte dessa resistência se originou e se mantém em decorrência do modelo de “guerra as drogas” abordagem proibicionista originada nos Estados Unidos da América (USA). Este ideal se propagou para o mundo para tratar as questões relacionadas ao consumo de drogas, enfatizando a proibição e o perigo oferecido pelas drogas, contudo sabemos que estes conceitos não são naturais, mas construídos histórico e culturalmente desde os primórdios da humanidade.

O modelo de tratamento advindo do proibicionismo tem como única meta aceitável abster-se prontamente de qualquer consumo de drogas. O objetivo a ser alcançado com o proibicionismo por meio da repressão foi incentivado pelo slogan de um “mundo livre de drogas”. Contudo, os dados epidemiológicos oficiais de órgãos internacionais e do Brasil demonstram a não eficácia deste modelo em relação ao fenômeno, indicando o aumento do consumo de drogas globalmente.

O Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC, 2012) estima que cerca de 230 milhões de pessoas, ou cinco por cento da população mundial adulta, fizeram uso de drogas pelo menos uma vez em 2010. O número de usuários problemáticos alcança em torno de 27 milhões de pessoas, o equivalente a 0,6 por cento da população adulta. Em todo o mundo, o uso de drogas ilícitas parece ter se mantido estável, apesar de estar aumentando em vários países em desenvolvimento.

O uso prejudicial do álcool resulta na morte de 2,5 milhões de pessoas anualmente, provoca doenças e lesões para muitos, e cada vez mais afeta gerações mais jovens e consumidores nos países em desenvolvimento (OMS, 2011). Seu uso indevido é um dos principais fatores que contribuem para a diminuição da saúde mundial, sendo responsável por 3,2% de todas as mortes e por 4% de todos os anos perdidos de vida útil (Brasil, 2004). No ano de 2002, o Brasil apresentou uma mortalidade atribuível diretamente ao uso abusivo ou dependência de álcool correspondente a 0,8% de todas as mortes nos homens e 0,1% nas mulheres (Marin-Leon, Oliveira, Botega, 2007).

O Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) realizou duas pesquisas domiciliares sobre drogas no Brasil, uma em 2001 e uma em 2004, permitindo, pela primeira vez, uma comparação usando a mesma metodologia. O universo estudado correspondeu à população brasileira que vive nas 107

idades brasileiras com mais de 200.00 habitantes. 8.589 pessoas foram entrevistadas na primeira pesquisa realizada em 2001 e 7.939 pessoas, na segunda. Os dados sobre a prevalência mostraram que houve um aumento significativo do uso na vida de drogas psicotrópicas (inclusive para o tabaco e o álcool). Em 2001, 19,4% dos entrevistados relataram ter usado algum tipo de droga e, em 2004, foi 22,8% de uso na vida de drogas, um aumento estatisticamente significativo. Verificou-se também um aumento estatisticamente significativo no uso na vida de álcool e tabaco na comparação entre os dois levantamentos (Carlini, et al.,2010).

O relatório brasileiro sobre o uso de drogas verificou que a prevalência de *uso na vida* de qualquer droga, exceto tabaco e álcool, foi maior na Região Nordeste, onde 27,6% dos entrevistados já fizeram uso de alguma droga. A região que apresentou menor *uso na vida* foi a Norte com 14,4%. No Brasil, o *uso na vida* para qualquer droga (exceto tabaco e álcool) foi de 22,8%. Esta porcentagem é, por exemplo, próxima à do Chile (23,4%) e quase metade da dos EUA (45,8%). O *uso na vida* de medicamentos, sem prescrição médica, teve um fato em comum: mais mulheres do que homens os usaram, para qualquer das faixas etárias estudadas. Os estimulantes aparecem com 3,2% de *uso na vida*. Os benzodiazepínicos, com 5,6%, apresentaram menor prevalência do que a observada nos EUA (8,3%). O *uso na vida* de *crack* foi de 0,7% para as maiores 108 cidades do país, cerca da metade do valor apresentado no estudo americano. O relatório brasileiro sobre o uso de drogas da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) em 2009 aponta que uso de merla (uma forma de cocaína) apareceu na Região Norte com 0,8%, a maior do Brasil.

Os dados epidemiológicos demonstram que a direção das políticas já instituídas no sentido de Guerra as Drogas, não só não deu conta do fenômeno, como mostra, ainda, que historicamente a tendência do aumento do consumo se eleva. Fica a certeza de que

as práticas interventivas fundadas na repressão e no proibicionismo não conseguiram interferir de forma efetiva no quadro de prevalência do consumo de drogas ao longo da vida e ainda dificulta a busca pelo tratamento.

Contudo, o modelo proibicionista não conseguiu impedir o desenvolvimento de um modelo alternativo e contra hegemônico por meio da Redução de Danos (RD). Ao longo de sua história e construção a RD passou por períodos de não aceitação, resistência e afirmação, diversos motivos são citados para justificar a dificuldade da sua institucionalidade como prática efetiva e legítima no campo das drogas. Um dos motivos apontados na literatura é a diversidade de entendimentos e apropriação dos conceitos da RD. Embates ideológicos e teóricos vão sendo construídos sem ficar claro de que forma, para quem, quando e como a RD é utilizada.

Iniciam-se questionamentos em relação à dependência enquanto doença, tipos de uso e direito, respeito às escolhas individuais e principalmente em relação às formas de assistir os usuários de drogas.

A Reforma Psiquiátrica (RP) travando lutas no campo da saúde mental trouxe conquistas inegáveis para o cuidado das pessoas que tem problemas com o uso de álcool e outras drogas, propondo abordagens mais humanas e realistas, considerando o aspecto histórico e social no adoecer, ou seja, o processo de saúde e doença. Em consonância com a RP a RD vem se construindo e se afirmando com a colaboração de populações excluídas e, defendida por profissionais de saúde como alternativa ao modelo proibicionista do uso de drogas.

Em matéria dos campos de saber que vem construindo bases teóricas e metodológicas para a RD destacam-se a história, a antropologia, a sociologia a criminologia crítica e alguns campos da saúde trouxeram para o centro da discussão a complexidade do fenômeno das drogas: produção/comércio/consumo, demonstrando

que o mesmo não está solto no mundo e que a contemporaneidade responde aos interesses do poder hegemônico. O modelo do Centro de Atenção Psicossocial em álcool e outras drogas (CAPS ad) representa consonância com os pressupostos da RD. Contudo, o conceito e abordagem da RD nos CAPS ad ainda é um tema em construção.

Assim sendo, o objeto deste estudo é a concepção Redução de Danos dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas, partindo do pressuposto que a RD é uma abordagem com potencial ético, humanizado, crítico e transformador, porém ainda não se tem claro como a RD tem sido entendida nos CAPS ad.

É esperado que no CAPS ad as ações dos trabalhadores voltadas à Reabilitação Psicossocial estejam em consonância com os princípios da RD e sintonizados com os vários campos do conhecimento: técnico, social, jurídico e político. Diante da carência de estudos sobre RD no CAPS ad e dada a sua importância como marco conceitual para o amparo das práticas e cuidados às pessoas que fazem uso prejudicial de drogas; este estudo possibilitou o entendimento da concepção de RD que vem sendo construída pelos profissionais em um CAPS ad. Nesse sentido, compreender as temáticas importantes que se entrelaçam na concepção dos profissionais é uma tarefa fundamental para que possa ser desmistificada e desenvolvida de forma ampliada nos CAPS ad.

2 REDUÇÃO DE DANOS

A revisão da literatura permite identificar dois principais posicionamentos políticos para o enfrentamento de questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas: o proibicionismo e a abordagem de redução de danos. O proibicionismo constituiu-se no alicerce ideológico da política pública sobre drogas nos Estados Unidos da América a ser seguida por todos os países (Alves, 2009).

O conceito de redução de danos começou a ser preconizado e aplicado por gestores públicos e movimentos sociais na Europa, no início da década de 1980 frente ao crescimento da epidemia do HIV por meio de trocas de seringas e tratamentos de substituição (Cruz e Fiore, 2009). Em função da implantação de programas para prevenção da AIDS que alcançaram êxito mundialmente, a RD é reconhecida então como importante estratégia de saúde pública por vários países conforme demonstram alguns autores (Berridge, 1993; Reale, 1997; Bastos, 1998; Fonseca, 2005). Pesquisas constataram a estabilização no número de dependentes, a diminuição da infecção pelo HIV e a diminuição da mortalidade entre os usuários na Europa, Reino Unido, Austrália e Brasil (Conte, 2003).

A primeira experiência explícita de redução de danos conhecida como “O modelo redução de danos de Mersey” aconteceu ter sido em Liverpool, no ano de 1985, através de uma ação na rua que tinha o objetivo de reduzir danos no sentido tanto da diminuição do consumo ou da cessação com uma hierarquia de objetivos segundo (O’Hare, 1994):

1. Evitar o compartilhamento de seringas;
2. Substituir o uso de injetável;
3. Reduzir globalmente o uso de drogas;
4. Interromper o uso de drogas.

Assim, considerava-se que mesmo diante de um consumo dependente de drogas, os usuários poderiam diminuir as

consequências mais danosas minimizando os efeitos prejudiciais a sua saúde (Santos, 2008).

Vários programas de redução de danos (PRD) foram implantados em diversos países como a Bélgica, Austrália, Alemanha, Suíça, França e Canadá, algumas regulamentando o uso de drogas em *coffee-shops*, locais de uso, horários, tipos e quantidades de drogas permitidas, além da prescrição médica de metadona ou heroína, implantação de abrigos, centros de urgência, narcossalas, máquinas que fornecem seringas e auxílio na busca de emprego (Totugui, 2009).

Nota-se que no decorrer de sua história a RD, em vários países, vai apresentando mudanças de uma postura restritiva de eliminação do consumo, para uma posição de maior tolerância em relação ao consumo de drogas, bem como o alargamento dos objetivos iniciais voltando ações para além do consumo, como a busca de emprego.

Contudo, a RD vem sendo percebida ainda em nosso meio unicamente como estratégia para prevenção do HIV por meio de trocas de seringas.

De acordo com (Reale,1997) essa visão restrita da RD se dá por três razões:

- 1- A importância que a AIDS como uma epidemia global adquire ao afetar os usuários de drogas injetáveis, seus parceiros sexuais e prole;

- 2- O fato dessa perspectiva ter ocorrido na Europa e se expandido para outros países de 1º mundo, o que tornou a prioridade das políticas de saúde a transmissão do HIV/AIDS pelo uso injetável:

- 3- A percepção social do “problema droga” a demonização da droga, expressão que designa a função de bode expiatório cumprida por esta e seus usuários como “fonte de todos os males”, tornando difícil a aceitação de

medidas voltadas para os usuários que os tomem como objeto de intervenções fora do binômio doente-criminoso.

A partir do histórico da Redução de Danos pode-se compreender, de forma ampla, como foram sendo construídas as relações entre a sociedade e as substâncias capazes de alterar a consciência. Essa construção acontece ao longo da história da humanidade a partir das disputas de interesses diversos em diferentes contextos políticos econômicos e sociais.

A história da RD no Brasil como experiência nacional ocorreu no município de Santos – SP, em 1989, como uma estratégia de prevenção as DST/AIDS entre usuário de drogas injetáveis (Souza, 2009). O autor estudou a história da RD do contexto local da cidade de Santos para um contexto nacional no Ministério da Saúde; de uma concepção reduzida de prevenção às DST/AIDS entre usuários de drogas injetáveis para uma proposta ampliada de produção de saúde; e de uma dimensão concreta de trocar seringa para uma dimensão abstrata de paradigma da política do Ministério da Saúde para álcool e outras drogas. A RD se torna então uma estratégia ampliada de clínica tendo como principal desafio a construção de redes de produção de saúde que incluam os serviços de atenção do próprio Sistema Único de Saúde, Emergências Hospitalares e internações breves, Postos de Saúde, Estratégias de Saúde da Família, Caps-ad. (Passos e Souza, 2011).

Para apoiar a problematização desta investigação e a definição do objeto de estudo realizou-se um levantamento abrangente da literatura com o objetivo de se apropriar das concepções teóricas, práticas e estratégias da RD nos serviços de saúde mental e identificar especificamente as concepções em torno da RD apresentadas nos trabalhos produzidos em CAPS ad.

O conceito de redução de danos vem sendo consolidado como um dos eixos norteadores da política do Ministério da Saúde para o

álcool e outras drogas. As práticas de saúde devem acolher sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário e demandado, sempre estimulando a participação e o engajamento do usuário (Ministério da Saúde, 2004).

Contudo os conceitos trazem na maioria das vezes os princípios, estratégias e recomendações da RD, sem deixar claro de que tipo de RD é que se fala, se a RD é admitida realmente como modelo ou referencial teórico para tratar as questões das substâncias psicoativas, ou se o conceito se restringe a RD apenas como um instrumental para chegar às pessoas que fazem uso problemático de drogas e convencê-las a abstinência.

O conceito de Redução de Danos (RD), na história da Associação Brasileira de Redutores de Danos (ABORDA) foi estratégia de saúde, passou por política de saúde e agora é mais bem expresso como movimento social. Esta associação pede que pesemos a utilização no senso comum da expressão RD para qualquer situação onde exista busca de diminuição de prejuízos (eventuais ou potenciais) do uso de psicoativos legais ou ilegais com ou sem o uso de drogas na busca de maior bem-estar social para todos (MacRae e Gorgulho, 2003).

Sabemos que a RD no decorrer de sua história vem apresentando diversos contornos em relação a sua conceituação, princípios e estratégias.

A RD é centro de grande controvérsia e objeto de disputa, que encerra um conjunto de interesses institucionais, políticos e econômicos. O embate está relacionado ao conflito em torno de sua definição, como também oriundo de uma série de divergências a respeito da própria questão do consumo de drogas (Fiore, 2009); o autor aponta a necessidade de considerarmos a existência da polissemia que a própria expressão representa para não incorreremos no erro de simplificá-la excessivamente, ou afirmá-la como uma

panacéia para resolver todas as questões sociais, jurídicas e culturais que envolvem o consumo de drogas.

Os autores (Carlini et al., 2003) defendem e valorizam a Redução de Danos (RD) como uma alternativa viável, humana e de resultados positivos já demonstrados para vários comportamentos de risco à saúde, definindo a mesma como uma alternativa de saúde pública para os modelos criminal e de doença; a RD reconhece a abstinência do uso de substâncias psicoativas como ideal, mas aceita alternativas intermediárias; a RD é uma abordagem que incentiva e incorpora a participação daqueles que sofrem com o abuso dessas substâncias (abordagem de baixo para cima); baseia-se no pragmatismo empático, em oposição ao idealismo moralista; e promove acesso a serviços de saúde de baixa exigência.

Para (Souza, 2007) a RD é um método clínico-político realizado por diferentes dispositivos de gestão e atenção que atualizam os princípios do SUS e as diretrizes da Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral para Usuários de Álcool e Outras Drogas. Salienta, ainda, a importância de não esquecermos que o essencial da RD é que ela é um método construído pelos próprios usuários de drogas que se co-responsabilizam quando tomam para si a tarefa de cuidado, o que representa uma de clínica ampliada, transversal e de ação no território. Ressalta que é preciso entender como a co-responsabilidade altera a relação com as drogas à medida que delimita um território existencial para os usuários de drogas.

A RD é vista como alternativa na área das drogas e como prática social e reflete todas as disputas que estão sendo travadas no campo político e ideológico bem como as diferentes concepções que dominam o discurso sobre drogas (produção, comércio e consumo) na atualidade, capaz de resgatar os aspectos éticos e humanos com potencial transformador que vão de encontro as raízes dos problemas sociais intimamente relacionados com o complexo problema das substâncias psicoativas (Santos, 2008). Porém, ainda

não estão claras para todos os atores envolvidos com a Redução de Danos no Brasil, quais são as bases teóricas que fundamentam as práticas destes sujeitos.

A RD é afirmada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma estratégia de prevenção terciária que propõe interromper ou retardar o progresso de uma desordem, um processo ou problema e suas sequelas, mesmo que as condições básicas do fenômeno ainda persistam (Carlini, 2003). Do ponto de vista de estratégia terciária a RD apresenta-se somente como um instrumental para pessoas que não alcançaram êxitos em tratamentos voltados para abstinência completa. Essa concepção entende a RD apenas como um instrumento de captação para doentes. Os sujeitos são vistos como passivos e frágeis ou incapazes de adaptarem-se as regras sociais se tornando dependentes, e em dados gerais a psiquiatria tem contribuído de maneira significativa na explicação do consumo de drogas como dependência-doença (Santos, 2008).

Essa concepção de sujeito coloca a droga como poderosa e capaz de subtrair a mente/corpo, toda subjetividade fica relegada ao poder da droga e as intervenções ficam baseadas em afastar o sujeito da droga desconsiderando todo seu contexto, o caráter histórico, social e cultural do uso de drogas.

O estudo sobre o uso de drogas nas sociedades urbanas esteve a cargo da medicina e da psiquiatria ao longo de quase todo o século passado, quadro que vem se alterando desde o final da década de 1970, com a contribuição de pesquisas nas áreas da antropologia, da sociologia e das ciências políticas (Birman, 2003).

Percebe-se que o tema drogas tem suscitado interesses diversos e disputas nos campos do saber e das práticas em saúde na busca de formas mais humanizadas, nesse sentido:

O valor atribuído às drogas, por suas propriedades, que orienta o modo como o homem se relaciona com as mesmas é fruto da práxis. Sabemos bem que esse poder atribuído a algumas drogas tem servido para a

manutenção de respostas conservadoras e autoritárias nesse campo nas sociedades contemporâneas. Em nome de um poder (sobre-humano), que a droga não tem, a resposta social tem sido a criminalização; que nega qualquer possibilidade democrática de construção de respostas, sociais e de saúde, pautadas nos direitos humanos e de cidadania (Brites 2006, p. 47).

Neste sentido, a assistência ao usuário de álcool e outras drogas, historicamente, esteve vinculada ao modelo médico psiquiátrico ou religioso, que tinha sua ênfase nas internações e no “pecador”, estes modelos acabavam excluindo os usuários da sociedade, estigmatizando-os e eram pautados no modelo moral, além de não contemplar esta problemática multifacetada (Pinho, 2009).

Para (Santos, 2008) a RD apresenta-se como uma estratégia para a formação de vínculos por meio do oferecimento de insumos e de orientações para prevenção de doenças transmissíveis e outros agravos à saúde, ao viabilizar a atenção à saúde para usuários de drogas ilícitas, a RD acaba sendo porta-voz do reconhecimento de direitos sociais desse grupo em particular.

