



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
LABORATÓRIO DE ENSINO E PESQUISA EM PSICOPATOLOGIA, DROGAS E  
SOCIEDADE

João Mauricio Gimenes Pedroso

Compreensão do trabalho de redução de danos junto à população em vulnerabilidade social:  
desafios, dificuldades e potenciais do trabalho

Ribeirão Preto

2021

JOÃO MAURICIO GIMENES PEDROSO

**Compreensão do trabalho de redução de danos junto à população em vulnerabilidade social: desafios, dificuldades e potenciais do trabalho**

**Versão original**

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obter o título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Psicologia em Saúde e Desenvolvimento

Orientadora: Profa. Dra. Clarissa Mendonça Corradi-Webster

Ribeirão Preto

2021

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.

Pedroso, J. M. G.

Compreensão do trabalho de redução de danos junto à população em vulnerabilidade social: desafios, dificuldades e potenciais do trabalho. Ribeirão Preto, 2021.

104 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Psicologia em Saúde e Desenvolvimento.

Orientador: Corradi-Webster, Clarissa Mendonça.

1. Políticas Públicas. 2 Redução de danos. 3. Uso Problemático de Drogas.

Nome: Pedroso, João Mauricio Gimenes

Título: Compreensão do trabalho de redução de danos junto à população em vulnerabilidade social: desafios, dificuldades e potenciais do trabalho

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obter o título de Mestre em Ciências.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Profa. Dra. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

Dedico este trabalho a todas e todos os profissionais da saúde e da assistência social que trabalham junto a pessoas em situação de vulnerabilidade.

## AGRADECIMENTOS

Às pessoas que entrevistei para a realização deste trabalho, pelo tempo e pela disposição a compartilhar suas vivências.

À minha mãe, Giovana, por sempre ter sido um exemplo de esforço, dedicação e amor ao próximo.

Ao meu pai, Mauricio, que com bom humor e leveza me ensinou a seguir a vida com esperança.

À minha companheira, Ivy, que me acompanhou nessa caminhada do mestrado, me acolheu em momentos de angústia e me ajudou a sonhar.

Às amigas que construí ao mudar para a cidade de São Carlos, que acompanham minha trajetória e com quem tive a oportunidade de construir laços fortes e duradouros, em especial à turma 2009 da Psicologia UFSCar.

À ONG É de Lei e ao Projeto ResPire Redução de Danos, pelas oportunidades que me ofereceram e pelas pessoas que conheci, por colaborarem em minha formação e experiência com Redução de Danos, além de colaborarem direta ou indiretamente na construção deste trabalho. Em especial a Maria Angélica Comis, Thika Calil, Bruno Logan, Michel Marques, Myro Rolim, Livia Estrella, Lucas Maia, Nêmara Viana, Matheus Ramos, Gabriel Pedrosa, Karin di Monteiro e Ana Cristhina Maluf.

Às amigas e amigos do Coletivo Livre Redução de Danos, que fortalecem meu sentimento de pertencimento e reconhecimento profissional. Em especial ao Daniel, Larissa, Giuliana, Miúdo, Fratta, Carol e Madeleine.

Às professoras Dra. Maria de Jesus Dutra dos Reis, Dra. Ana Lucia Cortegoso e Dra. Isabela Aparecida de Oliveira Lussi da UFSCar, que me sensibilizaram sobre o papel da universidade

em formar profissionais e pesquisadores comprometidos com a transformação social, a promoção da cidadania, a luta contra o preconceito e a exclusão social.

Às professoras Dra. Marina Simões Flório Ferreira Bertagnoli e Dra. Luciane Marques Raupp, que estiveram na minha banca de qualificação e puderam contribuir com elogios e críticas que me ajudaram a chegar ao final deste trabalho.

Aos membros do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicopatologia, Drogas e Sociedade (LePsis), por colaborarem com reflexões e questionamentos e que, desse modo, ajudaram a melhorar a qualidade do meu trabalho. Em especial a Natália Feitosa de Oliveira, a Julia Corrêa Gomes, Larissa Soares de Melo, João Diogo Filippini Fernandes, Alexandre Augusto de Deus Pontual, Cristiana Nelise de Paula Araújo e Lívia Sicaroni Rufato.

À minha orientadora, Dra. Clarissa Mendonça Corradi-Webster, que me acolheu e me incentivou a dar o melhor de mim neste trabalho, por me ajudar a reconhecer minhas competências e servir de exemplo para minha caminhada na vida acadêmica.

À Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, que me recebeu de braços abertos para o início de uma jornada que com certeza mudou minha vida para melhor.

À CAPES, por financiar a minha formação enquanto pesquisador, em uma das melhores universidades públicas do mundo!

## **Cérebro Eletrônico**

“O cérebro eletrônico faz tudo  
Quase tudo  
Quase tudo  
Mas ele é mudo  
O cérebro eletrônico comanda  
Manda e desmanda  
Ele é quem manda  
Mas ele não anda  
Só eu posso pensar  
Se deus existe, só eu  
Só eu posso chorar quando estou triste  
Só eu  
Eu cá com meus botões de carne e osso  
Eu falo e ouço  
Eu penso e posso  
Eu posso decidir se vivo ou morro por que  
Porque sou vivo  
Vivo pra cachorro e sei  
Que cérebro eletrônico nenhum me dá socorro  
Em meu caminho inevitável para a morte  
Porque sou vivo, ah  
Sou muito vivo e sei  
Que a morte é nosso impulso primitivo, sem mais  
Que cérebro eletrônico nenhum me dá socorro  
Com seus botões de ferro e seus olhos de vidro [...]”

(Gil, 1969)



## RESUMO

Pedroso, J. M. G. (2021). *Compreensão do trabalho de redução de danos junto à população em vulnerabilidade social: desafios, dificuldades e potenciais do trabalho* (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto).

Por muito tempo, a institucionalização foi a principal resposta do Estado para o tratamento de pessoas portadoras de transtornos mentais e pessoas que faziam uso abusivo de álcool e outras drogas. A Redução de Danos pode ser definida como um conjunto de estratégias práticas e políticas de cuidado que buscam minimizar os danos associados ao uso de álcool e outras drogas. Nesse sentido, os redutores de danos são agentes de promoção dessas políticas inclusivas e trabalham diretamente com a população de usuários de drogas no território. O objetivo da pesquisa foi compreender como o trabalho de redução de danos vinha sendo realizado junto à população em situação de vulnerabilidade, segundo relatos dos agentes de redução de danos. Foi conduzido um estudo qualitativo, descritivo e exploratório. A amostra foi construída a partir da técnica da bola de neve e encerrada pelo critério de saturação. A coleta de dados se deu por entrevista semiestruturada com roteiro de perguntas pré-estabelecido com 15 pessoas, entrevistadas entre setembro de 2018 e agosto de 2019. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE nº 88094418.1.0000.5407) e todas as pessoas participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Os dados foram tratados seguindo a técnica de análise temática e os resultados foram divididos em dois grandes temas, retratados nas seções (i) a dor e a delícia em ser agente de redução de danos e (ii) derrubar muros e construir pontes: a prática da redução de danos. No primeiro, a análise dos dados possibilitou a criação dos temas (i) pretos, pobres e usuários: identificação com o público atendido; (ii) entre a militância e a profissão: reduzir danos como ato político; (iii) valorização das pequenas conquistas; (iv) invisibilização do trabalho de Redução de Danos. O segundo foi dividido em três temas: (i) o contexto e as diferentes dinâmicas; (ii) As ações e suas modalidades; e (iii) adversidades no trabalho. Portanto, a análise das perspectivas das pessoas entrevistadas

contribuiu para a avaliação de diferentes pontos de vista a respeito do cuidado de pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas. Além disso, viabilizou a escuta de uma classe profissional que representa avanços democráticos nas políticas sociais, de saúde e assistenciais em um período politicamente instável, o que acrescenta importância histórica para a pesquisa. Ademais, outros estudos serão necessários para complementar as análises desenvolvidas no presente trabalho.

Palavras-chave: Políticas Públicas. Redução de danos. Uso Problemático de Drogas.

## ABSTRACT

Pedroso, J. M. G. (2021). *Compreensão do trabalho de redução de danos junto à população em vulnerabilidade social: desafios, dificuldades e potenciais do trabalho* (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto).

For a long time, institutionalization was the primary response of the State regarding the treatment of mental illnesses and abuse of alcohol and other substances. Harm reduction can be defined as a set of practical strategies and welfare policies that aim to minimize the damages associated with the use of alcohol and other substances. In this regard, harm reducers are agents who promote these inclusive policies and work directly with the population of drug users in the territory. The goal of this research was to understand how the work of harm reduction has been carried out recently with the vulnerable populations, according to the reports of harm reduction agents. A qualitative research, a descriptive research, and an exploratory research were conducted for that purpose. The sample was built using the snowball technique, and finished through the criterion of saturation. The data was collected through semi-structured interviews with 15 people between September 2018 and August 2019, and followed a script of pre-determined questions. The project was approved by the Research Ethics Committee (CAAE nº 88094418.1.0000.5407) and all participants signed an informed consent form.. The data was handled following the technique of thematic analysis, and the results were split into two main themes, addressed in sections (i) *a dor e a delícia em ser agente de redução de danos e derrubar muros*, and (ii) *construir pontes, a prática da redução de danos*. In the first one, data analysis allowed for the creation of themes (i) *pretos, pobres e usuários: identificação com o público atendido*; (ii) *entre a militância e a profissão: reduzir danos como ato político*; and (iii) *valorização das pequenas conquistas; invisibilização do trabalho de Redução de Danos*. The second one was divided into three themes: (i) *o contexto e as diferentes dinâmicas*; (ii) *As ações e suas modalidades*; and (iii) *adversidades no trabalho*. Therefore, the analysis of the perspectives of interviewees contributed to the assessment of the different points of view about

the treatment of alcohol and drug users. Furthermore, this made it possible for us to hear a professional class that represents a democratic progress in social, healthcare, and welfare policies in a politically unstable period, which adds historical relevance to the research. Moreover, other studies will be needed in order to complement the analyses developed in this work.