Deste modo, a RD como qualquer prática social, reflete as diferentes concepções em disputa nos campos dos saberes e das práticas de saúde e da produção, comércio e consumo de substâncias psicoativas, podendo-se falar concretamente na existência de várias RDs e sugere que a construção dos saberes e das respostas sociais relativas ao complexo sistema das substâncias psicoativas vincule-se, através de categorias de análise totalizantes, aos processos globais da sociedade contemporânea e às suas contradições (Santos, 2008).

Os programas de RD no Brasil se deram em 1994 iniciando um projeto de articulação política: Projeto Drogas da PN-DST/AIDS que buscou articular, em torno do tema drogas, a Coordenação Nacional de Saúde Mental, o então Conselho Federal de Entorpecentes do Ministério da Justiça e as Secretarias do Ministério de Educação e do Desporto. A RD foi inserida em diferentes programas e secretarias que criaram, junto ao Projeto Drogas, diferentes linhas de intervenção estadual e municipal (Passos, 2011). Dentre outros projetos, os principais foram os Programas de Redução de Danos (PRDs), implantados inicialmente em 10 Estados: Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, São Paulo, Rio de Janeiro, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Distrito Federal, Ceará e Bahia (Marques e Doneda, 1998).

A implementação dos PRDs ocorreu de forma singular em cada município: em alguns casos, as Unidades Básicas de Saúde se tornaram instituição de referência; em outros, foram os programas municipais de DST/AIDS, em outros ainda, foram os Centros de Referência Nacional de Álcool e Drogas: O Cetad/UFBA (Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas, da Universidade Federal da Bahia), o Proad/UNIFESP (Programa de Orientação e Atendimento aos Dependentes – Universidade Federal de São Paulo) e o Nepad/UERJ (Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro) eram unidades de referência da Coordenação de Saúde Mental/MS e do Conselho Federal de Entorpecentes/MJ, a RD vai aos poucos deixando de ser uma estratégia de prevenção as DST/AIDS e vai se tornando um novo paradigma (Passos, 2011).

Dentre os tensionamentos das políticas de governo e do Estado a favor de uma política antidrogas foi no plano municipal que a RD sofreu as maiores restrições. Diante desse panorama político surgiu a Associação Brasileira de Redutores de Danos (ABORDA) com a função de capacitar e articular os PRDs que mobilizou

redutores de danos e usuários de drogas para que se organizassem politicamente, fundando diversas ONGs pelo Brasil. Segundo (Bastos, 2003) no ano de 2003 existiam 80 PRDs no Brasil.

Dessa proposta surge a figura do redutor de danos que acaba de se tornar agente de saúde, construidor da política da RD. Os agentes redutores têm mais familiaridade e facilidade de acesso aos locais, e as cenas de uso, que em muitos casos é o próprio local onde vivem. Caracteriza assim o trabalho de pares que são com frequência pessoas que deixaram de usar drogas ou mesmo pessoas que ainda fazem consumo de drogas e que conhece na pele a realidade dos usuários de drogas injetáveis (UDIs) e desse modo adquirem consideração e respeito no meio que transitam.

No ano de 2005 muitas associações tiveram suas ações parcialmente suspensas por falta de financiamento, porém este término foi antecedido por um acontecimento relevante na Política do Ministério da Saúde para Usuário de Álcool e Outras Drogas criada em 2003 (Brasil, 2003). A Redução de Danos migrou do campo exclusivo das DST/AIDS, passando a ser de responsabilidade da assistência em saúde mental.

Para (Delbon et al.,2006) a implantação de estratégias de redução de danos em serviços de tratamento a usuários de drogas no Município de São Paulo se deu durante o período de julho de 2003 a novembro de 2004. As ações de redução de danos priorizaram a prevenção e o diagnóstico do HIV, por meio de intervenções de troca e distribuição de agulhas e seringas e deram visibilidade aos usuários de drogas injetáveis (UDIs) no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo que os kits de redução de danos continham: seringas, agulhas, *swabs*, preservativos, água destilada, copo plástico e material informativo.

As autoras relatam que as estratégias de implantação baseadas nas experiências dos serviços de DST/AIDS passam a ser ampliadas, e paulatinamente iniciadas nos Centros de Atenção Psicossocial em álcool e outras drogas (CAPS ad), após treinamento e capacitação de profissionais. O objetivo era a sensibilização para disponibilização dos insumos de Redução de Danos, sendo utilizada a estratégia de filipetas juntos aos kits para saber a opinião de usuários, familiares e funcionários sobre a disponibilização. Salientam ainda, a importância da parceria com outras instituições, Organizações Não Governamentais (ONGs), líderes comunitários e sensibilização da Polícia Militar que se deu por meio de visitas às Delegacias e às autoridades para apresentação da Lei da Redução de Danos do Estado de São Paulo de nº 9.758 de 17 de setembro de 1997.

Assim, com a implantação e treinamento das equipes foram acessados quase 10.000 UDIs até o ano de 2004 e questiona a afirmação de não haver usuários de drogas injetáveis em São Paulo, relata que as ações do programa deram visibilidade para a questão. Concluem que não há um modelo fechado e sim diretrizes básicas para a implantação de programas de RD nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); e o modelo CAPS ad com um território definido, de acolhida diferenciada e equipe multiprofissional mostra-se como um espaço privilegiado para a supervisão e apoio junto aos agentes redutores de danos (Delbon et al., 2006).

No Município de Santo André, em 2002, foi implantada uma Unidade de Redução de Danos (URD) com objetivo de assegurar aos indivíduos pertencentes aos grupos sociais estigmatizados e, vulnerabilizados, tais como: usuários de drogas, michês, homens que fazem sexo com homens, adolescentes em situação de exploração sexual, transexuais, travestis, lésbicas e mulheres que trabalham em casas de programas, o direito à saúde e, baseados no

princípio de Integralidade do SUS apoiar o acesso a outros direitos sociais (Silva et al., 2009).

Os autores acima salientam que as estruturas complexas das instituições, de certa forma despersonalizam os cuidados e cita (Brites,1999) que assinala a importância do desenvolvimento de ações de redução de danos em situações concretas, muito diferentes do que pode ser percebido como ideal pelos serviços de saúde. Apontam que população acessada pela URD aponta o cansaço das imposições institucionais e da exigência de abstinência como condição para o tratamento. Os serviços de saúde não consideram aceitáveis medidas alternativas à abstinência, como diminuir o consumo de algumas drogas ou eventualmente trocar por outras consideradas menos problemáticas.

A estratégia de acesso e oferta de insumos e serviços do modelo da redução de danos é o momento da busca do conhecimento e do contato com a realidade dos sujeitos a partir de suas escolhas e possibilidades concretas de mudanças. Representa um incentivo ao protagonismo e organização dos usuários, vinculação à rede de saúde e incorporação de usuários ao trabalho de redução de danos:

Vários são os testemunhos que relatam nesse sentido: os usuários referem-se à redução de danos como um facilitador, um intermediário entre as demandas que apresentam e os serviços sociais e de saúde; posicionando-se como cidadãos, não se comportam como subalternos junto aos serviços para os quais são encaminhados pela redução de danos; tornaram-se também agentes dos direitos sociais, pois apresentam aos demais as informações que têm obtido, levando outros usuários para serem atendidos nos locais em que já foram assistidos; avaliaram criticamente a URD, formulando sugestões para o seu aprimoramento, demonstrando conhecimento e familiaridade com a Unidade e mostrando-se à vontade para tecerem críticas e sugestões, sem receio de serem alvos de retaliações no atendimento; ficou evidenciado que os usuários têm vínculo e confiança na URD, verbalizando desejos e solicitações e contribuindo para a construção desse serviço de saúde (Silva et al., 2009).

Na avaliação dos próprios usuários a URD respeita os direitos humanos dos grupos em questão é uma ação concreta e positiva de acolhimento, acompanhamento e encaminhamento, devendo ser garantida pelo poder público (Silva, 2008). Os autores enfatizam que o modelo da URD garante o acesso à saúde, consolida as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e poderia ser replicado para outras cidades pelas instâncias de financiamento do sistema de saúde.

Podemos afirmar que as práticas desenvolvidas na Unidade de Redução de Danos em Santo André centraram-se em: diagnóstico sorológico da infecção pelo HIV; coleta de sangue, papanicolau e escarro; vacinas contra hepatite B, dupla adulta e tríplice viral; clínica de abordagem sindrômica de DSTs; orientação e aconselhamento em relação à prevenção e ao tratamento de doenças e diminuição de riscos e danos relacionados ao consumo de substâncias psicotrópicas; fornecimento de insumos para prevenção e redução de danos (preservativos masculino e feminino, luva, lubrificante, kits de redução de danos, material informativo).

O Programa + Vida, do Município de Recife, estado do Pernambuco, iniciado em 2010 teve por objetivo consolidar uma rede de atenção integral que atue junto às famílias e às comunidades promovendo espaços de inclusão/inserção territorial. A meta principal do programa foi reduzir os danos dos usuários de álcool, fumo e outras drogas no Recife. As autoras identificam que documentos analisados apresentaram um conjunto de informações coerentes e consistentes quanto ao objetivo geral do programa, porém acredita ser de difícil mensuração, uma vez que não há dados suficientes que subsidiem responder: quanto existe hoje de danos aos usuários e em quanto se espera que seja esta redução? (Medeiros et al., 2010).

As autoras destacam a precária forma de sistematização dos resultados em relação ao atendimento na rede de serviços especializados e a pouca informação sobre o uso de droga no município.

Verificamos aplicação de diversas estratégias para formação de vínculos e propiciadoras de cuidados, porém muitas vezes os próprios usuários desenvolvem estratégias menos prejudiciais para lidar com seu consumo, substituindo por drogas que consideram menos danosas.

Na visão Associação Brasileira de Redutores de Danos (ABORDA) as terapias de Substituição (TP) são construídas, lidas e interpretadas pelo movimento social também pelo viés ideológico permeadas por estes valores que implicam mais que um colorido ideológico:

Valores definidores da eficácia das ações construídas com pessoas que usam drogas nos PRDs e que pelo menos em princípio (a grande maioria), não estão inseridas, com indicação ou interessadas em propostas terapêuticas para o uso de drogas em si. As ações são pensadas considerando o equilíbrio biopsicossocial na relação entre o sujeito a(s) droga(s) e o(s) contexto(s) de sua vida e incluem a troca (quantitativa, qualitativa ou modos de usar) drogas legais ou ilegais, por outras legais ou não, que melhorem o grau de compatibilidade do uso feito pelo sujeito em cada contexto (ABORDA,2003.).

Tal compatibilidade inclui busca de satisfação do desejo do sujeito, a conservação de sua saúde e a harmonia com a coletividade. Salientam que as ações são propiciadoras de construção de vínculo, opções com nível de exigência mais compatível com as necessidades, para aquelas que não têm demanda ou desejo de parar de usar, não serem privadas de

medidas que lhes propiciem melhor qualidade de vida e menos riscos, para si próprias e sua rede de relações e sociedade em geral.

Conforme (Labigalini EJ, Rodrigues LR e Silveira DX 1999), partindo de observações clínicas baseadas em relatos espontâneos de abusadores de crack que relataram o uso de cannabis numa tentativa de aliviar os sintomas de retirada. Ao longo de um período de nove meses, os pesquisadores acompanharam 25 pacientes do sexo masculino entre 16 e 28 que foram fortemente dependentes de crack e constataram que a maioria dos sujeitos (68% ou 17 indivíduos) deixou de usar de crack, relatando que o uso de cannabis tinha reduzido os sintomas da fissura, e produziu mudanças subjetivas e concretas em seu comportamento, ajudando-os a superar a dependência de crack.

Um estudo controlado randomizado realizado por (Schwartz et al., 2006) que examinaram um total de 319 pessoas com critérios para a dependência de heroína. Foi oferecida manutenção com metadona e aconselhamento de emergência para até 120 dias de tratamento, ou encaminhamento para programas de base comunitária com metadona, esse grupo foi comparado com usuários que aguardavam na lista de espera para entrada no programa. Os participantes relataram: uso significativamente menor de heroína, gastar menos dinheiro com drogas e receber menos renda ilegal do que os participantes da lista de espera o que resultou em um aumento substancial na probabilidade de entrada em tratamento abrangente. Também se confirmou como estratégia eficaz de reduzir o consumo de heroína e comportamento criminoso entre os dependentes de opiáceos que aguardam entrada em um programa abrangente de tratamento.

Segundo (Silva, 2000) que realizou uma pesquisa etnográfica junto às mulheres que freqüentam e/ou fazem programas na região da Luz, observou que o preservativo nesse espaço tem muitas utilidades serve como agente facilitador da entrada no espaço, para

as mulheres que “fazem programa” serve como possibilidade de ganho, pois vendem a R\$1,00, para as que fazem programas serve para economizar o dinheiro que seria usado para compra. Mostra que seu uso é facultativo, pois se arrumam um marido ou cliente antigo deixam de usar, se estão na fissura pela pedra não se incomodam de não usar se o cliente não quiser ou não pedir (Silva, 2000).

Problematiza que se o uso do crack leva ao freqüente descuido do uso do preservativo aumentando a vulnerabilidade para as DSTs/ AIDS, cabe ressaltar que essa também é uma pratica entre mulheres não usuárias. Apesar de possuírem informações como colocar e retirar o preservativo isso não esse saber não é suficiente para mudar o comportamento, uma vez que só acreditam na doença que possam ver e a prevenção da AIDS muito comprometida (silva, 2000).

A autora ressalta a capacidade que as mulheres apresentam de desenvolver estratégia para minimizar os efeitos indesejáveis principalmente o efeito da nória com estratégias que vão desde intervalos maiores de uso, espaços de tempo para alimentação e higiene e uso de outras drogas. Destaca como preocupante as crenças em relação o HIV/ AIDS, uso de preservativos e o risco para outras doenças (Silva, 2000).

Em síntese, podemos afirmar que as práticas de RD tiveram origem no programas de prevenção HIV por meio de trocas de seringas no exterior e no Brasil, passando com o tempo a problematizar também riscos e danos que podem advir do consumo de drogas.

As práticas de RD vão sendo construídas pelas próprias pessoas que fazem consumo de drogas, e ficaram conhecidas como estratégias da RD, vai desde trocar uma substância com maior potencial de danos por uma com menores chances de produzir estes danos, trocar as vias de uso por outra via menos prejudicial, fracionar este uso, diminuir a quantidade e frequência do uso,

manter o uso sob supervisão, cuidar da saúde no tocante aos riscos de doenças transmissíveis no geral.

As práticas da RD ainda foram responsáveis por dar voz aos usuários de drogas e por em pauta a reflexão filosófica de RD não só para o uso de drogas, mas como premissa para hábitos, comportamentos e modos de viver na sociedade contemporânea.

A RD devolveu ao sujeito seu lugar existencial e de fala, tão renegado na história pela sociedade em geral, pelos formuladores e operadores da saúde, do lugar estigmatizante de rótulos conhecidos como fraco, doente, débil, imoral, passivo e incapaz, para um lugar de sujeito capaz; não um simples depositário de informações, mas também de cidadão que pode reconhecer refletir e buscar meios para desenvolver o que é menos prejudicial para si, e para o coletivo, um sujeito solidário. Um sujeito que ensina e que aprende um sujeito que se posiciona e questiona um sujeito de direitos e deveres - um sujeito político.

MARCO TEÓRICO CONCEITUAL

3 MARCO TEÓRICO CONCEITUAL

3.1 A Reforma psiquiátrica e a redução de danos

Tendo como base os campos do saber que constitui a Reforma Psiquiátrica (RP) e a RD pode-se dizer que RP toma como objeto de transformação a loucura não somente como uma questão biológica cerebral, mas considerando o caráter histórico e social no processo do adoecer psíquico, questionando o lugar e o papel das pessoas com transtornos mentais graves na sociedade, constituindo-se como um movimento social organizado de trabalhadores usuários e familiares na luta pela busca de uma assistência a saúde humaniza. Nesse sentido trouxe questionamentos e críticas aos tratamentos desumanos pautados na violência, na tutela e segregação social oferecidos nos grandes manicômios. A RP trouxe conquistas sociais fundamentais como a lei 10.216/01 que versa sobre direitos das pessoas com transtornos mentais, delineando um modelo de rede territorial em saúde mental. Sobretudo, consolidando-se como um movimento contra hegemônico e questionador principalmente do saber médico absoluto.

Em consonância com os pressupostos da RP a saúde mental toma como objeto a dependência e questiona o caráter único e exclusivo de atributos individuais no adoecer considerando os seus diferentes contextos e histórias, o campo da saúde coletiva demonstra que a RD toma como objeto de transformação também a dependência e o hábito das pessoas individualmente consumirem drogas e considera toda a estrutura que envolve o complexo sistema de produção, comércio e consumo de drogas nos diferentes grupos e classes sociais, colocando a droga como mercadoria trazendo reflexões sobre as diferentes capacidades de reprodução social dos sujeitos, questionando o sistema econômico capitalista. Nesse sentido a RD constitui-se também como um movimento contra hegemônico, crítico e transformador.

No Brasil, nas décadas de 1970 e 1980, do século passado, emergiu o movimento da Reforma Psiquiátrica, movimento este que

trazia à tona críticas acerca da assistência destinada ao louco – tratamento pautado na violência, na segregação social e na tutela, praticados nos grandes manicômios existentes; locais que, segundo (Rotelli, 2001) podem ser considerados como “espaço zero de troca”, devido aos mecanismos de atenção destinados aos usuários – e, propunha a produção de alternativas de transformação do modelo existente; desta forma, o movimento designado Reforma Psiquiátrica, caracteriza-se como um movimento contra-hegemônico que foi construindo paradigmas, produzindo cisões em vários segmentos e ampliando e estabelecendo alianças com outros setores da sociedade. A Reforma Psiquiátrica (RP) caracteriza-se como um movimento amplo constituído por diversos atores e outros movimentos que tiveram sua importância em determinados momentos da história (Yasui, 1999).

Do início da RP até os dias atuais, foram obtidas algumas conquistas no que diz respeito à assistência à pessoa com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas – reconhecendo que ainda não existe um consenso político e prático na atenção a tal população, pois o hospital psiquiátrico continua sendo um forte instrumento de intervenção, fato que justifica a sua co-existência com a rede extra-hospitalar e que denota que ainda há muito o que se conquistar –, conquistas no âmbito legal – Leis Federais e Estaduais, Portarias do Ministério da Saúde e Resoluções e Deliberações – disparadas pela aprovação da Lei nº 10.216 de 06 de Abril de 2001, que prevê a diminuição progressiva dos hospitais psiquiátricos, dispõe sobre a proteção e os direitos para saúde mental e redireciona o modelo assistencial, normatizando e regulando a expansão da rede de Centros de Atenção Psicossocial em todo o território nacional – ação que também tem respaldo na Portaria GM/MS nº 336 de 19 de Fevereiro de 2002.

Para enfrentar a tarefa de construção de uma política por dentro do SUS para o problema das drogas, foi criado, em 2003, um grupo de trabalho no MS de composição multissetorial – a Portaria GM 457 do MS, de 16 de abril de 2003, instituiu o Grupo de Álcool e Outras Drogas (GAOD), composto por representação do Gabinete da Secretaria Executiva, Coordenação Nacional DST/AIDS, ANVISA, Secretaria de Atenção a Saúde com as seguintes áreas: Saúde Mental, Saúde do Adolescente e do Jovem, Prevenção da Violência e Causas Externas, Saúde do Trabalhador e Atenção Básica.

Afirmava-se a aposta na abordagem ao problema do uso abusivo de álcool e outras drogas a partir da RD, entendida como método clínico-político e paradigma para a política de saúde pública.

Coerente com a proposta de Reforma em Saúde Mental Brasileira, as contribuições advindas das práticas de Redução de Danos foram incorporadas a Política de Saúde do país, sendo um dos referenciais teóricos da Política do Ministério da Saúde para atenção às pessoas que usam álcool e outras drogas (Brasil, 2003).

E esta natureza metodológica da RD que a sintoniza com o movimento da reforma psiquiátrica (RP) no Brasil, designa uma atitude tanto da RD quanto da RP de lançar-se em um movimento clínico-político (Passos e Benevides, 2004).

Com o movimento da RP ocorreu uma reformulação profunda da assistência à saúde, visando a consolidação de uma rede de cuidados regionalizada, hierarquizada e integrada (Brasil, 2004).

Afirmava-se a responsabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) em garantir atenção especializada aos usuários de álcool e outras drogas, até então contemplada predominantemente por instituições não governamentais, como as comunidades terapêuticas e os grupos de auto-ajuda e de ajuda mútua (Alves, 2009). Com a formulação da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, em 2003, admite-se o atraso

histórico de inserção do uso prejudicial e/ou dependência do álcool e outras drogas na agenda da saúde pública (Brasil, 2004).

As atividades de atenção aos usuários e dependentes de drogas e suas famílias são definidas como aquelas que objetivam a melhoria da qualidade de vida e a redução dos riscos e danos associados ao uso de drogas. Para a reinserção social destes sujeitos, almeja-se a sua integração ou reintegração em redes sociais (Alves, 2009). Nessa perspectiva a redução de danos vem como alternativa ao modelo hegemônico de guerras às drogas de encontro com os pressupostos da reabilitação psicossocial.

Estudos que tratam da reabilitação psicossocial para usuário de álcool e outras drogas apontam que há uma tendência ao tratamento médico centrado contrapondo-se aos pressupostos da RP.

Segundo Pinho (2009) é necessário o debate sobre as questões associadas às *variáveis reais*, ou seja, o serviço de Reabilitação Psicossocial, o significado do tratamento em si; os recursos disponíveis – humanos, comunitários e materiais e o contexto de vida do indivíduo.

Os CAPS configuram-se como serviços comunitários ambulatoriais e regionalizados nos quais os pacientes deverão receber consultas médicas, atendimentos terapêuticos individuais e/ou grupais, podendo participar de ateliês abertos, de atividades lúdicas e recreativas promovidas pelos profissionais do serviço, de maneira mais ou menos intensiva e, articuladas em torno de um projeto terapêutico individualizado, voltado para o *tratamento e reabilitação psicossocial*, devendo também haver iniciativas extensivas aos familiares e às questões de ordem social presentes no cotidiano dos usuários (Campos et al., 2009)

Estudos têm demonstrado a falta de aproximação da Redução de danos nos CAPS ad para (Pinho, 2009) a reabilitação psicossocial encontra-se alinhada a reabilitação psiquiátrica tradicional e aos modelos adaptativos, isto é, atrelada a lógica da normalidade social,

principal desafio a ser superado no modelo psicossocial, contrapõe-se a este modelo a abstinência aparece como meta, demonstrando uma contradição na política de AD que é pautada nos princípios psicossocial e na lógica da RD.

As divergências em relação ao próprio conceito RD são frequentes até mesmo em serviços especializados. Os atravessamentos em relação ao entendimento do que é a RD e a resistência em relação à abordagem, surge até mesmo por parte dos gestores dos CAPS AD, conforme constatou (Pereira, 2009).

Considera-se que diferentes linguagens habitam os mesmos contextos e, em especial, as lacunas do sistema que aparecem quando se problematiza a Redução de Danos. Recomenda-se que os CAPS AD devem compreender e implementar os princípios da redução de danos, como uma abordagem mais humana, respeitosa, que ajuda a desenvolver estratégias de autocuidado e estimula ações protagonistas dos usuários de drogas, para que possam advogar em favor do seu direito à saúde. Acredita que talvez seja necessário: envolver/formar profissionais habilitados e sensíveis, sintonizados com os princípios da humanização e da atenção psicossocial e, acima de tudo, dispostos a romper com princípios de controle e exclusão, profundamente enraizados na nossa sociedade (Moraes, 2008).

A emergência deste novo marco conceitual para o campo das drogas, por conter uma posição ética e política divergente daquela dominante, encontrará inúmeras dificuldades para sua aceitação (Reale, 1997).

Conforme dados da Prefeitura de São Paulo há 22 Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps ad II) na capital, o 4º CAPS ad da Zona Norte de São Paulo foi inaugurado em 15 de fevereiro de 2012 (Secretaria Municipal de Saúde, 2012).

A maioria dos CAPS ad é nova, alguns com até no máximo 04 anos de funcionamento. Novas também são as equipes, e os trabalhadores que tem a frente o grande desafio de implementar e implantar a RD como modelo de atenção preconizado pela política de saúde para uso problemático de álcool e outras drogas. Apesar dos avanços conquistados com a RD, ainda nos deparamos com o

preconceito e com dificuldades em relação à inserção institucional no sistema de saúde. Segundo (Alves, 2009) para além deste quantitativo, ressalta-se a relevância de compreensão dos saberes e das práticas de saúde em construção com base neste dispositivo assistencial estratégico.

Conforme a Portaria Nº 130, de 26 de janeiro de 2012 que redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 horas, apresenta como uma das disposições gerais: adequar a oferta de serviços às necessidades dos usuários, recorrendo às tecnologias de baixa exigência, tais como acomodação dos horários, acolhimento de usuários mesmo sob o efeito de substâncias, dispensação de insumos de proteção à saúde e à vida (agulhas e seringas limpas, preservativos), dentre outras (Brasil, 2012).

O objetivo dos Centros de Atenção Psicossocial é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários, por meio do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e estreitamento dos laços familiares e comunitários.

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, determinou modalidades de Centros de Atenção Psicossocial, de acordo com o tamanho do equipamento, estrutura física, profissionais e diversidades nas atividades terapêuticas; bem como à especificidade da demanda, isto é, para crianças e adolescentes, usuários de álcool e outras drogas ou para transtornos psicóticos e neuróticos graves (Brasil, 2002).

Cada usuário de CAPS deve ter um projeto terapêutico individual, que corresponde a um conjunto de atendimentos que respeite a sua particularidade, que personalize o atendimento de cada pessoa na unidade e fora dela e que de acordo com suas necessidades, proponha atividades durante a sua permanência no serviço.

Dessa forma, de acordo com as determinações da Portaria GM 336/02, os CAPS podem ter atendimento Intensivo; Semi-Intensivo e Não Intensivo.

Define-se como atendimento intensivo aquele destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitem acompanhamento diário; semi-intensivo é o tratamento destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento freqüente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAPS; não intensivo é o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma frequência menor (Brasil, 2002).

Os CAPS oferecem diversos tipos de atividades terapêuticas, por exemplo: psicoterapia individual ou em grupo, oficinas terapêuticas, atividades comunitárias, atividades artísticas, orientação e acompanhamento do uso de medicamentos, assembléias ou reuniões de organização de serviço, além de atendimento domiciliar e aos familiares.

Um CAPS ad tem como objetivo oferecer atendimento à população, respeitando uma área de abrangência definida, oferecendo atividades terapêuticas e preventivas à comunidade, buscando:

1. Prestar atendimento diário aos usuários dos serviços, dentro da lógica de redução de danos;
2. Gerenciar os casos, oferecendo cuidados personalizados;
3. Oferecer atendimento nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não intensiva, garantindo que os usuários de álcool e outras drogas recebam atenção e acolhimento;
4. Oferecer condições para o repouso e desintoxicação ambulatorial de usuários que necessitem de tais cuidados;
5. Oferecer cuidados aos familiares dos usuários dos serviços;
6. Promover, mediante diversas ações (que envolvam trabalho, cultura, lazer, esclarecimento e educação da população), a

reinserção social dos usuários, utilizando para tanto recursos intersetoriais, ou seja, de setores como educação, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas para o enfrentamento dos problemas;

7. Trabalhar junto a usuários e familiares, os fatores de proteção para o uso e dependência de substâncias psicoativas, buscando ao mesmo tempo minimizar a influência dos fatores de risco para tal consumo;

8. Trabalhar a diminuição do estigma e preconceito relativos ao uso de substâncias psicoativas, mediante atividades de cunho preventivo/educativo.

Assumir a Redução de Danos como marco teórico da Política de Saúde Mental, articulado com outras duas noções deste campo, a clínica ampliada e a produção de redes (Brasil, 2003). Esta articulação implica diretamente nos serviços de saúde, já que propõe uma lógica de cuidado distinta do discurso hegemônico que coloca a abstinência das drogas como finalidade do tratamento.

Segundo (Mayer, 2010) a RD pode ser pensada como: história, conceito, metodologia, estratégia, paradigma, cidadania, modo de intervenção, tratamento, tecnologia leve de cuidado, objetivo terapêutico e diretriz de trabalho o enlace da pessoa que usa drogas no cuidado de si, a partir de suas palavras e protagonismo pode tomar diversos contornos:

- Risco e Proteção – dimensão subjetiva do que e saúde para a pessoa, o que e problema para ela, o que a incomoda em relação a seu cotidiano, ao tomar a integralidade como referencia (alem de sinais e sintomas), dimensionar com ela o que funciona como proteção e o que tem a configuração de risco em sua vida;
- Momento – o uso de drogas é questão? Como a pessoa se percebe e quanto ao que se questiona em relação ao seu uso, ao que se propõe para qualificar sua saúde. As respostas a essas perguntas delineiam um projeto compartilhado de cuidado;
- Ritual – a narrativa do encontro com a droga possibilita vislumbrar conexões, interesses, preocupações, bem como pode dar a ver aspectos como relação, função, tipo de escolha, frequência e contribui para que a palavra tome lugar em

situações nas quais a compulsão pode estar dotada de intensidade;

- Relação – experimentação, uso, abuso e dependência como estados $\neq$ condição permanente. Como o trabalhador de saúde situa a intensidade dessa relação: experimentação, uso, abuso, dependência? É possível algum movimento? Há disponibilidade para isso?

- Função – o lugar do uso na vida da pessoa (via de prazer, ferramenta de sobrevivência, suplência – o uso de drogas tem um espaço estratégico e organizador no cotidiano da pessoa – ou suplemento – o uso de drogas é um elemento entre tantos outros que compõe a vida da pessoa);

- Projeto de vida – a compatibilidade do uso de drogas com sonhos, horizontes e planos futuros da pessoa;

- Condição de saúde – dimensão objetiva do que é saúde para a pessoa. Às vezes, é na dimensão do corpo que a pessoa estabelece um ponto de toque para que o trabalho aconteça;

- Tipo de droga – revisão ou reafirmação da escolha da droga ou das drogas de uso, o elenco e o repertório de uso de cada pessoa. Esta composição pode apontar a articulação de estratégias que incidam na frequência ou no esquadramento de fatores de risco e de proteção; Frequência de uso – intervalos, ritmo de uso, possibilidades de invenção do cuidado de si;

- Comorbidades – associação com outros sofrimentos e agravos que podem “mascarar” a principal dificuldade da pessoa ou aquilo que mais lhe provoca sofrimento. O uso de droga funciona como uma espécie “automedicação” quando determinadas situações, sentimentos ou sensações se apresentam?

- Ciclos de vida – crianças, adolescentes, adultos, idosos e suas peculiaridades. Quais as especificidades a serem contempladas nos diversos modos de cuidado a serem construídos com a pessoa, sua rede, seu contexto e suas condições na vida. Algumas delas vão remeter a necessidade de políticas públicas, como no caso da relação de adultos, com baixa escolaridade, faixa em torno de 40 anos, uso de álcool e desemprego, situação que alia o cuidado no nível da atenção¹⁴ e da integralidade e a discussão e implementação de políticas públicas de trabalho e renda, no nível da gestão e da intersetorialidade;

- Diversidade – indígenas, negros, mulheres, etc., suas caracterizações culturais e históricas, as vulnerabilidades relacionadas e o agenciamento de políticas públicas que contribuam para cidadania, qualidade de vida e existências menos tuteladas. Trata-se da apropriação de si por meio de um projeto de vida revisitado através das palavras que a pessoa que usa drogas possa pronunciar sobre si e sobre o que possa desejar (Mayer, 2010).

OBJETIVO

4 OBJETIVO

Identificar e analisar a concepção de Redução de Danos (RD) dos profissionais da equipe técnica de saúde mental de um CAPS ad.

PERCURSO METODOLÓGICO

5 PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 Tipo de estudo

Para identificar e analisar os conceitos dos profissionais de um CAPS sobre a RD optou-se pelo estudo qualitativo, exploratório e de campo. Foi utilizada a abordagem qualitativa, por ser mais adequada às investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados. Este tipo de método permite desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propiciando a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Caracteriza-se pela empiria e pela sistematização progressiva de conhecimentos até a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo em estudo. Por isso, é também utilizado para a elaboração de novas hipóteses, construção de indicadores qualitativos, variáveis e tipologias (Minayo, 2010).

Para alcançar os objetivos propostos nesta investigação e analisar o material coletado, orientamos este estudo a partir de uma perspectiva sociocultural, consideramos necessária a articulação entre RD e o CAPS AD, dada transformações que vêm ocorrendo nas políticas públicas para os usuários de álcool e outras drogas. Cabe sublinhar que procuramos entender como a RD vem sendo construída entendida na visão dos profissionais do serviço.

O modelo para construção das categorias empíricas foi o método hermenêutico-dialético apresentado por (Minayo 2006), para a autora o método possibilita a compreensão a partir dos textos, dos fatos históricos, da cotidianidade e da realidade, enquanto que a dialética estabelece uma atitude crítica ao estudar o dissenso, a mudança e os macroprocessos. Sendo assim, o método hermenêutico-dialético é:

“o mais capaz de dar conta de uma interpretação aproximada da realidade. Ele coloca a fala em seu contexto para entendê-la a partir do seu interior e

no campo da especificidade histórica e totalizante em que é produzida” (Minayo, 2006),

Para operacionalização desse método de análise, devemos seguir dois níveis:

1 - Nível das determinações fundamentais: que significa situar no tempo e no espaço, o objeto de estudo (contexto histórico-social). Nesse nível, definimos nosso marco-teórico que é a base de sustentação na análise de dados obtidos na pesquisa de campo.

2- Nível de encontro com os fatos empíricos: confronto dos dados obtidos na realidade pesquisada. Esse nível implica também na análise das representações dos atores sociais (suas concepções, pontos de vista, experiências).

O método para análise do conteúdo das categorias empíricas se preocupou em analisar os conceitos emergiram. Nesse caso, a utilização da hermenêutica como sendo a técnica de interpretação, foi utilizada a partir da historicidade do problema que pretendíamos estudar, verificando-se o contexto em que tal conceito se circunscreve: qual a importância de se trabalhar tal temática e que relações estão imbricadas quanto à utilização de tal conceito, como outros questionamentos que se fizer necessário (Oliveira, 2005).

Na análise de conceitos, quando falamos de análise estamos nos reportando a interpretação, ou seja, a hermenêutica enquanto “arte e técnica de interpretação correta de textos” (Schleiermacher, 2001) e ao mesmo tempo fazemos a conexão com o processo da construção de conceitos, o qual requer do pesquisador a identificação dos componentes que determinam os conceitos. Logo, estamos nos reportando à dialética, enquanto processo, onde o pesquisador estabelece um diálogo com os autores, para entender e

interpretar nas entrelinhas a fala ou conceito desses autores (Oliveira, 2005).

5.2 Cenário da pesquisa

O CAPS ad II Santana é uma Unidade de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) inaugurado em novembro de 2009 em parceria com a Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM). Está situado no bairro de Santana na região norte de São Paulo.

Santana se constitui como um dos primeiros núcleos de povoamento da cidade de São Paulo, datando sua fundação de 1673, e historicamente tem se reafirmado como principal centralidade da região norte da cidade conforme (Gonçalves, 2006).

O autor ressalta a nítida fragmentação espacial do seu território, e a variedade significativa de grupos sociais, que vivem, disputam e consomem o mesmo espaço, destaca a região como grande pólo comercial e de edificações praticamente todas voltadas ao uso comercial, abrigando lojas de roupas, escolas de línguas estrangeiras, cursinhos, padarias, e a sede da Gazeta da Zona Norte, jornal de bairro tradicional da Zona Norte. Ainda é constituída na sua parte alta por casas de uso residencial de médio padrão.

Um aspecto peculiar da paisagem da região de Santana é o elevado número de consultórios médicos privados, hospitais públicos e privados: como Complexo Hospitalar Silvério Gomes (São Camilo), Complexo Hospitalar do Mandaquí e o Hospital Infantil Zona Norte.

Em contraste ao cenário mais desenvolvido, próximo a estação Carandiru do metrô, abriga o conjunto habitacional Cingapura onde vivem cerca de 2.500 pessoas, moradores da antiga “favela” próxima a extinta casa de detenção do Carandirú. Se por um lado o acesso ao CAPS ad é facilitado pelas inúmeras possibilidades de transporte, ônibus e metrô, por outro as populações dos bairros adjacentes e periferias, muitas vezes, não tem como dispor do valor da condução para ir ao CAPS.

Santana é considerado apesar de suas discrepâncias um bairro com altos níveis de desenvolvimento, problematiza-se a necessidade de CAPS também presentes nas grandes periferias, onde populações mais pobres, geralmente, são afetadas em maior número, e de diversas formas pelos problemas sociais e pelo consumo problemático de drogas.

O CAPS ad II Santana a partir de março de 2013 passa para a modalidade de CAPS ad III, que inclui o acolhimento noturno e os finais de semana com um total de 10 leitos.