**Keywords:** Public policy. Harm reduction. Problematic substance use.

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 -	Caracterização das participantes.....	44
------------	---------------------------------------	----

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Apresentação dos participantes contatados por meio da técnica da bola de neve.....	42
Figura 2 - Mapa temático do eixo <i>A dor e a delícia de ser agente redutor(a) de danos</i> ....	50
Figura 3 - Mapa temático do eixo <i>Derrubar muros e construir pontes: a prática da Redução de Danos</i> .....	58

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CERSAM AD	Centro de Referência de Saúde Mental Álcool e outras Drogas
Centro Pop	Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua
CETAD	Centro de Estudos e Tratamento sobre Álcool e outras Drogas
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
CNMP	Conselho Nacional do Ministério Público
CONED-SP	Conselho Estadual sobre Drogas de São Paulo
CR	Consultório na Rua
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CT	Comunidade Terapêutica
EAB	Equipes de Atenção Básica
EJA	Educação de Jovens e Adultos
EMC	Ensino Médio Completo
EMI	Ensino Médio Incompleto
ESC	Ensino Superior Completo
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ESI	Ensino Superior Incompleto
FEBRACT	Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas
FERD	Fórum Estadual de Redução de Danos
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
GAM	Gestão Autônoma da Medicação
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana

HSH	Homens que fazem Sexo com Homens
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LePsis	Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicopatologia, Drogas e Sociedade
MNPCT	Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura
MPT	Ministério Público do Trabalho
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NuMI-EcoSol	Núcleo Multidisciplinar Integrado de Estudos, Formação e Intervenção em Economia Solidária
ONG	Organização Não Governamental
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PRD	Programa de Redução de Danos
PSF	Programa de Saúde da Família
PTS	Programa de Trocas de Seringas
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de Danos
SAE	Serviço de Assistência Especializada
SENAPRED	Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAI	Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil
UAT	Unidade de Acolhimento Transitório
UBS	Unidade Básica de Saúde
UDI	Usuário de Drogas Injetáveis
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família



## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	17
1.1	PERCURSO.....	17
1.2	REDUÇÃO DE DANOS: INÍCIO E INSERÇÃO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS....	18
1.3	REDUÇÃO DE DANOS E ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE.....	25
1.4	REDUÇÃO DE DANOS E A REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	28
1.5	POLÍTICA DE DROGAS E O SEU IMPACTO NA SAÚDE DA POPULAÇÃO....	33
1.6	RETROCESSOS DEMOCRÁTICOS NO CUIDADO A PESSOAS QUE FAZEM USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS E A CONTRARREFORMA NO SISTEMA DE SAÚDE.....	35
2	<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	38
3	<b>OBJETIVO</b> .....	39
3.1	OBJETIVO GERAL.....	39
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	39
3.3	MÉTODOS.....	39
3.3.1	Delineamento.....	39
3.3.2	Participantes.....	41
3.3.3	Instrumento.....	46
3.3.4	Coleta de dados.....	46
3.3.5	Análise de dados.....	47
3.3.6	Considerações Éticas.....	48
4	<b>RESULTADOS</b> .....	50
4.1	A DOR E A DELÍCIA EM SER AGENTE REDUTOR(A) DE DANOS.....	50
4.1.1	Pretos, pobres e usuários: identificação com o público atendido.....	50
4.1.2	Entre a militância e a profissão: reduzir danos como ato político.....	53
4.1.3	Valorização das pequenas conquistas.....	54
4.1.4	Invisibilização do trabalho de redução de danos.....	56
4.2	DERRUBAR MUROS E CONSTRUIR PONTES: A PRÁTICA DA REDUÇÃO DE DANOS.....	58
4.2.1	O contexto e as diferentes dinâmicas.....	58

4.2.2	As ações e suas modalidades.....	61
4.2.2.1	<i>Modalidade de Administração</i> .....	61
4.2.2.2	<i>Modalidade de Vínculo</i> .....	62
4.2.2.3	<i>Modalidade de ações em Saúde</i> .....	64
4.2.3	Adversidades no trabalho.....	65
4.2.4	Preconceito em rede e a formação profissional.....	66
4.2.5	Crime organizado e o jogo de cintura frente à proibição.....	68
4.2.6	Violência policial e o descompasso com a política de saúde.....	69
4.2.7	Mudanças de gestão e a política de governo.....	70
5	<b>DISCUSSÃO</b> .....	72
6	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	84
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	86
	<b>ANEXOS</b> .....	100
	<b>APÊNDICES</b> .....	101

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 PERCURSO

Em uma pesquisa de olhar qualitativo, o agente pesquisador está incluso no contexto nos resultados de uma pesquisa. Deixando de lado a ideia de viés, o que resta é a concepção de que não somos neutros — historicamente, culturalmente, politicamente —, e minha localização também conta no cálculo do significado. O que eu esperava deste trabalho?

Um bom começo está associado à graduação em Psicologia (2009–2013), uma preocupação que acabou por moldar meu perfil de interesse tanto profissional quanto acadêmico. Afinal, *a serviço de quem está a psicologia?* Por isso, essa dissertação reflete de alguma forma minha graduação na Universidade Federal de São Carlos. Nesse sentido, as Ciências Humanas, e seus potenciais de transformação cultural que, neste trabalho, são convertidas em método para o estudo das políticas públicas e seus atores junto ao Sistema Único de Saúde (SUS).

O uso de drogas ilícitas se tornou um fenômeno de interesse para mim, devido ao seu impacto social e cultural. Participei de movimentos universitários de discussão da pauta de drogas, colaborei para a promoção de espaços de reflexão sobre uso, rodas de conversa, exibição de filmes, sensibilização sobre racismo, encarceramento, redução de danos, modelos de políticas públicas alternativas e antiproibicionistas, direitos sociais, democracia, efeitos e dúvidas sobre uso e abuso de drogas. O cineclubes THCine foi importante para que eu pudesse conhecer pessoas e projetos que contribuíram para minha construção sobre Redução de Danos.

Já no final da graduação, em 2013, conheci o Projeto ResRipe Redução de Danos, que atua em contextos de música eletrônica e Psytrance, onde tive experiências de cuidado em espaços de festa e ócio. A ONG É de Lei, importante ator da sociedade civil na cidade de São Paulo, referência na construção de cuidado da população vulnerável a partir da Redução de Danos, também teve papel importantíssimo em minha formação. Desde o fim da graduação, também me aproximei e trabalhei no Núcleo Multidisciplinar Integrado de Estudos, Formação e Intervenção em Economia Solidária (NuMI-EcoSol). Tive a oportunidade de vivenciar o trabalho enquanto coordenador de campo e compreender a importância da Extensão Universitária como devolutiva dos investimentos da Universidade para o resto da sociedade

civil. O acompanhamento de grupos de geração de renda, de modo cooperativo e autogestionário dentro da Rede de Atenção Psicossocial, foi essencial na construção do papel do Estado na promoção de políticas sociais, da minha perspectiva. Depois, já fora do NUMI, trabalhei como agente técnico social em um empreendimento de interesse social do Programa Minha Casa, Minha Vida, e me aproximei do trabalho comunitário, das políticas de habitação e assistência social. Em 2017, colaborei na organização de edições do Fórum Estadual de Redução de Danos (FERD) nas cidades de São Carlos e Ribeirão Preto, além de colaborar com a fundação do Coletivo Livre de Redução de Danos de São Carlos-SP. Por fim, cheguei à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto em 2018, guiado pelo interesse em compor o Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicopatologia, Drogas e Sociedade (LePsis), por me identificar com o tipo de ciência produzida, onde as pesquisas desenvolvidas, alinhadas com centros de pesquisa espalhados pelo mundo, buscam respostas para questões que de algum modo dialogam de maneira crítica com tabus sociais.

## 1.2 REDUÇÃO DE DANOS: INÍCIO E INSERÇÃO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS

O uso de substâncias psicoativas é um fenômeno presente na vida da maioria dos seres humanos. Pode ser entendido como uma manifestação social que atravessa as culturas de acordo com o período histórico, gênero e classe social (Torcato, Soares, Corradi-Webster, Carneiro, & Adorno, 2013). Nesse sentido, pode-se considerar que os efeitos do uso de drogas afetam as pessoas de modo diferentes, de acordo com o contexto. Por isso, os estudos sobre os efeitos sociais do uso de drogas geralmente buscam compreender o fenômeno por meio da análise da interação do sujeito com sua comunidade, que afeta seu comportamento por meio de sanções sociais, como regras e rituais, a depender da disponibilidade da droga e da rede de apoio que o circunscreve (Alves & MacRae, 2019).

Segundo o *Relatório Mundial sobre Drogas* publicado pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes lançado em 2019 (UNODC, 2019), estima-se que 271 milhões de pessoas — ou 5,5% da população mundial entre 15 e 64 anos — usaram drogas em 2017. Uma visão de longo prazo revela que o número de pessoas que usam drogas aumentou 30% em comparação a 2009. Em 2017, cerca de 35 milhões de pessoas sofriam com transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas no mundo. O relatório, cujos dados são referentes

a 2017, também apontou que o número de pessoas que apresentavam problemas relacionados ao uso e que precisavam de tratamento também cresceu. Apenas uma a cada sete pessoas com problemas relacionados ao uso problemático de drogas recebia tratamento no mundo. Esses dados revelam a importância da demanda de cuidado por problemas relacionados ao uso abusivo de drogas. Nesse sentido, novas pesquisas e tecnologias devem ser pensadas para o desenvolvimento de práticas mais economicamente viáveis e sustentáveis no mundo.

Os dados do *3º Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira*, divulgado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) em 2019 são fruto de uma pesquisa que ouviu cerca de 17 mil pessoas com idades entre 12 e 65 anos, em todo o Brasil. Nele encontrou-se que as drogas mais usadas pelos brasileiros eram o álcool e o tabaco. Segundo o levantamento, as drogas ilegais mais usadas pela população brasileira eram a maconha, com 7,7% dos entrevistados dizendo já ter feito uso pelo menos uma vez na vida e a cocaína em pó, com 3,1% da população tendo feito uso. O número de usuários de crack (0,9%) deve ser avaliado com cautela, pois o levantamento entrevistou pessoas a domicílio, e o uso dessa droga é feito em grande parte por pessoas em espaços públicos ou que estão em situações especiais, como presídios ou abrigos (Bastos, Vasconcellos, Boni, Reis, & Coutinho, 2017).

Nesse contexto, o uso de drogas tem se tornado um tema muito relevante em relação às estratégias de saúde pública que busquem mitigar os danos aos quais os usuários estão sujeitos. A Redução de Danos (RD) pode ser entendida como um conjunto de estratégias de cuidado em saúde que tem como objetivo minimizar malefícios associados ao consumo de drogas. É importante lembrar que essa proposta de cuidado não se opõe a ações voltadas para a abstinência (Da Silveira & D'Tôlis, 2016). Além disso, a estratégia não beneficia apenas os usuários em tratamento, mas também suas relações e a comunidade na qual o usuário está inserido (Lago, Peter, & Bógus, 2017). Para além da cura da dependência química, o objetivo das ações de Redução de Danos deve ser a inclusão social e o rompimento da marginalização dos usuários de drogas. Ela é atraente não apenas pelo ponto de vista humanizado ou pela eficácia no tratamento, mas também pelo viés econômico (Queiroz, 2001). O custo-benefício é interessante, pois as políticas de Redução de Danos valorizam a autonomia do sujeito e convergem com o modelo descentralizado de assistência na saúde, buscando garantir que a atenção ao território possa acontecer de modo integrado à realidade das pessoas.

O principal motivo para o nascimento da Redução de Danos foi a emergência do HIV no mundo nos anos 80 do século XX (Drucker & Crofts, 2017). Houve um aumento das taxas de pessoas doentes por Infecções Sexualmente Transmissíveis como a AIDS e as hepatites virais, transmitidas principalmente por meio de práticas sexuais de risco e do compartilhamento de material para uso de drogas injetáveis. Em função disso, o usuário de drogas injetáveis (UDI) se tornou objeto de atenção do setor público (Passos & Souza, 2011). Internacionalmente, a RD ganhou importância e visibilidade nos anos 80 com a referência do movimento holandês organizado de usuários de drogas que pautavam acesso a insumos, os *Junkiebond*. A Holanda já dialogava com políticas de redução de danos associados ao uso desde os anos 70 daquele século. O chamado *Junkiebond* era composto por usuários, e simbolizava a luta por direitos e melhores condições de vida de pessoas que faziam uso problemático de heroína. Apesar de ter ganhado visibilidade como um movimento de usuários, já havia ocorrido em 1926 na Inglaterra a redação do *Relatório Rolleston*. O relatório foi escrito pela comunidade médica tratando a respeito da importância da prescrição de opiáceos a usuários que apresentavam problemas relacionados ao uso, muito em função da Primeira Guerra Mundial.

A RD nasceu como movimento sociopolítico de usuários, e foi gradualmente sendo absorvida como política pública de cuidado direcionada às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, com enfoque em pessoas em situação de vulnerabilidade. A situação de vulnerabilidade pode ser entendida como um conjunto de fatores que fragilizam o sujeito no exercício de sua cidadania (Carmo & Guizardi, 2018).

Em novembro de 1989, na cidade de Santos, observou-se a primeira experiência de Redução de Danos (RD) do Brasil (Petuco & Medeiros, 2009). A cidade tinha o apelido de capital da AIDS, pelo seu grande índice de pessoas infectadas (Passos & Souza, 2011). Uma equipe de profissionais de saúde foi até espaços da cidade onde havia uso de cocaína injetável para levar informações de saúde e prevenção, além de iniciar o Programa de Troca de Seringas (PTS) (Mesquita, 2001). O objetivo era facilitar o acesso de pessoas em situação de rua ao serviço de saúde pública (Costa, 2015). A cidade de Santos também foi palco da implementação da primeira rede de atenção em saúde mental totalmente substitutiva ao manicômio no Brasil (Gonzaga & Nakamura, 2015). Essas experiências representaram avanços importantíssimos na luta pela garantia dos direitos de cuidado humanizado e digno pelo Estado brasileiro a pessoas em situação de vulnerabilidade (Amarante & Nunes, 2018). Mesmo tendo problemas legais

com a oferta de cuidado em contexto de uso de drogas, os profissionais provocaram uma reflexão na opinião pública que anos depois viria a se concretizar enquanto política pública de saúde no Brasil. Em 2019, completaram 30 anos desde essa primeira experiência na cidade de Santos, inspirada por experiências internacionais que lidavam com questões ligadas a uso de drogas injetáveis e o combate à transmissão de HIV/AIDS e hepatites virais nos anos 80 (Moreira, Soares, Campos, & Laranjo, 2019).

Os programas de RD começaram a nascer de modo institucional em algumas capitais brasileiras (Salvador, São Paulo, Porto Alegre). No ano de 1995, nasceu o primeiro Programa de Redução de Danos vinculado ao Centro de Estudos e Tratamento sobre Álcool e outras Drogas (CETAD) na cidade de Salvador (BA), onde a RD teve suas ações financiadas por organizações internacionais para o combate ao HIV/AIDS (Santos & Miranda, 2016). Alguns anos depois, em 2003, o Ministério da Saúde lançou um documento que definiu a Redução de Danos como uma diretriz dentro do protocolo de tratamento de pessoas que faziam uso problemático de drogas (Brasil, 2003). Em 2005, foram publicadas as portarias nº 1.028 e nº 1.059, que estabelecem ações e investimentos públicos para ações de RD, respectivamente.

Enquanto prática compreendida na perspectiva das tecnologias de trabalho em saúde, ela pode ser descrita como uma tecnologia leve ou relacional (De Queiroz, Jardim, & Deus Alves, 2016). As tecnologias leves ou relacionais, dentre as outras tecnologias duras e duras/leves, são caracterizadas como práticas de cuidado que compreendem a relação entre profissional e usuário-paciente na produção de responsabilização, na promoção do acolhimento por meio da aceitação e da criação de vínculo durante a atuação no trabalho em saúde (Merhy, 1999). Desse modo, são ações que buscam centrar o cuidado nas pessoas sem condicionar a oferta do cuidado à abstinência. Dentro dos níveis de prevenção em saúde no escopo da medicina preventiva, a redução de danos pode ser caracterizada como uma proposta de prevenção terciária, pois busca amenizar o sofrimento e o adoecimento agravado com o abuso de drogas (Carlini, 2003). Na prevenção terciária, o objetivo das ações e estratégias é reduzir os custos sociais e econômicos dos estados de doença na população por meio da reabilitação e reintegração das potencialidades funcionais dos indivíduos (Almeida, 2005).

Em relação às ações, especificamente a partir da visão de agentes redutores de danos, uma pesquisa entrevistou os profissionais de um projeto de RD e encontrou que houve consonância entre a proposta do modelo de RD e a prática destes, além de um alinhamento

sobre a atuação dentro da equipe. Também foi importante notar que, independente do nível de complexidade da rede, os agentes redutores de danos davam importância ao papel que exerciam como articuladores dos serviços da atenção básica em saúde, como a unidade de saúde da família, e a atenção especializada em saúde, como os Centros de Atenção Psicossocial, os serviços de assistência social e os hospitais. Esses dados indicam que a prática dos redutores de danos não se resume em si mesma, mas implica na articulação de toda uma rede de cuidados para que as ações sejam efetivas (Santos & dos Santos, 2016).

Em um estudo que mapeou programas de redução de danos na região metropolitana de Porto Alegre (Nardi & Rigoni, 2009), os autores apontaram que a maioria dos coordenadores relatou atraso nos repasses de verba, o que acabou dificultando a continuidade do trabalho, e indicaram também que a principal causa se devia à falta de vontade política. O repasse de investimento em programas de redução de danos acabou refletindo a situação política de governos que se identificavam ou não com a proposta. A troca da gestão municipal acarretou a mudança na coordenação dos programas, atrapalhando desse modo a continuidade das ações, diferentemente das ONGs, que não sofriam com essa condição. Nessas situações de falta de repasse de verba, algumas ações se mantinham na base de trabalho voluntário, o que comprometia as condições de trabalho dos agentes redutores de danos que não queriam que as ações fossem prejudicadas.

As práticas de Redução de Danos vêm sendo também disseminadas em outros países. As políticas de cuidado ao usuário de drogas em países como Canadá são exemplos de modelos de descriminalização do usuário e de redução de danos. Os programas focam em usuários que fazem uso problemático de drogas injetáveis como a heroína e também de cocaína fumada (Strike & Watson, 2017). As políticas de RD nos países de capitalismo periférico, principalmente no Brasil, vinham até 2017 tomando um contorno mais amplo no que diz respeito à renovação das políticas públicas no campo das drogas (Dos Santos, Soares, & Campos, 2012).

Em 2018, foi lançado o livro *Limites da Correria: redução de danos para pessoas que usam estimulantes* (Rigoni, Breeksema, & Woods, 2018), que trata da questão das diversas estratégias de RD em relação ao uso de estimulantes não injetáveis em função do aumento da produção e uso dessas drogas nos últimos anos. Na primeira parte do livro, as pesquisadoras fizeram uma revisão de literatura sobre a eficácia das 12 estratégias de RD para as drogas



estimulantes. Na segunda parte, as pesquisadoras relataram estudos de caso sobre boas práticas de programas de redução de danos para pessoas que usam drogas estimulantes em sete países (Rigoni et al., 2018). Dentre as estratégias descritas na revisão da literatura estão:

1. Kits para fumar com maior segurança: o conteúdo pode variar, mas em geral vêm com um cachimbo, bocal de borracha ou silicone para o cachimbo, pequenas telas de aço ou de latão, substância para proteger os lábios, informações sobre a importância do não compartilhamento e descarte correto dos insumos, informações sobre sexo, preservativo e lubrificante;
2. Prevenção de riscos sexuais: o uso de substâncias psicoativas tem forte relação com os riscos sexuais à saúde, como, por exemplo, em contextos de ChemSex — prática de encontro entre pessoas que fazem uso de drogas e sexo em festas que podem durar alguns dias, muito comum entre homens que fazem sexo com homens (HSH);
3. Intervenções focadas no gênero feminino: estratégias para diminuição dos fatores de risco relacionados ao uso de drogas por mulheres grávidas e/ou profissionais do sexo;
4. Salas de consumo para pessoas que fazem uso de drogas: serviços de saúde para auxiliar e orientar usuários de drogas estimulantes sobre o uso em espaço seguro e supervisionado por profissionais de saúde para a prevenção da ocorrência de overdoses ou infecções por compartilhamento;
5. Estratégias de autorregulação: estratégias de fortalecimento de autocontrole, meditação, autoconhecimento sobre riscos por meio de autoavaliação e balanço sobre decisões relacionadas ao sexo desprotegido e a recompensas imediatas;
6. Moradia Primeiro, ou *Housing First*: práticas voltadas à garantia de moradia para pessoas em situação de risco como estratégia de cuidado, por meio da oferta de quartos em hotéis sociais, por exemplo;
7. Terapias de Substituição: prática de escolher substituir uma droga por outra com base na segurança, no potencial de dependência, na facilidade ao acesso e no alívio de sintomas, baseada em plantas ou drogas farmacológicas;