O CAPS ad é referência para atender pessoas, de todas as idades, que apresentam problemas relacionados ao consumo de álcool e outras drogas. A equipe é preparada para diagnosticar e atender desde necessidades de orientação e prevenção até situações mais graves de dependência, tendo como base e fundamento a perspectiva psicossocial. Realiza atendimentos individuais e grupais para usuários e suas famílias, oficinas terapêuticas, consultas, atividades culturais, de lazer e esporte, geração de renda e trabalho na comunidade.

A área de responsabilidade da Supervisão Técnica onde se localiza o CAPS compreende os distritos de Santana, Mandaquí, Tremembé, Jaçanã e Tucuruvi. Além de também funcionar como referência para a Supervisão Técnica que compreende os distritos de Vila Maria, Vila Guilherme e Vila Medeiros. O Índice de Necessidades de Saúde (INS) foi desenvolvido para possibilitar a identificação de áreas e grupos populacionais a serem priorizados para a oferta de serviços de saúde na cidade de São Paulo. Considerando os dados de 2008 da Secretaria Municipal de Saúde na Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEINFO) os distritos administrativos estão assim distribuídos em termos de população e quanto ao Índice de Necessidades de Saúde (INS):

Tabela - Índice de Necessidades de Saúde (INS final) por Distrito Administrativo do Município de São Paulo - Distribuição segundo níveis de necessidade de saúde – 2007

Supervisão de Saúde	Distrito Administrativo	População (2007)	INS Final	Nível INS
Santana/Tucuruvi/ Jaçanã/Tremembé	Santana	116.998	0,16131	Baixo
	Tucuruvi	92.456	0,20440	Médio
	Mandaquí	102.950	0,21354	Médio
	Jaçanã	92.512	0,34856	Alto
	Tremembé	182.133	0,34498	Alto
Vila Maria/ Vila Guilherme	Vila Maria	108.089	0,36619	Alto
	Vila Guilherme	44.634	0,27796	Médio
	Vila Medeiros	131.614	0,30057	Médio
Total		874.386		

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde – CEFInfo, 2008.

A região de responsabilidade do CAPS ad Santana é composta por uma população de aproximadamente 874.386 habitantes. Quanto aos bairros de residência das pessoas atendidas: Edu Chaves, Lauzane Paulista, Santana, Vila Mazzei, Jardim Brasil, Tremembé, Tucuruvi e Vila Maria, Vila Gustavo, Jardim Gustavo, Jova Rural e Vila Nova Galvão.

Percebe-se que os bairros adjacentes, com exceção de Santana, têm de acordo com INS maior necessidade de serviços de saúde. A região é subdividida em 11 distritos com as seguintes características e composição quanto aos recursos de saúde do território:

- 1- Unidades de Saúde com Equipes de Saúde Mental:
Unidade Básica de Saúde (UBS) Chora menino, UBS Lauzane Paulista, UBS Wamberto Dias Costa, UBS Vila Aurora, UBS Conj. IPESP;
- 2- Supervisão de Saúde Jaçanã/Tremembé – 5 unidades de Programa de Saúde da Família (PSF) com 08 equipes, mais 08 equipes de Núcleo de Atenção a Saúde da

Família (NASF); 01 Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO);

- 3- Distrito Tremembé: UBS Jardim das Pedras, UBS Jardim Flor de Maio, UBS Jardim Fontalis, UBS Jardim Joamar, AMA Jardim Joamar, UBS Vila Albertina, UBS Jardim Apuanã, UBS Mariquinha, UBS Horto Florestal;
- 4- Distrito Jaçanã: CAPS Adulto Jaçanã/Tremembé, UBS Vila Nova Galvão, UBS Dr. José Toledo Pizza, UBS Jaçanã, CECCO Jaçanã, UBS Parque Edu Chaves, NIR Jaçanã;
- 5- Distrito Tucuruvi: UBS Conjunto IPESP, UBS Wamberto Dias Costa, AMA Wamberto Dias Costa, UBS Vila Nivi;
- 6- Distrito Santana: NIR Tucuruvi, AE Tucuruvi, NISA Tucuruvi, CAPS Adulto Mandaquí, SAE DST/AIDS Santana, UBS Chora Menino, CAPS AD Infantil Santana, UBS Joaquim A. Eirado, Pronto Socorro Municipal de Santana, Hospital Mandaquí com o Pólo de Atenção Intensiva em Saúde Mental (PAI);
- 7- Distrito Mandaquí: UBS Lauzane Paulista, AMA Lauzane Paulista, UBS Vila Aurora;
- 8- Distrito Vila Maria: CECCO Vila Maria/Vila Guilherme, UBS Jardim Japão, PSM Vila Maria Baixa, UBS Parque Novo Mundo I, UBS Parque Novo Mundo II, HM Vila Maria, UBS Vila Maria;
- 9- Distrito Vila Guilherme: AMA Vila Guilherme, UBS Vila Guilherme, CEO Vila Guilherme, URS Vila Guilherme, UBS Carandiru, NIR Carandiru, UBS Vila Leonor, UBS Vila Izolina Mazzei, AMA Especialidade Izolina Mazzei;
- 10-Distrito Vila Medeiros: UBS Vila Éde, UBS Vila Medeiros, AMA Vila Medeiros, UBS Vila Sabrina, AMA Jardim Brasil, UBS Jardim Brasil
- 11-Supervisão de Saúde Freguesia do Ó/Brasilândia: UBS Silmarya (unidade mista com cinco equipes do PSF), UBS Penteado (somente PSF), UBS Galvão (somente PSF),

AE Professora Maria Cecília Ferro Donângelo (somente atenção básica).

Quanto ao Projeto Terapêutico Institucional do CAPS ad II Santana podemos afirmar que tem por objetivo geral: constituir-se como referência da Região de Saúde Santana/Tucuruvi/Jaçanã/Tremembé para atendimento e atenção às pessoas que apresentem problemas de saúde e sociais relacionados ao consumo de substâncias psicoativas, acolhendo-os de maneira respeitosa e responsável em diferentes níveis de atenção: intensiva, semi-intensiva e não intensiva (Secretaria Municipal de Saúde, 2010), e por objetivos específicos: integrar uma rede de atenção substitutiva à internação psiquiátrica/abrigamento/ institucionalização tendo como princípio básico o trabalho de base comunitária; compreender ações de assistência (medicação, terapias, oficinas terapêuticas, atenção familiar) na perspectiva da reinserção social; buscar a reabilitação psicossocial dessas pessoas através da oferta de recursos terapêuticos necessários à superação dos problemas decorrentes do consumo problemático das substâncias psicoativas, possibilitando, ao mesmo tempo, seu processo de reinserção a espaços sociais dos quais esteja excluído e/ou impossibilitado; favorecer a inclusão a programas de formação ocupacional e profissional do usuário; potencializar programas de reinserção social e de assessoramento dirigidos aos familiares dos usuários; acompanhar os usuários quando, de acordo com o desenvolvimento de seus projetos terapêuticos individuais, necessitarem de outra modalidade de intervenção, tais como de urgência/emergência, acompanhamento na rede básica, ambulatorios, e outros; buscar a integração dos serviços oferecidos no CAPS com as diversas ações desenvolvidas na atenção primária que pode oferecer possibilidades de diagnóstico precoce e intervenções breves na área de álcool e outras drogas em atendimentos com profissionais das Unidades de

Saúde e outros acessados através do Programa de Saúde da Família (PSF) e Núcleo de Apoio Saúde da Família (NASF).

Os Princípios e diretrizes norteadores da atenção em saúde mental são:

- 1- Intersetorialidade e Interdisciplinaridade, exigidas pela própria complexidade do fenômeno das drogas, assim como por sua dimensão social. Tais características apontam necessariamente para uma abordagem que, começando nas equipes especializadas dos diferentes centros de atenção psicossocial e programas da rede de saúde, integrem outros recursos da comunidade (serviços sociais, projetos comunitários, educacionais, etc.), facilitando a adequada qualidade das intervenções;
- 2- Busca de eficiência e eficácia, sustentadas por diretrizes fundamentais, quais sejam: fomento da capacidade crítica, informação objetiva, responsabilização, ação centrada em serviços de base comunitária e, de acordo com os diferentes contextos, tratando sempre de utilizar os recursos já existentes, a fim de facilitar uma real participação comunitária e uma adequada integração social;
- 3- Co-responsabilidade e participação, pois, sendo o fenômeno das drogas de natureza social, requer uma resposta desde a própria sociedade, evitando as posturas de delegação na busca de soluções pelos técnicos e serviços especializados;
- 4- Coordenação entre os distintos agentes de intervenção, facilitando a utilização e a integração dos recursos existentes e evitando respostas desconectas;
- 5- Flexibilidade e individualização, frente às variações às quais está submetido o fenômeno das drogas, em função do contexto social e das mudanças nos padrões de consumo, evitando modelos rígidos e estereotipados, e possibilitando o

desenho de programas adaptados às diferentes realidades pessoais e sociais;

- 6- Investigação e avaliação permanente, que nos permitam verificar a adequação de ações empreendidas e de objetivos atingidos, apontando elementos de valor para introduzir as modificações precisas e melhorar a qualidade das intervenções.

Com relação a população alvo, capacidade de atendimento, e critérios de inclusão/exclusão o serviço destina-se ao atendimento de pessoas de todas as faixas etárias e seus familiares que necessitem de atenção devido a transtornos relacionados ao consumo de substâncias psicoativas em geral. Pode tanto se tratar de um problema de abuso ou dependência de psicoativos como também problemas familiares e sociais relacionados. A capacidade de atendimento considerando as exigências de equipe mínima da portaria GM/MS nº 336 de 2002 é em torno de 300 usuários sendo que a procura pelo serviço está acima do previsto. Priorizam-se os casos de maior gravidade psicossocial, tais como egressos de internação psiquiátrica, encaminhamentos da rede de saúde (setor de emergência e hospitalar, CAPS, NASF/PSF e Unidades de Saúde), crianças e jovens em cumprimento de medida sócio-educativa e outras situações de vulnerabilidade familiar e social. O plano de trabalho engloba uma equipe composta por 33 (trinta e três) profissionais distribuídos de acordo nas seguintes categorias e carga horária:

- ✓ 01 Gerente – 40 horas;
- ✓ Psiquiatras - 20 horas;
- ✓ 02 Médicos Clínicos - 30 horas;
- ✓ 02 Enfermeiros - 30 horas;
- ✓ 02 Psicólogos - 30 horas;
- ✓ 01 Psicólogo - 40 horas;
- ✓ 02 Terapeutas Ocupacionais - 30 horas;

- ✓ 02 Assistentes Sociais - 30 horas;
- ✓ 06 Auxiliares de Enfermagem - 30 horas;
- ✓ 01 Assistente Administrativo - 40 horas;
- ✓ 02 Auxiliares Administrativos - 40 horas;
- ✓ 02 Auxiliares Administrativos - 30 horas;
- ✓ 01 Farmacêutico - 40 horas;
- ✓ 02 Técnicos de Farmácia - 40 horas;
- ✓ 04 Auxiliares Técnicos - 20 horas;

O CAPS conta com a seguinte estrutura física:

- ✓ 02 salas para atendimento individual (consultórios);
- ✓ 01 sala para atendimento em grupo e oficinas;
- ✓ 01 farmácia, 01 sala de enfermagem, 01 recepção;
- ✓ 01 sala de observação com 02 leitos;
- ✓ 01 cozinha experimental e refeitório para usuários;
- ✓ 01 sala de administração e área de expurgo;
- ✓ 01 copa para funcionários e 01 quadra.

O projeto terapêutico é um conjunto de iniciativas acordadas entre a instituição e a pessoa em tratamento que compõem o processo de cuidado e interação entre ambos. Podem-se propor inicialmente as terapêuticas que melhor respondem às necessidades imediatas das pessoas que procuram o serviço (grupos de acolhimento, avaliação clínica e psiquiátrica, etc.) e gradativamente a considerar o grau de motivação e envolvimento no tratamento incrementar novas atividades e terapêuticas visando o fortalecimento do vínculo e da relação com o processo de tratamento.

Para todas as pessoas em atendimento no serviço será elaborado conjuntamente um projeto terapêutico visando atender as diferentes necessidades de tratamento. Este por sua vez será acompanhado por um profissional que ficará de referência para o

caso em particular buscando avaliar sua eficácia, revendo e modificando constantemente o Projeto Terapêutico, quando necessário, em conjunto com a pessoa em tratamento. O Projeto Terapêutico deve partir de uma breve avaliação diagnóstica da situação global do usuário (clínica, psíquica e social) e apontar com clareza quais os procedimentos e atividades serão propostos num primeiro momento.

O projeto terapêutico pode prever diferentes graus de intensidade na atenção a depender da avaliação de gravidade da problemática de saúde, da condição concreta de possibilidades dos usuários em freqüentar o serviço e do grau de motivação e disposição para produzir mudanças na condição geral de saúde. O grau de intensidade da atenção pode e deve variar tendo por base a importância que o CAPS adquire para os sujeitos em momentos distintos de suas vidas.

Os níveis de intensidade da atenção seguem as orientações da Portaria GM/MS n.º 336, de 19 de fevereiro de 2002 para o atendimento de usuários com transtornos mentais severos e persistentes, em regime intensivo, semi-intensivo e não-intensivo.

“Define-se como atendimento intensivo aquele destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitem acompanhamento diário; semi-intensivo é o tratamento destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento freqüente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAPS; não-intensivo é o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma freqüência menor” (Ministério da Saúde, 2002).

As reuniões diárias de equipe ocorrem no período da manhã e da tarde com uma hora de duração e tem como objetivo a discussão e aprofundamento dos casos atendidos para definição e/ou reorientação dos projetos terapêuticos. Ainda servem para encaminhamentos de questões prioritárias relativas ao processo de trabalho e interação interinstitucional.

As reuniões gerais de equipe ocorrem uma vez por semana e tem como objetivo discutir questões gerais do funcionamento

institucional. Estas pretendem funcionar como espaços de revisão constante da organização do processo de trabalho promovendo as devidas modificações e inovações necessárias para atender os objetivos institucionais propostos. Também se propõe a ser um espaço de encontro com toda ou a maioria dos profissionais da equipe de trabalho para formação, troca de informações e promoção de um clima institucional satisfatório e humanizado. As reuniões ocorrem todas as quintas-feiras no horário das 12h00 as 14h00.

Sempre na última reunião de equipe geral de cada mês será planejado um momento de formação com toda a equipe para discussões teóricas e aprofundamento de temas de relevância para o aprimoramento do trabalho no CAPS. A coordenação das atividades poderá ser realizada por um membro da equipe ou por profissional convidado.

Está previsto uma parada trimestral para avaliação geral e revisão do processo de trabalho visando produzir mudanças nas áreas e setores que se apresentam problemáticas.

O objetivo dos grupos de acolhimentos é possibilitar um espaço de diálogo, reflexão e escuta para as pessoas que estão no início ou já vinculadas ao tratamento no CAPS podendo contemplar uma diversidade de assuntos de interesse geral. O grupo tem o recurso verbal como característica geral, no entanto também podem ser utilizados outros recursos para facilitar e fomentar o diálogo e a discussão de temas específicos.

A coordenação é realizada pelos profissionais de nível superior qualificados para a realização de grupos (médico clínico ou psiquiatra, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional) sempre em coterapia, que pode ser com outro técnico (farmacêutico, educador físico) ou auxiliares de enfermagem e técnicos de farmácia.

Os Grupos Terapêuticos, geralmente verbais e dialógicos, têm por objetivo geral o aprofundamento da compreensão das questões e fatores relacionados ao consumo prejudicial de psicoativos oferecendo ferramentas que viabilizem a reflexão sobre as causas psicológicas e sociais que contribuem ou determinam a manutenção da situação problemática. Podem incluir os grupos com familiares, com adolescentes e jovens, para mulheres ou homens, psicoterapêuticos, específicos por tipo de droga consumida, informativos, exemplos: grupo de psicoterapia, grupo de terapia ocupacional, grupo de redução de danos para o álcool.

As Oficinas Terapêuticas são atividades que tem como objetivos promover a adesão, vinculação e o desenvolvimento de habilidades de lazer, artísticas e culturais ampliando as possibilidades de inserção social e do potencial de investimento humano muitas vezes restrito ao consumo de psicoativos. Geralmente são realizadas por professores com habilidades específicas para o manejo de técnicas e ofícios artísticos podendo também ser realizada por outro profissional da equipe. Podem apresentar uma diversidade de opções a partir da identificação de necessidades dos usuários, como por exemplo: educação física, história, música, inserção no trabalho e etc. Oficinas em funcionamento: Artesanato, Mão na Massa. História, Escrita Livre, Corpo e Movimento, Beleza, Expressão Corporal, Rap, Música, Culinária, Horta/Jardinagem e Dança Circular.

As consultas especializadas têm por objetivo o atendimento de necessidades clínicas, psicológicas e sociais avaliadas entre a equipe e a pessoa em atendimento. Podem ser realizadas pelos seguintes profissionais: médico clínico e psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, enfermeiro e farmacêutico. As consultas têm duração em média de 30 minutos podendo ser estendida de acordo com necessidades particulares de cada caso. A consulta de referência tem por objetivo fazer o acompanhamento

dos projetos terapêuticos. Podem ocorrer nas seguintes situações e modalidades.

As visitas domiciliares têm objetivos definidos para cada caso e situação em particular e ocorrem em determinados momentos do processo de tratamento na medida em que a equipe avalie como necessária. Esta pode ser realizada por médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e enfermeiros, individualmente ou em conjunto com auxiliares de enfermagem.

Para cumprir os objetivos de desenvolver possibilidades de geração de renda e inserção social e no trabalho foi criado um Núcleo denominado Projeto Vida Afora. Trata-se de um espaço de discussão sobre a importância da ampliação do repertório sócio-cultural, de trabalho e geração de renda visando conhecer e desenvolver alternativas na comunidade.

Considerando a violência como um problema social complexo e multicausal, o qual exige ações coletivas, intersetoriais e interdisciplinares; considerando que a violência é historicamente construída e que desta forma pode ser desconstruída, buscando a transformação de uma cultura de violência para uma Cultura de Paz, avaliamos como fundamental a atuação do CAPS AD nesta área. Os objetivos são: desenvolver iniciativas de sensibilização, informação e prevenção no sentido de romper com a tradição do silêncio frente à violência; ser um espaço de reflexão e estudo visando a construção de uma Cultura de Paz; criar e fortalecer uma rede social de superação das questões de violência.