8. Abordagem social e intervenções baseadas em pares: abordagem social dos profissionais de saúde no território, oferecendo cuidado e assistência como estratégia comunitária e, também, intervenções baseadas em pares por meio da promoção de cuidado de usuários de drogas feito por outros usuários de drogas;
9. Centros de convivência: espaços para convívio, menos estigmatizantes, com apoio social da comunidade;
10. Kits de testes de drogas: a adulteração de substâncias é um fenômeno que tem colocado a saúde de usuárias e usuários em risco, e as práticas de testagem podem promover uma avaliação mais cuidadosa sobre uso de drogas por parte dos usuários;
11. Intervenções online: intervenções baseadas em comunicação virtual que possibilitam o diálogo e a orientação sobre autocuidado por meio do acesso a computadores, *smartphones* e aplicativos que incluem elementos interativos e *feedbacks* dos usuários;
12. Intervenções terapêuticas: práticas com potencial de auxiliar usuários a lidar com questões de saúde mental e outros problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Apesar de serem bastante usadas em tratamentos que visam a abstinência, também podem ser usadas na perspectiva da redução de danos.

Alguns exemplos de boas práticas com experiências sobre RD são: o Programa Atitude, com a estratégia de moradia primeiro para usuários de crack no Brasil; o Projeto Chem-Safe, com a estratégia da intervenção *online* para homens que fazem sexo com outros homens que usam metanfetamina e outras substâncias psicoativas, em contexto de festa, na Espanha; os Grupos de Contemplação, que promove estratégias de autorregulação e atenção plena entre os usuários de *Tik* — cristais de metanfetamina —, na África do Sul; a distribuição de kits do Projeto COUNTERfeit, para que usuários de crack e metanfetamina possam fumar com maior segurança, no Canadá; o Centro de Convivência El Achique<sup>13</sup>, espaço de convívio e oferta de orientações para usuários de *crack* marginalizados, no Uruguai; a proposta de abordagem social do grupo Karisma, que trabalha com usuários de metanfetamina na Indonésia; as salas de consumo Princehof, Ripperdastraat e Schurmannstraat<sup>15</sup>, direcionadas para os usuário de crack e heroína, na Holanda. A pesquisa que originou o livro de Rigoni, Breeksema e Woods (2018)

é uma importante referência atualizada sobre o estado da arte das estratégias e programas de Redução de Danos no mundo.

### 1.3 REDUÇÃO DE DANOS E ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Por meio do processo de redemocratização foi possível construir e promulgar a Constituição no país em 1988. O Estado Democrático de Direito, com valores inspirados no modelo de *Welfare State*, prevê uma série de diretrizes que buscam garantir o respeito à dignidade humana, aos direitos humanos e sociais. Desse modo, o Estado se tornou responsável por prestar assistência e favorecer o acesso à saúde, à educação, à moradia e ao trabalho. Em seu artigo 196, consta na Constituição (1988) que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”. Como desdobramento desse dever, a sociedade criou mecanismos e estratégias de promoção de saúde, e a primeira e mais importante foi a Lei 8.080 de 1990. A lei que instituiu o Sistema Único de Saúde prevê cuidados e oferta de serviços gratuitos a todo e qualquer cidadão, e em seu tripé de sustentação estão a Universalidade, a Equidade e a Integralidade. A Universalidade consiste no direito de acesso ao máximo de cidadãos possível; a Equidade consiste no direito de cada cidadão a receber o tratamento que precisa, considerando os diferentes graus de necessidade de cada pessoa; e a Integralidade consiste na garantia das ofertas de serviços que compreendam as pessoas de forma integral, considerando a subjetividade e o contexto social de cada pessoa, possibilitando atendimento em diferentes níveis de atenção.

No início dos anos 90, a Atenção Primária em Saúde (APS) no Brasil era ainda muito influenciada pelo modelo sanitário hegemônico, centralizado, hierarquizado, realizada por meio de campanhas e programas. O nascimento do SUS implicou em mudanças no modelo de atenção em diversas dimensões, mas não estabeleceu um novo modelo de APS, visto que ainda era influenciado pela racionalidade e experiências de décadas anteriores, pautadas na lógica centrada no conhecimento médico e no contexto hospitalar (Giovanella, Franco, & Almeida, 2020). Teve início o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991 e o Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, que buscavam abranger a população e, desse modo, melhorar a assistência em saúde. Já influenciados pela nova lógica sanitária e pela Medicina da Família e da Comunidade, os anos 2000 foram palco para avanços na implementação de políticas que possibilitaram o cuidado em saúde mais capilarizado, de base

comunitária, intersetorial e multidisciplinar (Almeida et al., 2018). Em 2006 foi promulgada a lei da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), que regulamentou o trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS), e reconheceu a sua importância na composição do trabalho comunitário. Além disso, o então Programa de Saúde da Família se tornou Estratégia de Saúde da Família (ESF), um marco no processo de descentralização do sistema de saúde por meio do estabelecimento de incentivos financeiros aos municípios e estados brasileiros (Gomes, Gutiérrez, & Soranz, 2020). A criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em 2008 foi um avanço importante no estabelecimento da política de saúde de modo integral. Eles contam com a composição de diferentes profissionais que colaboram com as demandas das Unidades de Saúde da Família (USF), orientadas pela lógica da Estratégia da Saúde da Família.

A Portaria nº 2.488 de outubro de 2011 aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas de 2006. Por meio dela foram criados o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, o Programa Melhor em Casa, o Programa Academia da Saúde, as equipes de Consultório na Rua (CR), o Telessaúde Brasil Redes e o Brasil Sorridente Indígena, além de incorporar a Redução de Danos da PNAB. Desse modo, fortaleceu a Estratégia da Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Teixeira, Ramôa, Engstrom, & Ribeiro, 2017).

O Consultório de Rua foi proposto para reduzir essa lacuna e contribuir para o fortalecimento da rede de atenção à saúde, trabalhando basicamente com agentes comunitários e profissionais redutores de danos (Jorge & Corradi-Webster, 2012). É notória a contribuição da Redução de Danos como estratégia de aproximação e cuidado nos espaços da rua (Jorge & Corradi-Webster, 2012). Apesar dos avanços das políticas públicas, o preconceito e as dificuldades em relação à inserção institucional da RD no sistema de saúde e nas políticas sobre drogas ainda se faz presente. Os Consultórios de Rua são equipamentos responsáveis por atuar no território para o cuidado de populações específicas que não chegam até as UBS porque estão em situação de rua ou moram em locais de difícil acesso, por exemplo. As diretrizes da portaria caracterizam o trabalho por equipes multidisciplinares categorizadas em relação à composição e tamanho da equipe, de forma articulada aos NASF, UBS e outros equipamentos territoriais.

A rede de atendimento também é um elemento importante do trabalho na rua. No que toca a questão da rede enquanto potencializadora das ações de RD, os resultados da análise de

uma pesquisa sobre os impactos da presença dos agentes redutores de danos segundo profissionais do SUS, foi relacionada por outros profissionais da rede ao aumento das potencialidades de atendimento dos serviços de saúde que estavam funcionando de acordo com uma lógica antimanicomial, apesar de ser importante considerar que a pesquisa indicou que os impactos dessas ações variaram de acordo com o serviço de saúde analisado (Silveira & D'Tôlis, 2016).

Em se tratando da visão dos usuários sobre o trabalho de equipes de redução de danos, o estudo de Silva, Spiassi, Alves, Guedes e Leigo (2009) encontrou testemunhos que descreveram as ações de redução de danos como ações de intermédio entre as demandas da população atendida e os serviços da saúde e assistência social. Colocando-se de modo ativo junto aos serviços para os quais eram encaminhados pelas equipes de redução de danos, os usuários atendidos levaram outros usuários para serem atendidos nos locais em que já foram assistidos, tornando-se agentes de seus direitos sociais. O que demonstrou, desse modo, o papel do trabalho dos agentes redutores de danos no fortalecimento da autonomia dos usuários.

Nesse contexto, o redutor de danos é um profissional que trabalha diretamente em contato com a comunidade e tem conhecimento sobre as vivências de usuários na rua. Sofre preconceitos por parte de quem não acredita nesse modelo de cuidado e em alguns momentos pode ser visto como profissional que faz apologia ao uso, ou como alguém que realiza trabalho não efetivo (Nardi & Rigoni, 2005). Seu trabalho é ativo, pois ele se insere no grupo e orienta o modo de consumo, atende demandas para facilitar a reaproximação da família, a retirada de documentos, encaminha para a rede assistencial e relacionados à justiça, entre outras ações (Conte et al., 2004). De acordo com a legislação, a Atenção Primária em Saúde deve considerar o sujeito em sua singularidade e deve promover o respeito e a cidadania como parte do processo da saúde. Porém, o cuidado na APS não se implanta imediatamente nas práticas de cuidado, pois primeiro é necessário transformar toda a rede de apoio (Santos & Ferla, 2017).

Em uma pesquisa que buscou compreender a percepção dos profissionais de saúde em cenas de uso de crack e outras drogas, os resultados das entrevistas indicaram que os discursos do modelo de cuidado voltado para abstinência e do modelo de cuidado da redução de danos coexistem entre os profissionais, assim como nos dispositivos. Nessas entrevistas, nem sempre o usuário aparecia como alvo e sim como objeto inerte das intervenções, o que poderia confirmar a presença de elementos proibicionista-abstencionistas nas práticas de cuidado (Abal

& Gugelmin, 2018). Em outra pesquisa que buscava entender como profissionais de um consultório na rua concebiam a Redução de Danos, seis categorias foram levantadas para representar suas práticas: Cuidado, Política, Escuta, Estratégia, Acessibilidade e Territorialidade. No que toca a ideia de redução de danos enquanto proposta de cuidado, os profissionais enfatizaram que, para além da perspectiva biológica do fenômeno do abuso de drogas, também há de se considerar o âmbito psicossocial na abordagem ao usuário em contexto de rua (Pacheco & de Andrade, 2017).

Ainda sobre a percepção de profissionais de Consultório na Rua, os autores De Lima e Seidl (2017) identificaram oito categorias a partir de relatos dos participantes: foco do CR é RD e não a abstinência; CR e RD propiciam acesso ao cuidado; CR e RD favorecem escuta e vínculo; CR e RD reduzem preconceitos; CR e RD minimizam sofrimento; CR e RD valorizam o respeito para com o outro; CR e RD precisam de rede de atendimento; CR e RD estão integradas às políticas de saúde mental; CR e RD precisam de educação permanente; e CR e RD precisam de insumos. A escuta e o vínculo também foram pontos chave na execução das ações. A política de saúde mental também foi implicada na percepção dos profissionais do Consultório na Rua, enfatizando seus valores antimanicomiais.

#### 1.4 REDUÇÃO DE DANOS E A REFORMA PSIQUIÁTRICA

Em 27 de abril de 1656, na França, um édito real deu origem ao primeiro Hospital Geral. Uma instituição designada para, entre outras funções, resolver o problema do desemprego, do ócio e da mendicância, além de outros tipos de desordem (Foucault, 2008). Esse foi um dos primeiros exemplos de organização criada para prender os corpos daqueles que pouco poderiam oferecer economicamente. Esses hospitais eram formas de pretexto para o encarceramento de pessoas que não se encaixassem nos padrões morais e estéticos de sua época, para esconder filhos bastardos, mulheres grávidas de adultérios ou estupro, mulheres divorciadas, mãe solteiras, idosos com algum tipo de demência, alcoolistas e usuários abusivos de outras drogas. Nos anos 1970, a Itália passava por uma experiência que transformaria todo o paradigma de atenção a pessoas em sofrimento psíquico, assim como aos usuários de álcool e outras drogas. Nomeado de Psiquiatria Democrática Italiana, o movimento tinha como um de seus principais representantes a figura do médico Franco Basaglia, que conduziu no Hospital Psiquiátrico em

Gorizia um processo de desinstitucionalização de seus internos. Algumas premissas do pensamento e ação de Basaglia estiveram presentes por toda sua trajetória: a luta contra a institucionalização, a luta contra a tecnificação, a invenção e constituição de uma relação de contrato social e a consciência das transformações advêm da prática efetiva de luta nos campos político e social (Amarante, 1994). Para Basaglia era necessário devolver às pessoas que sofriam em decorrência de transtornos mentais crônicos, presas no interior das instituições totais, o direito à liberdade de modo integrado à comunidade local, produzindo sentidos e trocas sociais. Esse seria o tratamento mais eficaz. Esse processo envolveu o fechamento dos hospitais psiquiátricos italianos e serviu de exemplo para outros países como uma possibilidade de luta contra o modelo manicomial.

Arbex (2013) fez um relato documental sobre o Hospital Colônia de Barbacena (MG), descrevendo o maltrato e desrespeito pelos quais os internos passaram e que resultaram na morte de mais de 60 mil pessoas ao longo do período em que esteve aberto. A autora concluiu que a psiquiatria tradicional e o modelo político neoliberal criaram um contexto de cuidado no qual as instituições se organizam pela lógica da exclusão e do preconceito.

O cuidado ao usuário de álcool e outras drogas promovido pelos avanços e conquistas na aquisição de políticas públicas, segundo os direitos sociais e a lógica inclusiva, é uma prática recente e que vem sendo implementada no contexto da saúde mental e das mudanças realizadas no tratamento na área. No Brasil, durante a ditadura militar (1964–1985), os escassos investimentos de políticas destinadas ao tratamento de saúde de pessoas em sofrimento psíquico eram direcionados para hospitais psiquiátricos. Esse modelo de tratamento centralizado era marcado pela institucionalização de seus pacientes e, conseqüentemente, a cronificação de sua situação social e de saúde. Em consonância com os movimentos de humanização em Psiquiatria na Itália e em outros países europeus pós Segunda Guerra Mundial, a luta antimanicomial teve no Brasil um impacto importante nos avanços e nas conquistas de direitos humanos de populações estigmatizadas (Silva, Aciole, & Lancman, 2017). As questões do movimento da luta antimanicomial tinham muito em comum com as pautas do movimento da Reforma Sanitária: luta pela democracia e a conquista da saúde como um direito.

A Redução de Danos, que até então estava apoiada nas políticas de combate à disseminação do HIV/AIDS e das hepatites virais, junto aos Programas de Redução de Danos (PRD), teve sua inclusão dentro das políticas de Saúde Mental e, desse modo, tenderam a

diminuir em quantidade. Em 2001, a lei nº 10.216, também conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, foi um marco no avanço das políticas de cuidado e, nesse caso específico, do portador de transtorno mental. A lei dispõe sobre a humanização do cuidado e confere protagonismo no tratamento à pessoa em tratamento por transtornos mentais por meio de novos arranjos terapêuticos (Serafim, Do Bú, Maciel, da Silva Santiago, & de Alexandre, 2017), além de prever a substituição gradual dos dispositivos psiquiátricos por serviços de cuidado territorial e comunitário. Ela busca garantir respeito e dignidade no tratamento de quem sofre psicologicamente, estabelecendo diretrizes de fechamento paulatino dos hospitais psiquiátricos e instalando um sistema de atenção em rede, articulando a atenção integral e especializada de saúde, assistência social e sistema judiciário. A portaria também regulamenta as modalidades de internação: Voluntária, Involuntária e a Compulsória. A modalidade voluntária depende apenas do desejo da pessoa que está buscando ajuda, e a modalidade involuntária dá autoridade para a família buscar a internação da pessoa quando ela está colocando a si ou outras pessoas em risco. A modalidade da internação compulsória é uma medida judicial que autoriza a internação, em situações de conflito com a lei.

Nesse contexto foram criados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) a partir da Portaria nº 366 de fevereiro de 2002. Os CAPS são dispositivos de cuidado do SUS que seguem a lógica da descentralização e inserção social como parte do tratamento. Segundo a Portaria, são divididos em função do número de pessoas atendidas no município (CAPS I, II e III) e das especificidades do público atendido (CAPS, CAPS Infantil, CAPS Álcool e outras drogas). Contam com equipes multidisciplinares que atendem usuários e suas famílias com atividades no equipamento e por meio de visitas domiciliares.

A fim de organizar toda a rede de atenção, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi instituída em 2011, direcionada para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Foi instituída pela Portaria 3.088 do Ministério da Saúde em 2011 e, no artigo primeiro, cria a rede de articulação entre os serviços de saúde que atendem a população em sofrimento psíquico e usuários de álcool e outras drogas; no artigo segundo, prevê as estratégias de Redução de Danos, nos objetivos e diretrizes. Dentre os serviços de cuidado, descritos no quinto artigo, o tópico indica aqueles voltados para a Atenção Primária em Saúde (APS). Eles são a Unidade Básica de Saúde, a equipe de Consultório na Rua, a equipe de apoio aos serviços do componente



Atenção Residencial de Caráter Transitório, além dos Centros de Convivência. Também nos Hospitais Gerais, o cuidado deve estar bem articulado com o serviço comunitário de saúde de referência, e nesses casos a internação deve ser de curta duração até a estabilidade clínica. Os problemas relacionados à questão do uso de drogas requerem a mobilização da rede de serviços, capazes de potencializar formas mais amplas de intervir em saúde (Laport, Costa, Mora, & Ronzani, 2016). Como parte da RAPS também foram criadas as Unidades de Acolhimento Transitório (UAT), vinculadas aos CAPS, como parte da estratégia de acolhimento institucional dentro da saúde mental de pessoas em situação de vulnerabilidade, se dividindo entre os públicos adulto e infantil.

O cuidado em saúde mental avançou em função da conquista de políticas mais humanizadas e dos avanços democráticos. Porém, o tratamento manicomial deixou muitas marcas na sociedade e, apesar dos registros históricos servirem para comprovar o fracasso desse modelo, ainda existem propostas públicas de incentivo e investimento nesse tipo de serviço. Em 2019, foi lançado o *Relatório de Inspeção Nacional de Hospitais Psiquiátricos no Brasil* pelo Conselho Federal de Psicologia. O relatório é fruto de uma ação interinstitucional realizada em 2018 e organizada pelo Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT), pelo Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP), pelo Ministério Público do Trabalho (MPT) e pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP). As visitas foram feitas em 40 hospitais, distribuídos em 17 estados de 5 regiões do país. Dentre outros objetivos, as visitas se propuseram a conferir a qualidade do tratamento que as pessoas internadas estavam tendo no que tange a violação de direitos. As avaliações das inspeções destacaram o caráter de privação de liberdade e a desassistência do cuidado em saúde dentro dos hospitais psiquiátricos brasileiros. O relatório ainda salienta que não faz sentido pensar que o fechamento dessas instituições deixaria a população mais descoberta dentro da atuação em saúde mental, pois essas pessoas já estão desamparadas lá dentro. Foram encontradas graves e múltiplas violações de direitos humanos das pessoas internadas, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso problemático de álcool e outras drogas (CFP, 2019).

Como uma alternativa ao serviço dos antigos hospitais, sem mudar a lógica de ação, surgiram e se expandiram as Comunidades Terapêuticas no Brasil nos últimos 50 anos. Pensadas para o cuidado das pessoas que fazem uso problemático de substâncias psicoativas, são serviços que oferecem tratamento em saúde aqueles que priorizam a abstinência em

detrimento da inclusão social, por meio da internação. Em 2011, foi publicada uma resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (Resolução RDC nº 29, 2011), que dispôs sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestam serviços de atenção às pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. Em 2012 foi publicada a Portaria nº 131, que instituiu incentivo financeiro de custeio destinado aos estados, municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. Desse modo, as Comunidades Terapêuticas (CTs) foram incluídas na RAPS com previsão de investimento de recursos públicos.