O Fluxo está assim definido: 1. Preenchimento da Ficha de Notificação e encaminhamento para os Órgãos competentes; 2. Atendimento pela equipe interdisciplinar a partir da construção de um projeto terapêutico singular; 3. Discussão e montagem de fluxo dos casos com as Unidades de Saúde, Conselho Tutelar, Promotoria de Justiça e outros parceiros; 4. Ser um pólo de prevenção e

superação da violência e disseminação das tecnologias de Cultura de Paz.

O CAPS conta com uma equipe capacitada para a condução dos casos e situações de violência identificada no serviço. Esta é formada por um psicólogo, um médico psiquiatra, uma enfermeira, uma assistente social e uma auxiliar administrativa.

O CAPS tem como papel o trabalho de inserção e reinserção social das pessoas em atendimento e visa, portanto a realização de atividades na comunidade através do conhecimento dos diversos recursos do território. As atividades realizadas na comunidade têm ainda objetivos de ampliar as possibilidades de melhoria das condições de vida, da participação em atividades de lazer e culturais, da inserção em projetos e propostas de geração de renda e inclusão no trabalho. Ainda se apresenta como um meio de reflexão e aprofundamento da compreensão psicossocial do processo saúde-doença e dos determinantes sociais do consumo prejudicial de psicoativos.

Ainda objetiva-se desenvolver em âmbito comunitário atividades de prevenção ao consumo prejudicial de substâncias psicoativas, principalmente entre o público jovem.

O Conselho Gestor foi constituído de acordo com as orientações e princípios norteadores para o fomento da participação da comunidade nos espaços de debate e decisão do SUS. As assembléias gerais ocorrem uma vez por mês e tem por objetivo o fomento da participação de todas as pessoas que fazem parte do cotidiano do CAPS debatendo temas de interesse geral e buscando tomar decisões para mudanças visando a melhorias do trabalho e do atendimento da população.

Considerando que o trabalho do CAPS prevê a responsabilidade global no acompanhamento dos usuários dentro e fora do serviço torna-se de grande importância o diálogo permanente com os diversos serviços da rede de saúde e em especial com os dispositivos de saúde mental. Assim busca-se suprir diversas

necessidades de atendimento e encaminhamentos de projetos terapêuticos conjuntamente com outros serviços do território de responsabilidade. O projeto do CAPS prevê a consolidação de uma relação direta para discussão, atendimento conjunto dos casos e revisão de fluxos com os diversos serviços da rede de saúde visando melhor adequar o(s) serviço (s) às necessidades dos usuários e famílias. Abaixo são descritos os vários serviços da rede.

As circunstâncias relacionadas ao consumo de substâncias psicoativas são variadas, complexas e multideterminadas. Podem compreender situações que impliquem aspectos relacionados às substâncias consumidas, às várias formas de consumo, as relações sociais e produtivas, as particularidades e momento de vida dos sujeitos, a questões políticas e econômicas e etc. Essa diversidade de elementos constitutivos do fenômeno também vai requerer a superação de modelos e ofertas de serviços restritivos e fragmentados, para considerar os sujeitos na sua totalidade e integralidade. Neste sentido a perspectiva intersetorial visa à promoção da capacidade dos envolvidos em perceber e encaminhar soluções articuladas entre os vários dispositivos da rede social. Para desenvolver esta perspectiva é necessário em primeiro lugar compreender a noção de “processo”, ou seja, algo em permanente construção. Em segundo lugar buscar a responsabilidade compartilhada, onde cada um e todos ao mesmo tempo são co-responsáveis pelo conjunto das ações e pelos seus desfechos.

O trabalho psicossocial do CAPS prevê a articulação intersetorial visando o encaminhamento de diversas necessidades sociais e a integração na e com a comunidade. A participação em Fóruns interinstitucionais e espaços interssetoriais visam à busca conjunta de soluções e respostas sociais para problemas de difícil solução e de maior complexidade onde se favorece as intervenções de forma conjunta e harmonizada entre os parceiros. Também se fomenta o trabalho em rede e o conhecimento mútuo dos recursos e

instituições da comunidade. Algumas instituições de articulação com o CAPS: Conselho Tutelar, CRAS/CREAS (abrigos), PSR (população de rua), NPPE (liberdade assistida), Fundação Casa (medidas sócio-educativas), Bibliotecas (Nutto Santana e Parque da Juventude), Associação Área Limpa (parceria para inserção no trabalho), PEPECAM (Direitos Humanos e proteção) e etc.

Alguns espaços de articulação: Fórum Municipal da criança e juventude; Fórum de prevenção da violência; Fórum Regional de Saúde Mental; Reuniões com a Fundação Casa e NPPE; Reuniões com a Promotoria Regional da Justiça.

O trabalho no CAPS AD requer o constante aprimoramento e formação dos profissionais tendo em vista a complexidade de questões que envolvem os problemas relacionados ao consumo prejudicial de psicoativos. Não basta o conhecimento da área específica de atuação, pois é necessário que os vários saberes dialoguem para uma melhor compreensão do contexto mais geral da vida das pessoas em tratamento. O plano de formação inclui a participação de profissionais em cursos e eventos disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde ou programados a partir de parcerias com outras instituições de formação.

5.3 Sujeitos da pesquisa

Este estudo foi realizado com profissionais das diferentes categorias profissionais da equipe assistencial de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas que foram referenciados por códigos numéricos de 01 a 10. Os participantes desse estudo foram identificados com a Inicial (C de Colaborador) e com respectivo número da entrevista. Foram entrevistados colaboradores das seguintes categorias profissionais: o gerente do serviço, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, médico psiquiatra,

psicólogo, assistente social e profissional técnico (oficineiro) dentre os diferentes turnos de trabalho, apreendendo os conceitos de colaboradores de formação diversificada, inclusive profissionais de nível médio compondo uma amostra abrangente.

Numa busca qualitativa, preocupamo-nos menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão seja de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou de uma representação. Entende-se que na sua homogeneidade fundamental relativa aos atributos, o conjunto de informantes possa ser diversificado para possibilitar a apreensão de semelhanças e diferenças (Minayo, 2004).

5.4 Cuidados éticos

Neste estudo foram obedecidos os aspectos éticos, conforme determinado na Resolução nº 196 de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que diz das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas em Seres Humanos.

A fim de que os entrevistados tenham seus direitos resguardados, este estudo foi submetido:

1. À análise e aprovação da Comissão de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.
2. Foi facultada aos sujeitos da pesquisa a possibilidade de participarem ou não do estudo, sendo que em caso de o mesmo não querer participar ficou claro que isto não lhe acarretaria nenhum prejuízo.

Além do citado acima, foi disponibilizado um termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual foi lido e esclarecido junto com os colaboradores. Após a leitura, tal termo foi assinado pelos participantes e pela pesquisadora.

5.5 Caracterização dos sujeitos da pesquisa

Nesta pesquisa foram entrevistados 10 profissionais técnicos de nível superior, sendo sete (70%) do sexo feminino e três (30%) do sexo masculino. A média de idade dos trabalhadores é de 37 anos, sendo a maior idade de 51 anos e a menor idade de 24 anos.

No que se refere à formação profissional, observa-se neste estudo a predominância de psicólogos, o número correspondente a esta categoria profissional foi de quatro profissionais, vale ressaltar que não foi um requisito, porém no momento da coleta dos dados todos se encaixavam com critério de inclusão de estar há pelo menos um ano atuando no CAPS, ao passo que muitos profissionais de outras categorias não se encaixavam no critério de estar há pelo menos um ano trabalhando no serviço.

Os restantes das categorias profissionais foram distribuídos da seguinte forma: um enfermeiro, um auxiliar técnico, um auxiliar de enfermagem; uma assistente social e um médico psiquiatra. Não foi possível realizar entrevista com as categorias profissionais terapeuta ocupacional e médico clínico, devido à incompatibilidade de horários e datas, a mudança do serviço para uma nova casa e a própria demanda de atendimento.

O quadro profissional do serviço cumpre os critérios de categorização profissional da equipe proposta pelo Ministério da Saúde para o CAPS ad II, que deve ser composta minimamente por: um médico psiquiatra, um enfermeiro com especialização em saúde mental, um médico clínico, quatro trabalhadores de nível superior dentre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou ainda outro profissional necessário ao projeto terapêutico como profissionais de nível médio (Ministério da Saúde, 2004a).

O tempo médio de experiência profissional no serviço foi de 02 anos e 04 meses, sendo maior tempo de experiência de 03 anos e menor tempo de experiência 01 ano.

Todos os profissionais relataram a participação em cursos de capacitação e formação na área de álcool e outras drogas. Com

relação aos cursos de pós-graduação: um profissional com especialização em educação, um profissional com mestrado e doutorado em saúde coletiva e um profissional cursando mestrado em psicologia. Outro fato que chama atenção é que outros profissionais das mesmas categorias entrevistadas que no momento não se encaixavam no critério de um ano no CAPS, possuem formação em saúde mental.

Com relação aos tipos de atividades desenvolvidas pelos profissionais do serviço todos relataram fazer atendimentos individuais com exceção do auxiliar técnico (oficineiro). Todos os profissionais relataram participação em oficinas e grupos terapêuticos, atendimento de familiares e um profissional é membro do conselho gestor.

5. 6 Entrevista semiestruturada

Um instrumento privilegiado de coleta de informações para as Ciências Sociais é a possibilidade que tem na fala de ser reveladora de condições estruturais, de sistema de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e, ao mesmo tempo ter a magia de transmitir por meio de um porta voz as representações grupais, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas (Minayo, 2010).

Para a obtenção do material empírico, a técnica empregada foi a entrevista semi-estruturada, que combina perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas. Segundo (Minayo, 1992), a entrevista é o procedimento mais utilizado no trabalho de campo, pois nesta o pesquisador busca informações contidas nas falas dos atores sociais; uma vez que a entrevista não se pretende a uma conversa despretensiosa e neutra, pelo contrário, nesta busca-se dados oferecidos por alguém que vivencia uma determinada realidade. E, ainda sobre a importância da entrevista:

“Mesmo que o pesquisador já domine questões da história que indaga e muito embora cada participante já tenha para si uma história guardada, por ocasião da entrevista, como retomada deliberada e provocada dessa história, ela será efetivamente refeita: pelo entrevistado, através de associações, repetições ou desqualificações de idéias e nexos que se constroem no presente da entrevista; pelo pesquisador, na dinâmica do relato – pelos fatos que este traz e em seu encadeamento, totalmente originais, na narrativa...” (Schraiber apud Peduzzi, 1998).

A entrevista é o recurso mais usual no trabalho de campo, e é especialmente adequado para obter informações sobre o que as pessoas sabem, acreditam, esperam, sentem e desejam fazer, bem como suas justificativas e representações a respeito desses temas.

As entrevistas foram gravadas para garantir a fidedignidade das respostas. O termo colaborador é importante na definição do relacionamento entre entrevistado e entrevistador, uma vez que estabelece uma relação de afinidade entre as partes, essencial para o bom desenvolvimento do estudo (Bom Meihy, 2005).

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após audição e transcrição das entrevistas, o material transcrito foi relido inúmeras vezes, no intuito de apreender as idéias centrais sobre o tema em foco e submergiram 04 categorias empíricas:

- 1- Dificuldade em classificar a gravidade do consumo;
- 2- A droga para encobrir as necessidades de grupos sociais desfavorecidos;
- 3- A droga como necessidade de todas as classes nos tempos atuais;
- 4- Formas da RD de trabalhar com o consumo.

Nesse trecho o colaborador fala da dificuldade de fazer o diagnóstico e estabelecer a gravidade frente à complexidade do fenômeno e a insuficiência do de responder a problemática á partir de Código Internacional de Doenças (CID).

1. Dificuldade em Classificar a gravidade do consumo.

C02 “Então em minha opinião é muito difícil e tão complexo você qualificar este uso que a pessoa faz, a não ser aqueles que são gritantemente prejudicados, física ou psiquicamente ou que tenham problemas legais comprovados, você classificar o sujeito dentro de uma escala de tipificação de uso é a coisa mais difícil”.

Concordamos com (Reale, 2007) e (Bucher, 1994) que estas circunstâncias determinam, entre outras coisas, quais os “problemas de interesse” para serem pesquisados, dentre os quais não se encontra o estudo do uso controlado de drogas proibidas, o modelo jurídico-moral, este modelo (médico) sanitarista acrítico, ao se centrar na droga e não levar em conta as razões pelas quais se procura drogas.

Segundo (Reale, 2007) o modelo historicamente sucessor é o psicossocial, considerado um avanço em relação aos anteriores por incluir em primeiro plano o indivíduo, enquanto agente ativo do

consumo de drogas. Nesse modelo também são considerados os efeitos das drogas e tipo de uso (recreativo, abuso ou dependência) passam a ser compreendidos como fruto da interação entre diferentes drogas, quantidades, frequências e modalidades de uso com situações e indivíduos particulares.

A partir de então passando a considerar os contextos de uso e as gravidades e/ou problemas que podem advir do consumo de drogas.

Interessante refletirmos que nos CAPS quem acolhe os sujeitos são os profissionais de categorias variadas e com formação em saúde mental, não sendo necessária a presença de um médico para definir critérios de quais pessoas deva ser incluída no tratamento. Porém para efeito de cobranças e dados de atendimento deve-se incluir o código internacional de doenças (CID) para autorização do procedimento de alta complexidade na (APAC) o que tem suscitado discussões entre os profissionais.

2. A droga para encobrir as necessidades de grupos sociais desfavorecidos

Bauman (2010) problematiza as contradições sociais da contemporaneidade e afirma que as transformações ocorridas na sociedade com o advento do capitalismo e seu fortalecimento a partir da década de 80 e as rápidas mudanças tecnológicas que incidem sobre as relações e os modos como as subjetividades estão sendo produzidos no tecido social, são entrelaçados pela política, pelo poder, educação, economia e afetos.

Nesse trecho o colaborador fala do um processo de vida no envolvimento com drogas e a forma como a subjetividade vai sendo marcada, questiona o risco de simplificar o problema como sendo a droga.

C09 “Eu já vi relatos se a criança, o jovem vive no circuito do tráfico e a relação social se constrói ali, é ali que vai se

socializando e dando valor às coisas, então os objetos que ele pega para fazer os brinquedos dele são objetos que tem haver com aquela realidade, este sujeito vai se formando assim. Então como lidar com isso? Como mudar essas trajetórias de vida? Como de repente você pode chegar para um sujeito que a convicção da vida, o valor fundamental da vida é ser o melhor traficante do mundo, como eu vou chegar e falar seu problema é a droga é só você ficar abstinente e tudo bem, eu acho que é uma perspectiva que você vai ter que construir com certa crítica com a equipe do trabalho para poder fazer este exercício deste modelo”.

Concordamos com (Mayer, 2010) que as desigualdades sociais produzidas têm como centro um projeto econômico neoliberal e traz o fortalecimento do crime organizado, e o mercado paralelo servindo como possibilidade de geração de renda para jovens em situação de vulnerabilidade delineando caminhos de sofrimento.

Os colaboradores falam das condições concretas da vida e da falta de condições básicas sociais essenciais a vida humana.

C01 “Se você vê uma pessoa em situação de rua, por exemplo, é muito difícil não usar nada, a pessoa não tem nada na vida perdeu tudo, a vida tá difícil ela arruma alguma coisa para ela viver menos pior, se é que é possível. eu acho muito difícil, está muito ligada a carência social assim”.

C07 “De repente é fácil falar para pessoa você não pode consumir álcool mas o cara vive em uma pobreza tremenda, a família não dá conta de cuidar dos filhos, dos irmãos, dos pais, enfim ah e não tem um apoio um apoio um suporte da sociedade” .

C10 “Outro lado é você pensar na questão da miséria social, então além de reduzir os danos, de reduzir a quantidade e a forma do uso da pessoa, pensa em proporcionar condições de moradia mais digna, alimentação, vestuário, contato familiar, essa é outra linha de pensamento da RD”.

A pobreza, o desespero e as muitas faltas estão no cerne na maioria das vezes do uso problemático ou destrutivo de drogas, que aponta gritantemente para social. Concordamos com (Canoletti, Soares 2005) que o consumo de drogas está submetido às possibilidades de reprodução social dos indivíduos, famílias e classes ou grupos sociais, bem como reflete as consequências das políticas sociais públicas adotadas pelo Estado.

3. A droga como necessidade de todas as classes nos tempos atuais

O consumo prejudicial de substâncias psicoativas como um fenômeno social de grandes proporções é contemporâneo com suas raízes no capitalismo e no mal-estar atual produzido pela introdução dos valores que priorizam os mecanismos do capital em detrimento dos valores humanos (Birman, 2006). As necessidades modernas geram uma demanda de consumo importante e as pessoas querem resolver seus problemas num instante, num passe de mágica, a droga ela possibilita essa coisa da instantaneidade, mas também nos fornece certa potência.

O comércio tem o seu papel de injetar tecnologias de marketing para incentivar o consumo compulsivo das mercadorias disseminando novos valores capitalistas veiculados em propagandas nos meios de comunicação de massa Santos (2008).

Assim podemos observar que as drogas vão se tornando necessárias e transformadas em mercadoria de valores e consumos distintos, que de alguma forma responde as necessidades das pessoas mesmo que de forma alienada.

Nos trechos a seguir os profissionais falam de certa forma que a droga é algo que traz benefícios e experiências, tem o seu lado positivo, são substâncias que de alguma maneira propiciam alívio de uma angústia, de uma ansiedade e trazendo prazer, mudando quase que instantaneamente a realidade.

Comentam que a realidade “virtual” produz a ilusão de que tudo é possível com um click nos levando ao imediatismo e a cultura da mudança rápida da realidade e dos sentidos, perdendo a noção do próprio espaço do tempo e de processos. Falam como as coisas e as relações também podem ser transformadas em algo problemático e destrutivo.

C10“Então a droga ela está nesse sentido como o consumo de sapatos também cai aí, os transtornos alimentares, a compulsão

por sexo, por comida, por trabalho, por esporte, seja lá qual for ela vai nessa linha, acho que a RD ela vai para além, é pensar nessa estrutura que evite agente a ter estes automatismos nocivos sem elaborar isso”.

C02 “o consumo de substância é em ultima análise um instrumento muito poderoso de prazer, e o prazer é o maior regente da nossa vida, seja o direto ou indireto que a neutralização dos desprazeres, é você tomar novalgina e ter prazer com alívio da dor, isso é um prazer indireto, desse modo deixando de usar uma visão alegorista eu acho muito difícil não usarmos drogas.”

C05 “Já são décadas para não dizer séculos em que o ser humano recorre ao uso de substâncias como um dos artifícios para digamos controlar um pouco seus sentimentos seja para potencializar a euforia, seja para conter a tristeza, para conviver com a insônia”.