Em 2018, foi lançado o *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas* pelo Conselho Federal de Psicologia, pelo Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura, pela Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão e pelo Ministério Público Federal. Foram inspecionadas 28 Comunidades Terapêuticas por meio da mobilização de equipes em 11 estados do país, além do Distrito Federal. O objetivo das inspeções foi verificar e analisar as condições de privação de liberdade de pessoas internadas em CTs, sobretudo em relação à violação de direitos; além de analisar o funcionamento das instituições visitadas. A análise do relatório não se aplica à realidade de todas as CTs do país, mas oferece um panorama sobre algumas dificuldades que os internos passam e sobre como as instituições funcionam. Por meio da análise das entrevistas e dos documentos coletados foi possível encontrar situações de parte das instituições que violavam direitos dos usuários. As violações vão desde a transformação de internações voluntárias em involuntárias à questão do desrespeito à diversidade religiosa. Além disso, foram encontradas CTs que adotavam métodos punitivos, tanto físicos como químicos, que usavam de isolamento e restrição à alimentação. A análise das inspeções, que consideraram entrevistas e documentos coletados, indicou que as CTs têm potencial para serem espaços de constrangimento, que não atendem às condições mínimas de respeito à dignidade humana ao violar direitos, orientados pela religiosidade. Em 2020, o Conselho Estadual sobre Drogas de São Paulo (CONED - SP) junto com a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRAC), lançaram o manual para instalação e funcionamento do serviço no estado de São Paulo, que busca regulamentar esse tipo de serviço. Apesar das orientações do manual, muitas

CTs não são filiadas à FEBRACT e não passam por avaliação nem são inspecionadas por órgãos públicos (Melo & Corradi-Webster, 2018).

## 1.5 POLÍTICA DE DROGAS E O SEU IMPACTO NA SAÚDE DA POPULAÇÃO

Historicamente, a proposta de controle das drogas a nível internacional para proibir a produção, comercialização e o consumo foi estabelecida como estratégia desde o início do século XX, como resposta ao sofrimento associado ao uso de álcool e outras drogas. A perspectiva punitivista e proibicionista foi defendida e patrocinada pelos Estados Unidos, que influenciou a Convenção Única sobre Entorpecentes, em 1961, para fortalecer a implantação do modelo (Fiore, 2012). Em 1971, o presidente Richard Nixon descreveu as drogas ilícitas como *inimigo público número um* e declarou uma *Guerra às Drogas*. Por isso, há muito tempo, o uso de determinadas drogas tem sido combatido e os usuários criminalizados. Essa criminalização cria subprodutos já bastante conhecidos, como o encarceramento da população mais pobre e o afastamento daqueles que precisam de cuidado e atenção em saúde (Mattos, 2019). A criminalização do uso de drogas no Brasil data desde o início do século XX também, seguindo acordos internacionais que buscavam um mundo sem drogas.

Com a Lei de Drogas nº 11.343 de 2006, que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), a Redução de Danos foi reafirmada enquanto estratégia de saúde pública. O artigo 18º dessa lei estabelece que cabe ao SISNAD regulamentar as ações que visem a Redução Danos (Santos & Miranda, 2016). Essa proposta foi inovadora, já que as leis anteriores iam na contramão, com privilégio de estratégias repressivas, punitivas e com foco voltado unicamente para a abstinência total de qualquer consumo de drogas, em especial as ilícitas (dos Santos, Soares, & Campos, 2012). Nesse contexto, a Redução de Danos foi lentamente deixando de ser exclusivamente direcionada para prevenção de IST/AIDS para tornar-se um paradigma para a política de drogas (Dias, Passos, & Silva, 2016). A lei representou um avanço ao incluir a RD em suas diretrizes, em relação à antiga Lei de Entorpecentes (nº 6.368/1976), que previa duras penas aos usuários de drogas. A Lei de Entorpecentes serviu de base para criminalizar as ações de saúde promovidas em Santos por meio do Programa de Troca de Seringas no início dos anos 90. Mesmo sendo um avanço, a lei 11.343 de 2006 ainda apresentava muitos problemas, pois nunca deixou de causar

encarceramentos em massa, majoritariamente de homens negros, jovens e pobres. A lei articula cuidado com Redução de Danos e a Rede de Atenção Psicossocial para os usuários e prevê a penalização severa dos comerciantes ilícitos, deslocando os usuários da rede criminal para a rede de saúde. Apesar de prever sanções administrativas aos usuários no artigo 28, com penalidades relativas à prestação de serviço comunitário, por exemplo, a caracterização de traficante no artigo 33 dentro da lei penal é tida como crime hediondo, tendo o mesmo peso de homicídios. Sem parâmetros fixos, a diferenciação entre usuário e traficante fica a critério do delegado ou do juiz que avalia o contexto, o que acarreta em um sistema que tende a enquadrar jovens de classe média com grandes quantidades como usuários e jovens negros de periferia com pequenas porções como traficantes (Mattos, 2019).

Nesse sentido, a política de drogas, que faz a mediação entre o cidadão e o Estado, torna-se indicador do quanto a população que faz uso de drogas será acolhida ou punida. Por isso a discussão sobre a descriminalização do usuário se tornou pauta do movimento da Redução de Danos, visto que impacta diretamente na saúde da população, tanto no que toca a questão dos homicídios quanto das condições sanitárias dos presídios (Gomes-Medeiros, Faria, Campos, & Tófoli, 2019).

## 1.6 RETROCESSOS DEMOCRÁTICOS NO CUIDADO A PESSOAS QUE FAZEM USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS E A CONTRARREFORMA NO SISTEMA DE SAÚDE

A construção das políticas de saúde se deu por meio da participação de diversos setores da sociedade civil em espaços de controle social, como as Conferências Nacionais de Saúde, os Fóruns e os Conselhos em diferentes instâncias da federação (Almeida, 2019). O objetivo desse processo foi garantir o acesso universal, integral e equitativo a toda a população, garantido pela Constituição. E, apesar das duras disputas, desde o início das construções das políticas democráticas em saúde, muitos avanços foram conquistados.

A democratização das políticas de saúde, em geral, sofreu e ainda sofre diversos ataques de setores políticos ligados a serviços privados que enxergam na população que faz uso do Sistema Único de Saúde um nicho de mercado. Em 2015, houve um primeiro sinal dos retrocessos que viriam a se desenvolver, quando durante o governo da Presidenta Dilma Rousseff, Marcelo Castro foi nomeado como Ministro da Saúde. Em 2016, a Presidenta sofreu

um *impeachment*, dando lugar a Michel Temer como Presidente da República, e no mesmo ano foi aprovada a PEC 95, que congelou os gastos públicos com políticas sociais, como saúde e educação, por 20 anos.

A população brasileira vivenciou grandes mudanças nos rumos das políticas públicas, nesse processo tão jovem de redemocratização do país. Em relação à Atenção Primária em Saúde (APS), em 2015, houve um movimento de revisão e implementação de uma nova proposta de PNAB e que foi alvo de protestos por movimentos da sociedade civil. Esse processo de revisão da PNAB de 2011, que ocorreu entre 2015 e 2017, foi marcado por disputas entre o Ministério da Saúde e as instâncias representativas de secretarias municipais e estaduais de saúde (CONASS e CONASEMS).

As principais mudanças introduzidas pela nova versão da PNAB, referentes à Portaria nº 2.436 de 2017, foram a possibilidade de financiamento de outros modelos de organização da atenção básica além da Estratégia Saúde da Família; o fim do piso de investimentos nas UBS, sendo considerado o pagamento por desempenho; a ampliação das atribuições dos agentes comunitários de saúde e a dispensa de obrigatoriedade de sua presença em Equipes de Atenção Básica (EAB); a construção da oferta nacional de serviços e ações essenciais e ampliadas da atenção básica; e a inclusão do gerente de atenção básica nas equipes (Almeida et al., 2018). Ainda sobre a PNAB de 2017, a pesquisa de Giovanella et al. (2020) demonstrou que as mudanças no modelo assistencial tendem a ameaçar a multiprofissionalidade das equipes, priorizar o pronto-atendimento, centralizar o cuidado a nível individual, enfraquecer o enfoque territorial comunitário e realizar a cobertura por cadastramento. Essa revisão indica sérios riscos para as conquistas obtidas com o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no Brasil e, desse modo, as modificações reforçam a subtração de direitos e o processo de desconstrução do Sistema Único de Saúde em curso no país (Morosini, Fonseca, & Lima, 2018).

Nesse sentido, o campo das políticas públicas sobre saúde mental e drogas, desde seu início, também foi um espaço de tensão entre diferentes interesses e propostas. Em 2015, a nomeação de Valencius Wurch Duarte Filho como coordenador-geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas foi também um momento marcante na agenda da contrarreforma. Depois de muita pressão, Valencius, conhecido pelo seu histórico de trabalho junto a hospitais psiquiátricos com histórico de maus tratos, foi exonerado. Segundo Delgado (2019), a eleição de Jair Messias Bolsonaro para Presidência da República colaborou com a agenda de desmonte

e desregulação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), intensificada durante o governo de Michel Temer. Segundo o autor, entre 2016 e 2019, o governo federal tomou medidas de ampliação do financiamento de hospitais psiquiátricos; reduziu o cadastramento dos CAPS; ampliou o financiamento para mais 12 mil vagas em Comunidades Terapêuticas; restaurou a centralidade do Hospital Psiquiátrico na RAPS e recriou os Hospitais Dia e ambulatórios de especialidades que trabalham fora da lógica de referência territorial. Cabe especificar que em 2017 houve a aprovação pela Comissão Intergestora Tripartite (CIT) da Resolução nº 32, que fortalece a presença do hospital psiquiátrico na RAPS e também a aprovação em 2019 da Nota Técnica (NT) 11/2019, intitulada *Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes na Política Nacional sobre Drogas* (Lima, 2019). A NT 11/2019 buscou reforçar o papel estratégico do hospital psiquiátrico; enfatizar a internação de crianças e adolescentes; enfatizar os métodos biológicos de tratamento, como a eletroconvulsoterapia; disjuntar a saúde mental e a política de álcool e outras drogas; e condenar as estratégias de redução de danos.