C10 “Então parece que agente vive num tempo que todo tipo de prazer é aquele que o sujeito se conecta na tomada e recebem descargas, ela não precisa mais elaborar esse prazer”

Concordamos com Birman (2006) as compulsões se banalizaram na contemporaneidade, com ênfase no uso de drogas constituindo uma das formas comuns de mal-estarem diferentes classes sociais. É preciso não ser ingênuo na leitura dessas compulsões:

[]As toxicomanias, com efeito, não se restringem ao uso das drogas ilegais, produzidas e comercializadas pelo narcotráfico, mas incluem também as drogas legais, legitimadas cientificamente pela medicina e pela psiquiatria. Refiro-me, assim, aos medicamentos psicotrópicos, que são receitados pelos médicos e psiquiatras, para regular o mal-estar dos indivíduos, além, é claro, dos analgésicos de potência variável. Dos ansiolíticos aos antidepressivos, passando pelos estimulantes, a farmacopéia médica oferece um vasto cardápio de possibilidades [...].

[...] Poderiam argumentar que ter dor e sofrer são modalidades de mal-estar que marcam a experiência humana desde sempre, sendo formas “a-históricas” de sentir. Entretanto, a interpretação que estou propondo inscreve-se numa tradição teórica na qual as marcas antropológicas da subjetividade são históricas. Não existiria, portanto, a natureza humana como uma invariante que ficaria incólume aos valores produzidos ao longo da história.

4. Formas da RD de trabalhar com o consumo

A RD problematiza as formas de consumo, dos contextos de uso e considera que o sujeito tem capacidade e força, tem uma potência para lidar com o seu consumo e com as consequências desse uso.

Nesse sentido compartilhamos a idéia que a grande contribuição da RD apontada por Conte (2004) seria justamente o questionamento de consensos preestabelecidos em relação à droga e ao usuário, reconhecendo diferentes relações de uso, propondo esquemas de proteção, sem necessariamente exigir abstinência, a não ser que o uso intenso apresente situações de risco de vida.

O que se percebe em todos os trechos a seguir das falas dos profissionais é que é possível trabalhar com o consumo com objetivos escalonados, sem exigir que pessoa pare de consumir, a diminuição desse consumo vai se dando na medida em que as pessoas percebem outros problemas da sua vida e dirigem suas ações para resolvê-los ou minimizá-los.

Valorizam qualquer ganho no movimento em direção a redução desse consumo: tipos de uso frequência e quantidade e o não compartilhamento de drogas e de artefatos.

A substituição de uma substância com maior potencial de danos para outra com menor potencial de danos sem citar qual a substância, aparece na fala de 10 dos profissionais. Práticas voltada unicamente para abstinência eliminam uma grande oportunidade de redução de danos e não alcançam usuários de drogas que estão apenas contemplando alguma ajuda, ou os que não desejam ou não conseguem no momento abster-se.

Nesse sentido concordamos com (Bowser et al., 2010), (Bowser et al., 2007), (Kimber et al., 2008) que pessoas que tem acesso a ações e práticas de RD sejam em programas específicos da RD ou em serviços específicos de baixa exigência apresentaram reduções significativas no uso de álcool, cocaína, crack e heroína, menor

exposição a práticas sexuais e crimes para comprar ou adquirir drogas.

Trabalhar na direção de diminuir a quantidade e a frequência do consumo de droga aparece nas falas de todos os profissionais:

C02 “O cara que usa 10 pedras de crack por dia, se ele usar duas por semana reduziu danos? Reduziu. Isso não detém toda definição de redução de danos. O sujeito que usa cocaína 04 vezes por semana, hoje ele só usa uma vez por ano no carnaval para sair no trio elétrico, isso é reduzir danos ou não é?”

C01 “Talvez a pessoa não consiga manter-se abstinente, mas fazer um uso mais esporádico, ou diminuir uma quantidade por ex. principalmente nos alcoolistas que bebem 04 litros, mas se consegue diminuir um pouco, os prejuízos a saúde talvez não sejam tão fortes quanto num consumo diário.

C02 “Na pratica a definição de RD está no próprio nome na pratica você pode pensar de estratégias ou de quantidade do uso de uma substância, ou como forma de minimizar os agravos a saúde ou na migração de drogas que naquele momento são menos lesivas ou a combinação das duas coisas, mas o conceito é muito mais amplo que isso me referindo a nossa prática diária redução de danos a rigor é diminuição dos impactos na vida dos indivíduos”.

C03 “Existe uma troca de informações com eles, mesmo que não pare totalmente o uso, ele se cuida de alguma forma, ele está no uso, mais usa de forma mais cuidadosa. Não compartilhar drogas pode reduzir danos de saúde. Se cuidar mais, não deixa de estudar trabalhar, eu vejo como conscientiza o cara que ele não precisa se afundar porque está usando drogas, a vida dele pode continuar e ele também pode fazer uso de uma forma mais tranqüila”.

C04 “Eu tenho um paciente que foi deixando de usar substituindo tenho relato assim, que são estratégias, mas não define a RD acho que agente que trabalha que estuda o principal é desconstruir essa visão que na verdade já está sendo desconstruída que só diminuir tá bom, ou só tomando água enquanto bebe muito que está bom”.

C07 “Bom é tudo que pode diminuir algum dano na vida pessoa eu acho que agente pode considerar RD, vamos lá, um cara que fuma 05 maços de cigarros por dia, passa a fumar um maço de cigarros eu vejo como RD, é um ganho, se ele fumar 100 e está fumando 20 com certeza os prejuízos serão bem menores e assim vai com as outras substâncias”.

C07 “Ao longo desse tempo que estou aqui neste serviço tem vários pacientes que deixaram de usar uma substância mais prejudicial e passaram a utilizar uma menos tóxica, isso é muito freqüente”. Ele deixou de viver em função somente da droga e passa a olhar para si, para sua vida, para seu redor. “Isso já é um ganho imenso considerando a história de vida de cada um que chega aqui né”.

C09 “Quando ela vai problematiza a questão do consumo, ou seja, quais as possibilidades que os usuários podem ter na sua relação com a droga. Se tem uma droga que contribui para pessoas se desorganizar mais, então ele vai buscar uma substância com menor potencial de desorganização”.

C09 “A substituição de uma droga pela outra, a idéia de você ir conseguindo diminuir a quantidade de uso, a própria questão do medicamento psicotrópico não deixa também de ser uma forma de substituição de uma droga pela outra”.

Nesse trecho o profissional fala que a substituição não deve ser imposta, mas deve ser problematizado com o usuário se já fez uso de algum tipo de droga que lhe prejudicou menos considerando todo o contexto do sujeito.

C04 “É olhar para sujeito até chegar às técnicas RD o sujeito sacar, acho que não deve ser imposta pelo profissional, até porque a maior parte dos usuários vem de uma cultura 12 passos abstinência completa, dependendo da forma como você fala para ele da diminuição do consumo ou de algo que ele já faz que o prejudique menos, como a substituição de uma droga pela outra você é entendido de uma forma muito ruim”.

C04 “Quando você trabalha só com abstinência, dos espaços que eu já trabalhei que prega abstinência completa 12 passos, você só olha para abstinência você cultua abstinência aí é pior ainda, a pessoa volta muitas vezes a usar, não que se você olhar para tudo vai conseguir resolver a questão, mas amenizar e conseguir olhar os outros problemas concretos da vida da pessoa. Você pode criar expectativas que acaba não sendo reais”.

A substituição do crack por maconha aparece na fala de 05 profissionais, relatam que essa prática parte do próprio usuário e salienta que isso não deve ser imposto.

C04 “É uma coisa que vem do sujeito você auxilia ele ver, perceber o que ele pode fazer e aí dessas estratégias que existe hoje ele mesmo saca, ele mesmo sabe, já assisti usuário que foi deixando de usar crack consumindo maconha”.

C05 “Eu entendo como se ele diminui-se este uso, não é totalmente como abstinência, parou e não tem este uso mais, vamos supor durante este certo período, com a RD seria aos pouquinhos, se ele é usuário de uma droga mais pesada então ele está diminuindo o uso, consegue mudar né, como uma maconha, deu uma diminuída do que ele já usava”.

C07 “Se o cara usa 1 litro de etílico por dia ele passa utilizar uma dose, já um ganho, já diminui um dano, além dos outros benefícios que ele vai adquirindo na vida, o próprio fato de ele deixar de procurar uma substância em tal local ou mudar de substância, de repente se o cara consome crack, e passa utilizar uma maconha, ele já não está mais naquele ritmo de ir buscar a substância em tal

local, de se expor. Eu acho que vai diminuir os danos na vida dele, não só social, psíquica, enfim de um modo geral isso é RD”.

C09 “Os usuários de crack que vão deixando uso de crack para um consumo de maconha, o crack acaba desorganizando mais, os contextos de uso são mais arriscados, abandonam mais os seus projetos, e o uso da maconha seria uma forma de amenizar um pouco este sofrimento, essa dificuldade de lidar com a falta da droga numa perspectiva que ele se integra mais”.

Os profissionais reconhecem que a RD não é contra a abstinência, acreditam ser uma escolha válida e um bom objetivo para se perseguir, contudo ressaltam que demanda deve vir do sujeito, não imposta pelo serviço. Reconhecem que abstinência é uma escolha ética dentre outras tantas possibilidades igualmente éticas. Contudo afirmam ser difícil ou impossível manter-se abstinente para o resto da vida.

C09 “Não dá para não ser RD, não existe o modelo da abstinência total e o modelo da RD, existe o modelo da RD, abstinência total algum momento que a pessoa consegue ficar abstinente faz parte de uma das possibilidades desse sujeito poder se organizar ou não”.

C09 “Há uma falsa comparação entre RD e abstinência, quem fala de RD não está contra a abstinência, talvez quem esteja falando de abstinência esteja contra RD, á partir do que ele entende de RD, mas quem trabalha com uma perceptiva mais ampliada da RD de certa forma vai perceber o sujeito dentro do seu contexto”.

C08 “È um sonho, é um ideal, nem sempre é possível, no meu pensamento é um objetivo legal de se atingir. È um sonho da família, é um sonhos deles próprios, é um objetivo que eu procuro alcançar com os meus pacientes que querem”.

C09 “A abstinência é uma possibilidade que existe, é algo concreto muita gente não usa droga, não é totalidade da população que usa drogas, ou seja, elas se mantém abstinente de drogas, como muitas pessoas se mantém abstinentes de outras coisas também na verdade tem muito mais haver também como uma escolha de não consumir”.

C09 “Para quem faz um consumo que de alguma maneira já está afetada a sua vida, que a vida fica incompatível com o consumo acho que cabe pensar em abstinência, em buscar padrões de abstinência, em buscar possibilidades de abstinência”.

C10 “Para quem está se tratando e tem uma demanda formulada em relação a isso acho que é uma questão que pode ser importante à medida que a pessoa conquistar essa abstinência é sinal que ela vai poder conquistar outras coisas também.; não

acredito que seja uma regra mas acredito que é uma escolha que não deve ser menosprezada na parte do tratamento”.

C10 “Acho que a questão da abstinência pode ser resgatada deste lugar, desse limbo, quase que como uma coisa difícil de acontecer dependendo do tipo de droga e da frequência que a pessoa usa, pode ser resgatado desse limbo e colocado no lugar de uma escolha ética, lícita, válida, ainda que em certos aspectos quase que impossível”.

A melhora das pessoas que frequentam o serviço é entendida pelos profissionais, a partir do reconhecimento e da interpretação que o próprio usuário tem em relação aos seus problemas e que lhe faz sofrer. Os profissionais relatam que para além de estar ou não consumindo drogas, é essencial que a pessoa consiga perceber e avaliar as outras esferas da sua vida. A melhora é observada quando conseguem dirigir suas ações para mudanças concretas na vida (se relacionar, trabalhar e ter projetos) e que isso varia muito porque cada pessoa é singular e vive dentro de um contexto.

O sujeito tem direito a fazer escolhas que devem ser respeitadas, uns não conseguem parar, outros não querem deixar de consumir, alguns querem diminuir o consumo e conseguem. Dessa forma, avaliar as ações de RD com o foco somente na redução ou extinção do consumo de drogas se mostra restrito, uma vez que a vida não se resume ao fato de estar ou não estar consumindo drogas, são necessários indicadores mais abrangentes, nesse sentido concordamos o (Gonzalez e Rojas, 2009) que apontam a medida de qualidade de vida (QV) um indicador útil para avaliar os resultados nesta população.

C01 “Tentar ver coisas que ela consiga melhorar, ou diminuir, ou melhorar a saúde, por ex, mesmo que ela não consiga se ela está no serviço já está se cuidando fazendo exames e cuidando um pouco da saúde, mesmo que ela não consiga parar, já é um benefício que ela está adquirindo”.

C02 “Em consultas individuais em média 08 atendimentos por dia eu diria que percebo em pelos menos em tentando fazer uma estimativa grosseira pelo menos 70% da nossa clientela no prazo

de seis meses reduz seus danos, torna-se menos escrava, mais funcionante nas relações interpessoais, menos queixosa com relação à própria vida”.

C04 “Entrar num espaço onde se cuida disso já existe algum sinal que a pessoa está mudando, eu sempre gosto de falar isso, porque se não elas acreditam que a melhora vai ser quando eu parar de usar”.

C04 “Acho que tem melhoras em vários níveis e diversos graus, a partir do momento que a pessoa vem para cá espontaneamente, sai para pedir ajuda á é uma melhora significativa”.

C07 “Muitas questões agente pode colocar como melhora não só porque ficou abstinente por um mês ou dois meses, mas quando consegue ver seus outros problemas”.

C07 “Mesmo que ele não está conseguindo a abstinência, mas está conseguindo colocar que sofre às vezes com seu trabalho ou por não ter um trabalho, diante de tais questões, já é melhora”.

Nesse trecho o profissional relata que tem pessoas que vão ao serviço, mas não querem para de consumir a droga, porém ressalta que tem pessoas que conseguem conciliar este uso, adquirir certo controle.

C07 “Muita gente continua usando, mas o fato dele conseguir conciliar aquele uso com outras coisas da sua vida isso já é benéfico e importante porque tem pessoas que querem continuar usando a droga”.

Negar acesso as ações de RD, abusos físicos e morais sofridos por usuários de drogas, como prisão e agressão física decorrente de ações policiais, violam os direitos humanos e estão diretamente associados com ideação suicida (Sarin et al., 2011) Compartilhamos da idéia que os cuidados não são recusados a um indivíduo, mesmo que o sujeito não se implique. (...) É preciso que o sujeito tenha a assistência à qual ele tem direito, com a liberdade de recusar o tratamento (Queiroz, 2001).

C03 “Conseguindo algum controle sobre o seu uso de droga, não estou mais naquele desespero, estou conseguindo não usar em alguns momentos porque não é o momento de usar, saber

reconhecer isso: o momento que ele pode usar momento que não pode. Vejo isso como melhora”.

C08 “É trabalhar no possível, RD é não é simplesmente a troca de uma droga pela outra, mas vejo o que possível fazer com aquela pessoa, quais são os outros problemas, por ex. tá tomando uma dose diária então vamos continuar tratando desse jeito, para mim é RD”.

C08 “A pessoa vir no grupo e consegue ficar 1h e30min., não conseguiu ficar 1hora mas ele consegui vir e ficar pelo menos 30min, naquela situação daquele paciente, isso é RD”.

C07 “A melhora está não somente em parar consumir a substância, está para, além disso, porque às vezes ela não está consumindo mas não está bem, as vezes o paciente está abstinente há 01 ano mas fica em casa olhando para o teto, a vida dele não andou nada”.

C09 “A melhora significa uma consciência assim que a pessoa vai adquirindo da sua vida do seu problema do seu sofrimento e qual que é o sentido que o consumo prejudicial ou qualquer outra coisa que ela faça que prejudique a vida dela né”.

C10 “Acho que a melhora da compreensão que o sujeito tem para além da droga, a vida dele, a melhora é questionamento que ele pode fazer sobre as faltas para além da questão da substância, esse é um primeiro critério”.

C10 “Então a questão não é usar ou não usar droga, usar mais ou usar menos, mas a questão de sair daqui e pensar qual é a minha falta,o sujeito sair daqui não com a sensação de encontrei algo mas me falta muitas coisas vamos a elas, acho que esse é um critério de melhora que pode acontecer desde o primeiro momento que o sujeito pisa aqui, ou desde três anos de tratamento para ele, cinco anos não sei”.

C10 “Então ela está em uma casa agora, com uma Brasília, com uma mulher, com um trabalho, né uma casa que ela não escolheu morar, uma Brasília que não funciona, um trabalho que não é que ele quer, um casamento, um relação monogâmica que não é o que ela quer para vida, isso é uma melhora? Ou isso é isso é uma reforma do sujeito do ponto de vista de uma estrutura dominante, ou a melhora desse sujeito seria, não eu quero viver como um sujeito nômade, eu quero circular, e minha escolha é essa, então são questões muito relativas”.

Compartilhamos das afirmações de (Passos e Souza, 2011) que o protagonismo dos usuários pode caminhar de uma dimensão mais individual para uma dimensão mais coletiva, passando de um cuidado de si para um cuidado do outro, dependendo dos dispositivos que os usuários de drogas passam a integrar. Esses podem ser colaboradores no território, podem fazer parte da gestão das associações, podem ser redutores de danos, ou podem simplesmente cuidar de si.

Nesse trecho o profissional relata que a melhora é percebida também quando a pessoa se insere na participação, avaliação e construção do serviço.

C10 “A verdadeira melhora você precisa mais tempo para acompanhar, outros canais acho que o conselho gestor pode ser um canal muito interessante na medida em que o sujeito deixa de estar no caps como paciente, e passa a estar no caps como cidadão, são esses tipos de técnicas que eu me refiro”.

Concordamos com (Pinho, 2009) que o terapêutico em si, encontra-se inegavelmente associado ao efetivo reconhecimento do usuário dos serviços de saúde como um sujeito portador de direitos, como cidadão, em um ambiente favorecedor da autonomia criativa e da participação democrática.

Para os colaboradores, deste estudo, a redução de danos é entendida como modelo de serviço, como observarmos nas seguintes falas:

C09 “A relação de trabalho também ter haver com essa idéia de RD, então tem que ser o que? Mais participativo mais coletivo, os trabalhadores tem que se sentirem sujeitos também, que a voz deles, a participação deles transforma, não só faz de conta, eles precisam sentir que eles têm força de transformar o trabalho, de fazer o trabalho ter sentido, dessa forma você também vai construindo sua relação com os usuários, com a comunidade, com as pessoas que você vai lhe dando nesse processo de construção do serviço”.

C01 “Eu acho que isso se dá em todos os momentos, pelo menos é isso que eu vejo, desde o atendimento de porta de entrada, no plantão

acolhimento, que a pessoa já é ouvida, às vezes a pessoa não se alimentou, ela sobe toma um lanche é encaminhado para grupos se desejar”.

C04 “Eu vejo como modelo de assistência e as pessoas que tem a oportunidade de trabalhar com a RD como modelo de assistência elas trabalham melhor porque se agente for em busca da abstinência completa, agente se frustra demais até porque ela impossível para muitos. Não que em certas situações de emergência ou contexto ela não seja necessária”.

C04 “Agente já começou a fazer alguma coisa de RD de danos, discutir os casos, montar como é construída a entrada da pessoa aqui, o plantão de acolhimento, que não é um médico, que não tem uma coisa específica de ser feita, não tem que dar remédio já” .

C04 “A filosofia da RD está em todos os grupos não só o grupo terapêutico RD para álcool, mas todo os grupos agente fala com eles, discute muito sobre isso, as discussões de caso nas reuniões olhando para vida do sujeito sem oferecer soluções mágicas.”

C04 “A grande questão é você não exige dele, você constrói com ele algo que seja bom para aquele sujeito, não tem um protocolo de exigência, é o mínimo possível que você pode fazer agora o que é?”.

Nesses trechos observamos na fala de alguns colaboradores resistência em relação à RD. Devemos considerar que os profissionais vêm de diferentes formações e que muitos não estão prontos e colocam na droga ou na doença a justificativa para todos os problemas do sujeito.

A emergência deste novo marco conceitual para o campo das drogas, por conter uma posição ética e política divergente daquela dominante, encontrará inúmeras dificuldades para sua aceitação (Reale, 1997).

C10 “Pelo contrário, às vezes agente vê colegas com uma postura em relação às drogas leves, tidas como leves, uma postura tão equivocada ou

tão preconceituosa, estigmatizada quanto com as outras drogas”.

C10 “Você pega alguns prontuários em que na introdução aparece a substância de escolha da pessoa, isso é um sintoma claro de algum entendimento da RD não está coerente, então ao invés de você ler lá no prontuário, comparece aqui o sujeito em tal data, acompanhado pelo familiar ou szinho, com uma demanda relacionada ao uso de substâncias e outras questões você vê lá crack e álcool e depois vem a história do sujeito. Isso é um ponto quer dizer o que estamos convertendo em linguagem, tá aparecendo o que o que sujeito usa”.

C08 É a pessoa parar de usar mesmo a substância, conseguir a abstinência total já é a melhora conseguiu parar, ela consegue retomar o trabalho, o estudo.

C08 “Eu não vi quem conseguiu ficar para sempre abstinente, quem parou pelo menos está conseguindo trabalhar, assim como eu tenho quem voltou a usar e perdeu tudo”.

C08 “Tem um paciente meu que usava muitas drogas, agora ele ficou fazendo uso de uma dose álcool antes da refeição, ele conseguiu ficar bem, eu tinha considerado que aquilo também era melhora para ele, ele conseguiu até começar o trabalho, o pouquinho que não deu certo no trabalho, ele já voltou tudo de novo”.

CONCLUSÃO

7 CONCLUSÃO

A partir das falas dos profissionais foi possível observar dificuldades em classificar a gravidade do consumo do ponto único e exclusivo de doença devido à complexidade do fenômeno drogas. No serviço pesquisado isso não é o critério de inclusão no tratamento, uma vez que a primeira avaliação não é realizada por um médico psiquiatra, e sim por profissionais de saúde mental das diversas categorias profissionais com objetivo inicial de oferecer uma escuta qualificada para captar as necessidades de saúde e sociais (familiar e psicossocial que envolvem a procura por ajuda). Caracterizando então a humanização da relação entre o profissional e o sujeito que busca ajuda, e que em resumo, está para muito além de um atendimento específico profissional de classificação ou categorização da doença.

A droga para encobrir as necessidades de grupos sociais desfavorecidos aparece freqüentemente na falas dos profissionais que relatam as precárias condições de vida moradia, trabalho, saúde educação e relações sociais das pessoas que procuram o serviço. Discorrem ainda como as pessoas são afetadas diferentemente pela problemática em relação às condições concretas de vida.

Os trabalhadores relatam que as drogas respondem as necessidades das pessoas nos tempos atuais mesmo que de maneira alienada, questionando sobre valores e consumo na sociedade de uma forma mais geral, não somente pensar este consumo do ponto de vista e o foco exclusivo nas drogas ilícitas.

Nesse sentido a RD traz uma grande contribuição para abordagem do problema drogas, questionando os consensos preestabelecidos da “doença-dependência” o que se confirma nas falas dos profissionais quando vão discorrendo sobre as diversas formas da RD de trabalhar com o consumo, considerando que o sujeito tem capacidade, força e potência de lidar com o seu consumo

e com as conseqüências desse uso; sem deixar de dizer que as drogas podem trazer prejuízos.

Os profissionais reconhecem que a RD não é contra a abstinência, acreditam ser uma escolha válida e ética, contudo vão dizendo da dificuldade de atingi-la para todas as pessoas, questionando ainda se a melhora que se espera é cessação do uso de drogas, enfatizam que a melhora é um processo que pode observado considerando a esfera de vida global e a singularidade do sujeito. Enfatizam que a melhora está relacionada ao sujeito entrar em contato com os outros problemas da sua vida e conseguir dirigir seus atos para construção de saídas possíveis e concretas para os problemas elencados. Apontam ainda que a melhora também esteja relacionada à “mudança de lugar” no serviço, quando o usuário deixa de estar como “paciente” e passa contribuir criticamente para construção do próprio serviço. O conselho gestor da unidade é apontado como grande potencializador e favorecedor de inclusão democrática e cidadã.

Percebe-se por meio das falas dos profissionais que a RD é entendida como modelo do serviço perpassando todas as atividades desenvolvidas, não há burocratização do processo de trabalho e que não exigem abstinência como o principal objetivo de tratamento. Os trabalhadores enfatizam que a construção do projeto terapêutico é conjunta, considerando o que é possível fazer de acordo com os desejos e as possibilidades de cada pessoa. Concebem a RD como um modelo de estratégias e práticas para que a pessoa possa rever a sua relação com a droga e fazer uso menos prejudicial, tanto para diminuição do consumo como para abstinência.

Pode-se verificar com este estudo que existem diversas vertentes e formas de conceber e utilizar a RD. De uma forma geral a RD neste Caps ad é concebida de forma ampliada, percebe-se nas falas que há problematização do fenômeno drogas para além do recorte doença, considerando o sistema drogas como parte da sociedade e a capacidade de reprodução social das pessoas.

Contudo, verificou-se que há resistência em aceitar e compreender o modelo na fala de alguns profissionais, o que aponta para a formação profissional e os referenciais que se pensa a cura de uma pessoa que tem problemas com uso de drogas. Nesse sentido há necessidade de desenvolver estratégias para discussão, capacitação e formação em RD.

Este estudo aponta ainda a necessidade de aprofundar avaliações da qualidade do processo de trabalho e de conhecer a opinião de usuários e familiares que são acompanhados no serviço em relação ao apoio e assistência recebida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O que se observa no cotidiano dos serviços conhecidos como CAPS é que as soluções para os problemas e o sofrimento trazidos pelas pessoas que conseguem acessar o serviço, não são tão simples como muitas vezes se professa, ou como são compreendidos pelos profissionais da equipe e pelo senso comum. A forma de entender o consumo dos diversos psicoativos reproduz a visão do poder hegemônico, dificultando seu entendimento e a complexidade do problema, o que resulta muitas vezes em respostas distantes do cotidiano das pessoas.

Este estudo demonstra que a RD é muito mais que uma prática ou uma estratégia, é uma política de saúde onde as intervenções para que sejam éticas e comprometidas com outro, devem ir para além de práticas centradas no modelo biomédico, de um acolhimento descomprometido e irrealista por parte do profissional. É necessário que se compartilhe com os interessados o conhecimento científico acumulado sobre o já conhecido complexo fenômeno das drogas.

As atividades e práticas profissionais desenvolvidas devem incorporar estratégias que estimulem a reflexão e a crítica das pessoas para além do recorte doença, e considerar todos os fatores que atravessam a questão (produção, comércio e consumo) das drogas lícitas e ilícitas, os jogos de interesses por lucro e poder notórios durante toda evolução histórica e social da assistência em saúde mental, para que não se corra o risco de desprezar as conquistas sociais e retroceder em direção aos modelos manicomiais disciplinares, morais e de exclusão que insidiosamente vem sendo construindo e implantados com nomes maquiados e modernos, defendidos pelo poder hegemônico, que prega soluções mágicas, considerando os indivíduos incapazes de fazer escolhas, promovendo a passividade e a inércia em relação a si e a sociedade. Não se pretende dizer que o consumo de drogas é inofensivo ou

inerte, que não contribui para o sofrimento ou agravamento dos problemas. Mas que este tem sua origem na própria história da humanidade e que atualmente pode afetar de diversos modos os grupos sociais, a depender das condições as quais foram expostas em suas vidas.

Os serviços devem oferecer todas as estratégias e práticas de RD conhecidas, bem como valorizar e incorporar o saber que as pessoas formulam sobre seus problemas e a sua vida. A eficácia da RD está relacionada com as melhoras concretas na vida, nas relações, na retomada ou inserção no trabalho, educação, cultura e lazer, e não única, e exclusivamente no fato de estar ou não, em uso de drogas.

Abrem-se assim possibilidades para melhor compreender o entrelaçamento dos contextos reais de cada sujeito, que não se reduz, portanto, a uma equação de fácil solução. É nesse contexto que a RD como um conjunto de ferramentas teórico-prática nos CAPS ad pode melhor responder a essa diversidade.

Em síntese, podemos afirmar que a concepção de Redução de Danos para os colaboradores deste estudo centra-se na oposição ao modelo hegemônico de guerra às drogas; não parte do ponto único e exclusivo do uso de drogas como doença; não é contra a abstinência; visa diminuir riscos e danos à saúde considerando todo o contexto e o desejo e as possibilidades de cada pessoa, amplia a oferta e as possibilidades de cuidados na direção de um uso prejudicial dos diversos psicoativos.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

9 REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Almeida C L S. de. *Hermenêutica e dialética*. Porto Alegre: Edipucrs, 2002.

Alves-Mazzotti AJ. *O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa*. 2 ed. São Paulo: Pioneira;1999.

Alves VS. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cad. Saúde Pública* 25(11): 2309-2319, ND. 2009 Nov.

Ascelrad G. Os discursos preventivos sobre o uso de drogas e as potencialidades dos educadores na atenção primária – relato de uma experiência. [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas Instituto de Estudos Avançados em Educação; 1989.

Almeida CB. Conceito de redução de danos: uma apreciação crítica. *Rev. Boletim da Saúde*, v. 17, n. 1, 2003 53.

Bastos FI, Mesquita F, Marques LF. Organizadores. *Troca de seringas: ciência, debate e saúde pública*. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

Bauman Z. [Entrevista a Maria Lúcia Garcia Pallares Burke]. *Tempo soc.* 2004 vol.16 no.1.

Bogdan RC, Bliken S. *Investigação qualitativa em educação: uma introdução a teoria e aos métodos*. Porto: Porto: Editora 1994.

Bom Meihy JCS, Holanda F. *História oral: como fazer como pensar*. 1ª edição. Ed. Contexto 2007. 176p.

Berridge, V. Harm minimization and public health: Na historical perspective. In: *Psychoactive drugs and harm reduction: From faith to science*. London: Whurr Publishers, 1993. p. 55-64.

Birman, J. *Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2003.

Brites CM. *Ética e uso de drogas: uma contribuição da ontologia social para o campo da saúde pública e da redução de danos [tese]*. [Brasil]:Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2006. 148p.

Bucher, R; Oliveira, SRM. O discurso do combate às drogas e suas ideologias. *Rev. S. Púb.* 1994; 28(2): 137-145.

Bowser BP, Jenkins-Barnes T, Dillard-Smith CD, Lockett G. Harm reduction for drug abusing ex-offenders: outcome of the California

prevention and education project MORE project. Journal of evidence-based social work. 2010 ;Jan;7(1):15-29.

Benevides, RPE. Afinal, é possível outra política de drogas para o Brasil? in Lima E, Neto JLF; Aragon, LE, Organizador. Subjetividade contemporânea: desafios teóricos e metodológicos. Curitiba: CRV; 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.197/GM de 14 de outubro de 2004. Dispõe sobre a Política Nacional de atenção aos usuários de álcool e outras drogas. [legislação na internet]. Brasília; 2004 [citado 2011 Nov 01]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-2197.htm>

Brasil. Ministério da Saúde Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. [legislação na Internet]. Brasília; 2006 [citado 2011 dez 05].Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11343.htm

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados - 10, Ano VII, nº 10, março de 2012. Brasília, 2012. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 28p. [citado 2012 set09].Disponível em www.saude.gov.br/bvs/saudemental

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 130, de 26 de janeiro de 2012 Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial [legislação na internet]. Brasília; 2012 [citado 2012 mar 02]. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html

Carlini EA. Redução de danos: uma visão internacional. Jornal Brasileiro de Psiquiatria. 2003 Set-Out; 52(5):335-339.

Carlini-Marlatt B, Requião DH, Stachon, AC. Redução de Danos: uma abordagem de saúde pública. Brasil; 2003. 6p.

Campos RTO, Furtado JP, Passo E, Ferrer AL, Miranda L, Gama CAP. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. Rev. Saúde Pública. 2009; 43 Supl.1:16-22.

Campos MA, Sampaio CMA. Introdução. In: Campos MA, Sampaio CMA. Organizadores, Drogas, dignidade e inclusão social: a lei e a prática de redução de danos. Rio de Janeiro: Aborda;2003.

Canoletti B, Soares CB. Drug consumption prevention programs in Brazil: analysis of the scientific production from 1991 to 2001, Interface - Comunic. Saúde, Educ. 2005;16(9-2):115-29.

Conte, M. Psicanálise e Redução de danos: articulações possíveis? In: Tóxicos e Manias. Revista da APPOA, n. 26, p. 23-33, 2004.

Cruz, MS. Considerações sobre possíveis razões para a resistência às estratégias de redução de danos. In Cirino, O. & Medeiros, R. Organizadores, Álcool e outras drogas: escolhas, impasses e saídas possíveis. Belo Horizonte: Autêntica; 2006.

Delbon F, Da Ros V, Ferreira EMA. Avaliação da disponibilização de Kits de redução de danos. Saúde e Sociedade. 2006 Jan-Abr; 15(1): 37-48.

Fiore, M. Uso de drogas: controvérsias médicas e debate público. São Paulo: Mercado de Letras; 2009.

Galduróz JCF, Noto AR, Carlini EA, Fernandes JC. O Uso de Drogas no Brasil: comparação de dois levantamentos domiciliares: 2001 e 2004 Rev Ciênc. saúde coletiva; 15(3): 663-670, May 2010. tab.

Gomes R. Análise de dados em pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS organizadora. Pesquisa Social – Teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 1994.

Gonçalves AVM. Manifestações e contradições da metrópole de São Paulo no antigo bairro de Santana: a paisagem, o valor da terra, a intervenção urbana e o fenômeno da deterioração urbana. [dissertação]. [Brasil]: Universidade de São Paulo Departamento de Geografia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas; 2006. 201p.

Gonzales Saiz F, Rojas OL. Medir o impacto de substâncias psicoativas sobre a qualidade de saúde da vida: uma atualização. Revista Uso indevido de Drogas. 2009 Jan; 2(1):5-1.

Kimber J, Mattick RP, Kaldor J, van Beek I, Gilmour S, Rance JA. Process and predictors of drug treatment referral and referral uptake at the Sydney Medically Supervised Injecting Centre. Drug and alcohol review. 2008 ;Nov;27(6):602-12.

Labigalini EJ, Rodrigues LR, Silveira DX. Therapeutic use of cannabis by crack addicts in Brazil. Journal Psychoactive Drugs. 1999 ;Oct-Dec;31(4):451-5.

Marin-Léon L; Oliveira HB; Botega NJ. Mortalidade por dependência de álcool no Brasil:1998-2002. *Psicologia em Estudos*; 12 (1); p.115-21; 2007.

Mayer TRT. A contribuição do centro de referência em redução de danos: nossas palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas. In: Santos LMB organizadora. *Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas*. Porto Alegre: Ideograf - Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul; 2010.p. 87-91.

Marques, F; Doneda, D. A política brasileira de redução de danos. In Francisco Inácio Bastos. *Organizador, Troca de Seringa: drogas e Aids*. Brasília: Ministério da Saúde;1998.

Mesquita, F. Aids e drogas injetáveis. In A. Lancetti Organizador, *Saúde Loucura*. São Paulo: Ed. Hucitec;991.

Medeiros PFP, Bezerra LCA, Santos NTV, Melo EO. Um estudo sobre a avaliabilidade do programa + vida: política de redução de danos em álcool, fumo e outras drogas no município de Recife, Brasil. *Rev Bras Materno infantil*. 2010 Nov; 10(supl.1):209-217.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 1992.

Minayo MCS. *O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11ªed. São Paulo Rio de Janeiro: Hucitec; 2008

Minayo MCS. *O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12ªed. São Paulo: Hucitec; 2010

Ministério da Saúde (BR). *Relatório da oficina de trabalho para "Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica"*. Brasília (DF); 2001.

Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental. *Consultórios de Rua do SUS. Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS*. Ministério da Saúde/EPJN-FIOCRUZ: Brasília: 2010;48 p.

Ministério da Saúde (BR) *A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas*. Brasília (DF); Ministério da Saúde, 2004.

Moraes M. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. *Ciênc. saúde coletiva* [periódico na internet]. 2008 [citado 2012 Fev 14];13(1):121-33.

Moreira, FG; Silveira, D X; Andreoli, SB. Redução de danos do uso indevido de drogas no contexto da escola promotora de saúde. Rev Ciênc. saúde coletiva 11(3): 807-816, . 2006 Sep.

Mac Rae, E; Gorgulho, M. Redução de danos e tratamento de substituição: posicionamento da rede brasileira de redução de danos. J. Bras. Psiq. 2003; 52(5):371-374.

Organização Mundial de Saúde (OMS). Relatório da Situação Global sobre Álcool e Saúde 2011 [base de dados na internet].[citado 2012 ago.12].Disponívelem:http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/

O'Hare, P. Redução de danos: alguns princípios e a ação prática. In: Mesquita, F, Bastos FI organizador. Drogas e AIDS: Estratégias de Redução de Danos. São Paulo, HUCITEC, 1994. Cap. 4, p. 65-78.