Em relação à política de drogas, houve em 2019 a dissociação da gestão da política de saúde mental em relação à política de cuidado a usuários de álcool e outras drogas, que foi alocada na Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (SENAPRED), no Ministério da Cidadania, no governo de Bolsonaro. E também foi decretada a Lei 13.840, que endurece a Guerra às Drogas ao retirar o conceito da Redução de Danos do texto, fortalece a lógica do encarceramento das pessoas mais pobres, além do cuidado a pessoas que usam drogas focado na abstinência e na internação em detrimento da RD.

## 2 JUSTIFICATIVA

As práticas de cuidado a pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas vêm sendo influenciadas pelas mudanças no cuidado em saúde mental e na compreensão dos direitos destas pessoas. Nessa perspectiva, a Redução de Danos foi apontada pelo Ministério da Saúde como principal diretriz do cuidado, por buscar garantir direitos e facilitar a construção de caminhos para o manejo do consumo de substâncias. Desse modo, surgiu a figura do agente de redução de danos, profissional que nasceu atuando em Programas de Redução de Danos e que gradualmente começou a atuar tanto na Atenção Primária de Saúde, nos Consultórios da Rua, quanto na Atenção Especializada e nos CAPS AD. A profissão de agente de redução de danos foi criada como parte do processo de efetivação das políticas públicas caracterizadas pela promoção de cuidado pessoas que fazem uso de drogas em situação de vulnerabilidade. Hoje essa profissão ainda não é regulamentada a nível federal. Por isso, torna-se relevante conhecer percepção do trabalhador de saúde sobre seu próprio trabalho e a reconhecer a importância da profissão de agentes de redução de danos na garantia do cuidado ao usuário de drogas que não quer ou não consegue ficar abstinente. Considerando os ataques recentes às políticas sociais e principalmente ao SUS e à Rede de Atenção Psicossocial, fazem-se importantes estudos que auxiliem a comunidade a conhecer como a Redução de Danos vem se dando na prática, seus limites e potencialidades. Ademais, faz-se necessária a compreensão de como se dá o trabalho desses profissionais que estão em um campo de atuação relativamente recente na história da saúde pública brasileira e que vem sofrendo fortes ataques em relação ao fortalecimento da RAPS, da luta antimanicomial e antiproibicionista.

### **3 OBJETIVO**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Compreender como a redução de danos tem sido realizada junto à população em vulnerabilidade social, a partir da percepção de agentes de redução de danos.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 1) Compreender a visão do redutor de danos sobre o uso de drogas e o usuário;
- 2) Conhecer como se dá a rotina de trabalho do redutor de danos;
- 3) Conhecer potenciais e limites do trabalho do redutor de danos.

#### **3.3 MÉTODOS**

##### **3.3.1 Delineamento**

Foi realizado um estudo qualitativo, descritivo e exploratório. Para Braun e Clarke (2013), a pesquisa qualitativa utiliza das palavras como meio para analisar determinado contexto, diferentemente da pesquisa quantitativa, que analisa números. Desse modo, busca compreender o significado que uma determinada comunidade dá a um determinado fenômeno. Willig (2008) explica que os pesquisadores qualitativistas buscam entender como é experienciada uma condição particular e como as pessoas lidam com certas situações e em determinados processos, o que valoriza, desse modo, a subjetividade dos participantes. Pressupõe-se que as interpretações e significações que as pessoas têm sobre os processos nos quais estão inseridas contribuem para a mudança contínua desses processos. A confiança e credibilidade do que será construído durante a realização, até a finalização do estudo, dependerá do detalhamento rigoroso da descrição sobre seu desenvolvimento, da metodologia com que se segue o conjunto de procedimentos, e da fidelidade às evidências científicas (Yin, 2016).

Nesse contexto, o foco de atenção da pesquisa se concentra no que é peculiar, no que é específico, mais do que na busca de leis universais. Por isso, a pesquisa qualitativa se vale de



métodos de coleta e análise que propiciam a compreensão, ao invés da explicação dos fenômenos estudados (Zanatta & Costa, 2012). Turato (2005) aponta que na pesquisa qualitativa a generalização é conceitual, ou seja, a pesquisa deve gerar novos conhecimentos e rever pressupostos que serão aplicados para compreender pessoas com a mesma condição, ou *settings* constituídos pelas mesmas vivências. Essa proposta é uma resposta ao modelo positivista de ciência, emprestado das ciências naturais, que entendiam a possibilidade de quantificação e a objetividade como condições *sine qua non* para a construção do conhecimento. O número de publicações de estudos antropológicos e pesquisas qualitativas na área da saúde vem crescendo significativamente no Brasil e no mundo (Minayo & Guerriero, 2014). Pesquisas têm mostrado a importância da associação dos métodos qualitativos e quantitativos para estudar contextos relacionados à saúde pública e aos profissionais que nela estão inseridos (Nogueira-Martins & Bógus, 2004; Turato, 2005).

Já há alguns anos, as pesquisas qualitativas têm sido incorporadas ao desenvolvimento e implementação das diretrizes da Organização Mundial da Saúde para complementar evidências sobre uso de recursos ou sobre eficácia e danos de intervenções realizadas (WHO, 2012). Segundo Rose-Clark et al. (2020), as ações de tratamento do sofrimento psíquico não são suficientes para a diminuição da incidência de transtornos mentais na população global, e por isso sugeriram uma abordagem de saúde pública para lidar com os determinantes sociais da saúde mental, como por exemplo a desigualdade social, o desemprego e a violência. Essa abordagem implicaria em mudanças fundamentais de políticas nacionais e globais que perpetuam as iniquidades sociais e de saúde. Para tanto, as pesquisadoras evidenciaram o compromisso e o papel ativo da comunidade de pesquisa científica para a mobilização de grupos locais e internacionais para abordarem os determinantes sociais em saúde mental.

O estudo levou em conta a influência epistemológica do Realismo Crítico (Hamlin, 2000, 2008). Assim, foi considerado que há um mundo real, entretanto, este nunca poderá ser totalmente acessado, pois nossas pesquisas são influenciadas pelo contexto histórico e social em que são produzidas. Esse tipo de pesquisa considera que o conhecimento e os processos que levam à produção de conhecimento são contextuais, e que os pesquisadores, participantes, ideologias e discursos sociais são partes do contexto do fenômeno que está sendo investigado. Por mais que haja um planejamento inicial, mudanças podem ocorrer durante o processo da pesquisa e o rigor estará na descrição dos passos e escolhas realizadas, avaliando como cada

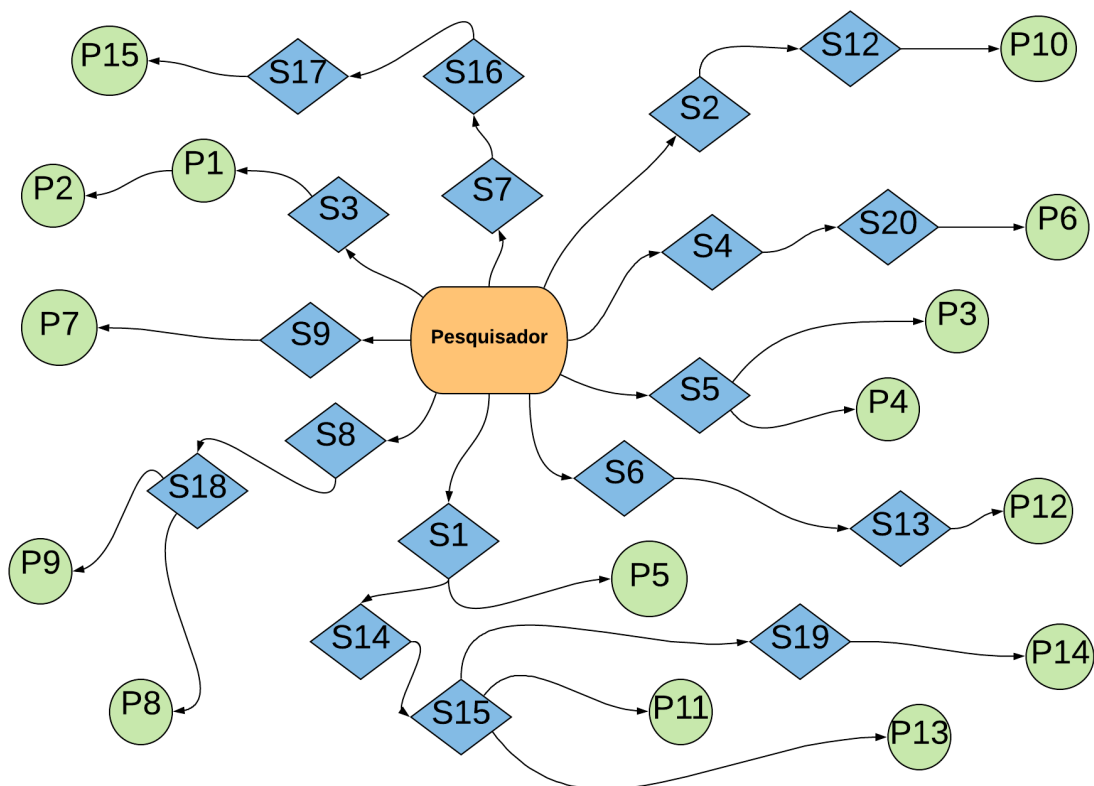
uma destas pode ter influenciado nos resultados finais. Nesse sentido, a reflexividade torna-se um conceito importante, pois requer que o pesquisador esteja atento à sua contribuição para a construção dos sentidos produzidos no processo da pesquisa e que assuma a impossibilidade da neutralidade, explorando os modos pelos quais sua participação enquanto pesquisador influenciou no que foi produzido. Diferentemente do modelo quantitativo, no qual a subjetividade do pesquisador é entendida como viés de pesquisa, e por isso deve-se buscar ao máximo de imparcialidade, ao assumir que a subjetividade do pesquisador (interesses, percepções) afeta a pesquisa, assume-se que epistemologicamente o conhecimento construído pela presente pesquisa é de caráter contextual (Braun & Clarke, 2013). Ela pode ser tanto pessoal quanto epistemológica, desse modo, as perguntas podem girar em torno tanto das características pessoais do pesquisador quanto em torno de como a pergunta de pesquisa definiu e limitou o que poderia ser encontrado no desenrolar da pesquisa (Willig, 2008). Além disso, a reflexividade é uma proposta ética importante na construção da pesquisa qualitativa na medida em que, diferentemente das pesquisas quantitativas, ela só é possível a partir da interação, empatia e presença do pesquisador em relação às pessoas que estão participando dela e contribuindo para a construção do corpus de dados. Essa dimensão ética é atravessada pela valorização da democracia e pelo compromisso social da ciência (Minayo & Guerriero, 2014).

### 3.3.2 Participantes

O recrutamento dos participantes da pesquisa ocorreu usando um método comum às Ciências Sociais e pesquisas qualitativas, nomeado de *bola de neve* (Fernandes & Carvalho, 2000). Essa técnica de recrutamento é usada para situações em que a população-alvo é mais rara ou desconhecida. Pressupõe-se que há uma ligação entre os membros da população que têm algumas características em comum, desse modo, aposta-se na rede de contatos da população-alvo para o alcance do número necessário de participantes (Dewes, 2013). É um modelo não-probabilístico de amostragem, ou seja, existe intenção de escolher determinadas pessoas por determinadas características. Alinhado ao paradigma qualitativo, as informações coletadas buscam conhecer as especificidades da população ao invés de regras universais. Esse método de amostragem pode gerar um tipo único de conhecimento social emergente, político e interacional (Noy, 2008). A técnica consiste em elencar possíveis informantes, também

chamados de sementes, que estejam inseridos na rede social do público-alvo e pedir para que indiquem pessoas dentro dessa rede que tenham as características necessárias para participarem da pesquisa (Vinuto, 2014). Pede-se para que a pessoa que foi indicada pelo informante-chave que recomende outra pessoa e, assim, sucessivamente. A figura 1 apresenta como se deu a rede de contatos e como foi possível chegar até as pessoas que participaram das entrevistas:

Figura 1 — Apresentação dos participantes contatados por meio da técnica da bola de neve



Fonte: Elaborado pelo autor.

O momento para encerrar a coleta de dados aconteceu depois da entrevista número 15, considerando o critério de saturação (Fontanella et al., 2011). A amostragem por saturação teórica dos dados é uma ferramenta conceitual muito usada na pesquisa qualitativa. É um critério utilizado para definir o número de participantes, suspendendo a inclusão de novos. O método indica que a coleta deve cessar quando, por meio da análise, o pesquisador entender que as respostas começaram a se repetir, não acrescentando nada de novo no corpus de dados, ou então que o universo do tema pesquisado já foi suficientemente explorado (Fontanella, Ricas, & Turato, 2008). Para que esse critério possa ser considerado, a pré-análise deve se

iniciar logo após a primeira entrevista, com o objetivo de pré-categorização dos relatos e definição do tamanho amostral. Por meio da análise gradual, ao longo do processo da pesquisa foi possível avaliar que, considerando o objetivo da pesquisa de compreender o trabalho e a perspectiva do agente de redução de danos, as informações disponíveis eram satisfatórias. Essas informações se repetiram ao longo das entrevistas, em ordem diferente, a depender da direção em que a entrevista se deu. Diferentemente do modelo tradicional de pesquisa, que busca generalizações por meio da amostragem probabilística, a amostragem por saturação converge com os objetivos das pesquisas que se relacionam com a compreensão de um determinado fenômeno por meio do relato das experiências e atitudes dos participantes sobre esse tema (Fontanella et al., 2008). Os critérios de inclusão no estudo foram: ser contratado como agente de redução de danos; atuar junto à população em situação de vulnerabilidade; e trabalhar nessa função há pelo menos seis meses. A fim de ampliar a participação de redutores de danos na pesquisa, algumas entrevistas foram realizadas por ligação via internet e outras por entrevista ao vivo, possibilitando a inclusão de profissionais de outros estados do país.

Participaram deste estudo 15 pessoas, entrevistadas entre setembro de 2018 e agosto de 2019, sendo 6 homens e 9 mulheres, com uma média de idade de 40, 46 anos. A pessoa mais nova tinha 27 anos e a mais velha tinha 63 anos. Foram realizadas 2 entrevistas pessoalmente e 13 virtualmente. A pessoa com menos experiência atuava há 2 anos e a pessoa mais experiente atuava há 28 anos. As pessoas entrevistadas pertenciam em grande parte à região Sudeste do país, duas trabalhavam e moravam no Rio de Janeiro, duas em Minas Gerais, sete no estado de São Paulo, duas na Bahia, uma no Alagoas e uma em Goiás. Eram contratadas por diferentes equipamentos na Atenção Primária em Saúde (APS), na Saúde Mental, vinculados a Programas de Direitos Humanos, Combate às ISTs e Programa de Redução de Danos. A tabela 1 apresenta as características das pessoas que participaram do estudo:

Tabela 1 — Caracterização das participantes<sup>1</sup>

Nome fictício	Cidade	Idade	Escolaridade	Função	Equipamento	Tempo de atuação
Paulo	Rio de Janeiro (RJ)	45	ESI	agente redutor de danos	CAPS AD	6 anos
Sandra	Rio de Janeiro (RJ)	38	ESI - graduanda de Psicologia	agente redutor de danos	CAPS AD	2 anos
Marcelo	Salvador (BA)	54	ESC - graduação em filosofia, especialização álcool e outras drogas	técnico administrativo supervisor de campo e redutor de danos	Universidade Federal, extensão universitária	28 anos
Tania	Salvador (BA)	36	EMC	reduzora de danos	Programa Social, Secretaria de Justiça e Direitos Humanos do Desenvolvimento Social do Estado da Bahia	17 anos
Danilo	Goiânia (GO)	42	EMC	educador social	Unidade de Acolhimento Transitório Infante-Juvenil	8 anos
Roberto	Maceió (AL)	50	ESC - Teatro e Ciências Contábeis	agente de ação social	Consultório na Rua	10 anos
Claudia	Belo Horizonte (MG)	63	EMI	reduzora de danos	Centro de Referência de Saúde Mental álcool e outras drogas (CERSAM AD)	8 anos

<sup>1</sup> Legenda: Ensino Superior Incompleto (ESI); Ensino Superior Completo (ESC); Ensino Médio Completo (EMC); Ensino Médio Incompleto (EMI).

Daniela	Belo Horizonte (MG)	50	EMC	reduzora de danos	Associação das Profissionais do Sexo	20 anos
Carla	São Paulo (SP)	38	ESI - sétimo semestre graduação em Psicologia	agente reduzora de danos	Unidade de Acolhimento Transitório Adulto	8 anos
Sérgio	São Paulo (SP)	30	ESI - Serviço Social	agente redutor de danos	CAPS AD	7 anos
Cristiane	São Paulo (SP)	32	ESC - Relações Internacionais e Economia	agente redutor de danos / agente de prevenção	Programa de Redução de Danos	2 anos
Bruna	Mauá (SP)	29	ESC - psicóloga, especialização em Saúde Mental	agente redutor de danos	Consultório na Rua	7 anos
Cleber	Campinas (SP)	28	ESC, Ciências Sociais	agente redutor de danos	CAPS AD	3 anos
Renata	Campinas (SP)	27	ESI - Ciências Sociais	agente de ação social	CAPS AD	2 anos e 3 meses
Beatriz	Ribeirão Preto (SP)	45	EMC	agente reduzora de danos/agente de saúde	Programa de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), HIV/AIDS e Hepatites Virais	5 anos

Fonte: Elaborado pelo autor.

### 3.3.3 Instrumento

A coleta de dados foi feita por meio de entrevista semiestruturada, com roteiro de perguntas pré-estabelecido. A entrevista semiestruturada é uma das técnicas de coleta de dados mais utilizadas dentro da pesquisa qualitativa e parte da interação entre duas pessoas. Não é mero bate-papo, pois demanda preparo teórico e competência técnica por parte do pesquisador (Duarte, 2004). É uma técnica que, apesar de guiada pela temática estudada, permite o debate e o surgimento de novos tópicos a partir da interação dos entrevistados (Braun & Clarke, 2013). Diferentemente da observação em ambiente social, a entrevista é um recurso útil quando se quer saber sobre o que o público-alvo pensa a respeito de algum tema ou assunto (Turato, 2005). O atravessamento pela subjetividade que o discurso estabelece como corpus de dados é essencial para a compreensão do fenômeno de modo qualitativo. Se forem bem realizadas, as entrevistas facilitarão ao pesquisador compreender com profundidade a vivência do participante da pesquisa sobre a realidade estudada, e a relação entre os integrantes de um determinado grupo e seu modo de experienciar o mundo (Duarte, 2004). O roteiro de entrevistas teve o objetivo de compreender a percepção de profissionais da Redução de Danos sobre seu próprio trabalho, sobre a população que atendem e sobre aspectos que limitam e que potencializam suas práticas (Apêndice A). Foi construído com auxílio de profissionais e colegas de pesquisa do laboratório com conhecimento sobre o tema. Ao privilegiar a fala dos atores sociais, a entrevista semiestruturada possibilita a compreensão de como a realidade humana se constitui a partir de quem a vivencia, além de assumir compromisso com a transformação social, à medida que promove a autorreflexão e oferece papel ativo aos participantes da pesquisa (Fraser & Gondim, 2004).

### 3.3.4 Coleta de dados

As entrevistas aconteceram de modo virtual ou de modo presencial, a depender do caso. Quando possível, foi agendado um ponto de encontro para realização da entrevista. Quando, em função da distância ou da disponibilidade de recurso, não foi possível fazer a entrevista presencialmente, era agendado um horário para a realização da entrevista via internet por meio de ligação de celular, usando o aplicativo WhatsApp. Na realização das entrevistas virtuais,

houve cuidado do pesquisador em organizar um espaço da própria casa, que facilitasse a gravação do áudio e garantisse o sigilo. Os informantes foram elencados a partir da rede de contatos do pesquisador — profissionais da rede pública de saúde, professores universitários, membros de ONGs — para sondar possíveis participantes que fossem contratados e atuassem como agente de redução de danos em contexto de vulnerabilidade. Destaca-se que o Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicopatologia, Drogas e Sociedade (LePsis), onde a pesquisa foi desenvolvida, tem contatos com esses serviços. Os contatos e convites foram feitos usando rede social, correio eletrônico e aplicativo multiplataforma de mensagens instantâneas e chamadas de voz para *smartphones