Onocko, RT; Furtado, Jp. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de centros de atenção psicossocial. Rev. Cad. Saúde Pública. 2006; 22(5):1053-1062.

Passos EH, Souza TP. Redução de danos e a política de saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra as drogas”. Psicologia e Sociedade. 2011; 23(1): 154-162.

Pereira, MO. Análise da política do Ministério da Saúde do Brasil para a atenção integral dos usuários de álcool e outras drogas. [Tese]. [Brasil]: Universidade de São Paulo Escola de enfermagem; 2009.278p.

Pinho PH. Os desafios na atenção aos usuários de álcool e outras drogas e a reabilitação psicossocial. [dissertação]. [Brasil]: Universidade de São Paulo Escola de enfermagem; 2009.225p.

Queiroz, IS. Os programas de redução de danos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas. Rev Psicol. Cienc. Prof. [online]. 2001; vol.21, n.4, pp. 2-15.

Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenadoria regional de saúde norte: Projeto técnico e Institucional Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas Santana, 2011; 18p.

Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde: Coordenação de Epidemiologia e Informação. Índice de Necessidades de Saúde por Distrito Administrativo do Município de São Paulo - Distribuição segundo níveis de necessidade de saúde – 2007.

Reale, D. O caminho da redução de danos associados ao uso de drogas: do estigma á solidariedade. [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 1997.

Rotelli F. O inventário das subtrações. In: Nicácio MF organizadora. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec; 2001.

Reis R, Garcia MLT. A trajetória de um serviço publico em álcool e outras drogas no município de Vitória: o caso CPTT. *Ciência, saúde coletiva*. 2008; Nov-Dez; 13(6):1965-1974.

Santos, VE Objeto e o sujeito da redução de danos: uma análise da literatura na perspectiva da saúde coletiva. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

Sarin E, Samson L, Beyrer C. Humam rights abuses and suicidal ideation among male injecting drug users in Delhi, India. *The international Journal on drug policy*. 2011; Mar ;22(2):161-6.

Santos, VE, Soares, CB. Campos, CMS. Redução de Danos: uma análise das concepções que orientam as práticas no Brasil SANTOS [Artigo encaminhado para Cadernos de Saúde Pública] 2010.

Schleiermacher, FDE. Hermenêutica: arte e técnica da interpretação. Tradução e apresentação de Celso Braida. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

Schneider, DR. Horizonte de racionalidade acerca da dependência de drogas nos serviços de saúde: implicações para o tratamento. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2010, vol.15, n.3, pp. 687-698.

Sodelli, M. A abordagem proibicionista em desconstrução: compreensão fenomenológica existencial do uso de drogas. *Ciênc. saúde coletiva* 15(3): 637-644, ND. 2010 May.

Soares, CB. Adolescentes, drogas e AIDS: avaliando a prevenção e levantando necessidades. Tese (Doutorado) - Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo. 1997

Stimsom, G V. A AIDS e o uso de drogas injetáveis no Reino Unido, 1987-1993: As políticas públicas e a prevenção da epidemia. In: Bastos, F. I. , Mesquita, F. , Marques, L. F. (Org.). Troca de seringas: ciência, debate e saúde pública. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. p. 9-54.

Silva, SM; Spiassi, AL; Alves, DC; Guedes, DJ; Leigo, RO. Redução de danos: estratégia de cuidado com populações vulneráveis na cidade de Santo André. *Ver. S. Soc.* 2009;18.(2) 100-103.

Souza TP. Redução de danos no Brasil: a clinica e a política em movimento.[dissertação].[Brasil]: Universidade Federal Fluminense- Psicologia; 2007.140p.

Silva SL. Mulheres da Luz: Uma etnografia dos usos e preservação no uso do crack [dissertação]. [Brasil]: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2000. 115p.

Schwartz RP, Highfield DA , Jaffe JH , Brady JV, Butler CB, Rouse CO, Callaman JM , O'Grady KE, Battjes RJ. A randomized controlled trial of interim methadone maintenance. Arch Gen Psychiatry 2006 Jan; 63 (1) :102-9

Totugui ML. Possibilidades Integradoras da Redução de Danos na Perspectiva da Complexidade-Estudo Teórico Clínico no Contexto da Psicoterapia para dependentes de Drogas.[dissertação].[Brasil]: Universidade de Brasília; 2009.193p.

Yasui S. A construção da reforma psiquiátrica e o seu contexto histórico [dissertação] Assis (SP): Faculdade de Ciências da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho; 1999.

Zenoni A. Qual instituição para o sujeito psicótico? Abre campos – Ano I – N°. Junho. Belo Horizonte: FHEMI Junho/2000: p.14.

APÊNDICE A**INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS****Parte 1 - Dados de Identificação**

Código de Identificação_____ Idade_____ Sexo _____

Função: _____

Formação Profissional_____

Tempo de trabalho no CAPS AD_____

Experiência em anterior em AD_____

Atividades que desenvolve neste serviço _____

Parte 2 – Roteiro para Entrevista

01.O que é Redução de Danos para você?

02.O que você considera como melhora para as pessoas que
freqüentam este serviço?

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

I – Dados de identificação:

Nome do entrevistado _____

II - Dados sobre a pesquisa

Título da Pesquisa: Redução de Danos (RD): análise das concepções dos profissionais de um centro de atenção psicossocial em álcool e outras drogas (CAPS ad).

Pesquisadora: Delza Rodrigues Souza – Mestranda no Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Fone: (11) 951207852 email: delzarodrigues@hotmail.com

III – Registro das explicações acerca da pesquisa ao participante:

Este estudo tem como objetivo: Identificar e analisar a concepção de Redução de Danos (RD) dos profissionais da equipe técnica de saúde mental de um CAPS ad.

Você é livre para expressar suas idéias e poderá fazer questionamento acerca do estudo e sobre sua participação nele, se tiver alguma dúvida procurarei esclarecê-la em qualquer fase da pesquisa. A sua participação é voluntária, você não é obrigado (a) a participar do estudo. Você tem o direito de sair da pesquisa em qualquer etapa e em momento algum isto lhe trará prejuízos ou constrangimentos. Se você se negar a participar da pesquisa ou interrompê-la, não sofrerá nenhum prejuízo.

Os dados da presente pesquisa serão registrados e gravados; posteriormente transcritos, lidos e analisados, mas o seu nome não constará dos registros. Sua identidade não será revelada nem mesmo na fase de conclusão e publicação do estudo.

IV – Esclarecimentos dados pelo pesquisador sobre garantias do sujeito da pesquisa:

1. Acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas.
2. Liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo.
3. Salvar da confidencialidade, sigilo e privacidade.
4. Não sofrerá qualquer prejuízo, caso se negue a participar do estudo ou interrompa sua participação.

V – Consentimento Livre e Esclarecido:

“Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar da presente pesquisa”.

São Paulo, _____ de _____ de 2013

Assinatura do colaborador da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador Responsável

Contatos do Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP

edipesq@usp.br

ANEXO A

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Comitê de Ética em Pesquisa/SMS

CAAE: 0145.0.196.162-11

São Paulo, 03 de Abril de 2012.

PARECER Nº 054/12 – CEP/SMS

Ilma. Sra.
 Maria Odete Pereira

Projeto de Pesquisa: Metodologias de avaliação e medidas de impacto das políticas para ações em álcool e outras drogas nos centros de atenção psicossocial álcool e outras drogas do município de São Paulo

Pesquisador Responsável: Maria Odete Pereira

Instituição: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Local onde os dados serão coletados: Todos os centros de Atenção Psicossocial – AD do município de São Paulo

Patrocinador: CAPES (Programa de Pós- Doutorado)

1 - Sumário Geral do Protocolo

Projeto de pesquisa vinculado ao “Grupo de Estudos Relacionados ao Uso Prejudicial do Álcool e Outras Drogas” – GEAD, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, cadastrado no Conselho Nacional de Pesquisa – CNPq, que vem desenvolvendo estudos acerca dos efeitos prejudiciais do álcool e outras drogas e, busca, ao longo do tempo, novas estratégias de enfrentamento e fortalecimento da rede de assistência aos usuários de álcool e outras drogas, com ênfase na reabilitação psicossocial e inserção social dos mesmos, bem como a redução de danos e inclusão social.

Objetivos do Grupo de Estudos Relacionados ao Uso Prejudicial do Álcool e Outras Drogas:

- Produzir conhecimento acerca do processo de avaliação da qualidade da assistência oferecida nos Centros de Atenção Psicossocial que atendem usuários de álcool e outras drogas – CAPS AD;
- Oferecer subsídios para a avaliação de CAPS ad no Estado de São Paulo;
- Oferecer subsídios para o ensino de enfermagem em saúde mental da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

• Objetivo específico deste sub-projeto.

Avaliar quantitativamente e qualitativamente os Centros de Atenção Psicossocial II ad da cidade de São Paulo.

Justificativa: Gerar subsídios para mudanças na atenção em saúde mental nos CAPS ad

Metodologia:

Os dados serão coletados pela psicóloga doutoranda Paula Hayasi Pinho, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP.

A avaliação quantitativa se dará em três perspectivas.

(1) Avaliação da estrutura dos CAPS: da área física, dos recursos humanos e dos materiais dos CAPS ad;

Descrição da área física dos serviços (número de cômodos e sua finalidade, tamanho da construção em metros quadrado, tamanho da área interna e externa úteis para as atividades terapêuticas); descrição do mobiliário existente nos serviços; e número de funcionários e profissionais da equipe técnica.

(2) Avaliação do processo: a) da organização da atenção em saúde mental e b) do processo de trabalho.

a) A organização da atenção psicossocial, desenvolvida nos CAPS, será avaliada por meio de uma auditoria dos registros dos usuários com verificação do conteúdo relativo ao projeto terapêutico do serviço; plano terapêutico individual do usuário; normas e atividades padronizadas; sistema de referência e contra-referência; e registro de atendimentos em prontuários.

b) O processo de trabalho será avaliado por meio da aplicação de questionários, aos trabalhadores de saúde mental, sobre: satisfação e sobrecarga dos trabalhadores de saúde para identificar prevalência de problemas psiquiátricos menores; problemas por consumo de álcool; perfil dos trabalhadores e condições de trabalho.

(3) A avaliação quantitativa dos resultados da atenção em saúde mental será realizada por meio da aplicação de questionários aos usuários e familiares, sendo que o padrão de saúde do usuário será avaliado a partir

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Comitê de Ética em Pesquisa/SMS

CAAE: 0145.0.196.162-11

da condição de autonomia, inserção, cidadania, e satisfação e os familiares, com 20 a 30% dos usuários e familiares, partindo da satisfação e sobrecarga como cuidador.

A avaliação qualitativa será junto aos profissionais da equipe técnica, usuários e familiares dos CAPS ad participantes.

Serão empregadas como estratégias metodológicas as técnicas de grupo focal e observação participativa.

Para a avaliação qualitativa serão empregados marcadores abstraídos a partir dos dados empíricos do projeto CAPSUL (2009) que tiveram a capacidade explicativa de indicar determinado parâmetro de avaliação. Assim, os marcadores internos a serem utilizados são:

Marcadores internos	Marcadores externos
<i>Estrutura: - Ambiência</i>	- Políticas públicas, gestão e articulação da rede de saúde. - Relação da sociedade com o fenômeno da loucura
<i>Processo de Trabalho:</i> - Atividades como suporte terapêutico - Equipe, característica do trabalho - Plasticidade do Serviço Inserção da família	
<i>Resultado: - Resultado da atenção psicossocial</i>	

Estratégias metodológicas: **Grupo Focal e Observação Participante.**

- Referência sucinta aos critérios de seleção (*recrutamento, abordagem dos sujeitos de pesquisa, critérios de inclusão e exclusão*).

Os coordenadores e membros da equipe técnica dos CAPS participantes deverão ter no mínimo seis meses de trabalho.

Para os usuários dos CAPS os critérios de inclusão serão os seguintes:

A. Indivíduos com idades entre 18 e 65 anos;

B. Estarem cadastrados e participando das atividades dos CAPS há no mínimo seis meses;

Serão incluídos no estudo os coordenadores, membros das equipes técnicas e usuários dos CAPS que preencherem os requisitos acima e concordarem em participar.

2 – Considerações.

Trata-se de projeto de pesquisa para exame de qualificação para obtenção do título de Doutor onde a pesquisadora pretende realizar avaliação quantitativa e qualitativa dos CAPS Ad do Estado de São Paulo.

O projeto é de grande relevância tendo em vista os escassos trabalhos sobre avaliação na área de Saúde Mental.

A avaliação quantitativa se dará em três perspectivas:

Avaliação da área física, recursos humanos e materiais do CAPS, através de planilhas; avaliação dos processos de atenção à saúde através de consulta aos prontuários dos usuários; avaliação da satisfação e sobrecarga dos trabalhadores através do questionário "A evaluation of the user's satisfaction scale brief – SATIS-BR"; avaliação dos resultados da atenção em saúde mental e satisfação e sobrecarga dos familiares através do questionário SATIS-OMS.

A avaliação qualitativa será realizada através de grupo focal e observação participativa em 15 CAPS Ad, um em cada região administrativa do Estado de São Paulo. Tal avaliação terá como sujeitos os profissionais, os usuários e seus familiares e o critério de escolha dos CAPS obedecerão aos seguintes itens: tempo de funcionamento do serviço, adequação do serviço à Portaria 336/2002, disponibilidade dos sujeitos de pesquisa para participar do estudo.

• Local de Realização

- O projeto não é multicêntrico. Realizado em vários municípios do Estado de São Paulo pela mesma equipe de pesquisadores. Não informa se em todos os municípios a pesquisadora responsável pela coleta dos dados será a mesma.

Apresentação do Protocolo

CAAE: 0145.0.196.162-11

- A Folha de Rosto não está corretamente preenchida. As seguintes informações parecem ser incongruentes: número de sujeitos de pesquisa informado, número de CAPS AD (todos=21) e variedade de sujeitos de pesquisa (trabalhadores, usuários e familiares).
- O currículo do pesquisador responsável está de acordo com a proposta da pesquisa.
- Orçamento – o projeto tem financiamento CAPES e o orçamento está descrito na página 2 do Anexo III – Termo de solicitação e concessão de apoio financeiro a projeto.
- Cronograma da pesquisa – necessita retificações
- Há tratamento adequado dos dados/informações
- **Avaliação dos riscos e benefícios**
 - Objetivos específicos
 - Não estão suficientemente esclarecidos
 - Metodologia – não está suficientemente clara.
 - A metodologia impõe alguma condição de desconforto ao sujeito da pesquisa, porém devidamente justificada.
 - Os direitos fundamentais do sujeito de pesquisa não estão garantidos, pois a linguagem utilizada no TCLE pode tornar seu conteúdo inacessível. Há também a necessidade de informar no TCLE em que consiste exatamente a participação: tempo de participação necessário, acesso aos prontuários.
- **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**
 - É conciso e objetivo.
 - Está redigido na forma de convite à participação no estudo.
 - A linguagem não é adequada ao nível sociocultural dos sujeitos de pesquisa.
 - Não há descrição suficiente dos procedimentos.
 - Há explicitação das garantias referidas no item IV. 1 da Res.CNS 196/96.
 - Não permite uma decisão consciente do sujeito da pesquisa.
 - Permite a saída do sujeito de pesquisa da experimentação, sem prejuízo de seus cuidados, porém apenas utiliza a palavra prejuízo e não fala prejuízo em que!
 - Há vícios a serem repelidos. Não está explicitado no TCLE que se pretende consultar os prontuários.
 - Não são descritos os procedimentos e responsáveis pela obtenção do TCLE
 - Termos de Consentimento Livre e Esclarecido – necessitam de retificações, pois não há explicação completa e pormenorizada sobre os métodos que serão utilizados no estudo tais como grupo focal, observação participativa e consulta dos prontuários.

3 - Situação do Protocolo - pendente quanto:

- 1) Explicar a incongruência entre as informações relativas ao número de participantes (25 entre funcionários, usuários e familiares de usuários dos CAPS- ad), o número de CAPS –ad (todos os do município =21) e a metodologia de coleta de dados (grupo focal).
- 2) Explicar a frase:com 20 a 30% dos usuários e familiares, partindo da satisfação e sobrecarga como cuidador.
- 3) Quanto aos objetivos específicos: Esclarecer no objetivo específico descrito abaixo o que significa "...construção dos sujeitos envolvidos"
- 4) Quanto ao cronograma, informar mês e ano de cada etapa do projeto.
- 5) Adequações dos TCLEs:
 - a) Adequar a linguagem.
 - b) Informar em que consiste efetivamente a participação: grupo focal, resposta de questionário, observação durante o serviço. Quanto tempo deverá ser disponibilizado pelas diferentes categorias de sujeitos da pesquisa.
 - c) Informar a pretensão de consulta aos prontuários.
 - d) Inserir as palavras "de seu atendimento" após a palavra prejuízo.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Comitê de Ética em Pesquisa/SMS

CAAE: 0145.0.196.162-11

- e) Informar que em caso de dúvidas ou denúncias sobre irregularidades éticas, o sujeito de pesquisa deverá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, através do telefone 33972464 ou do email smscep@gmail.com, endereço Rua General Jardim 36, 1 andar.

OBS.: Todas as pendências apontadas nas Considerações acima, foram corrigidas pelo pesquisador responsável e aprovada pelos pareceristas.

4 - Situação do Protocolo – **APROVADO**

Antes do início da coleta de dados, alertamos para a necessidade de contato com o gerente da unidade quando não foi ele quem autorizou a realização da pesquisa.

O sujeito de pesquisa (ou seu representante) e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE apondo sua assinatura na última página do referido Termo, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Ao pesquisador cabe manter em arquivo, sob sua guarda, por 5 anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP (Res. CNS 196/96 item IX.2.e)

O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.

Amaury Zatorre Amaral
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

ANEXO B

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: (011) 3061-7548/8858 - Fax: (011) 3061-7548 -
São Paulo - SP - Brasil
e-mail: edipesq@usp.br

São Paulo, 24 de maio de 2011.

Ilm.ª Sr.ª
Maria Odete Pereira

Ref.: Processo nº 1001/2011/CEP-EEUSP - - SISNEP - CAAE: 0005.0.196.000-11

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto “**Metodologias de avaliação e medidas políticas de impacto para ações em álcool e outras drogas**”, a ser desenvolvido no Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrico desta Instituição, sob a responsabilidade da Professora Doutora Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira, foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analizado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª Célia Maria Sivalli Campos
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo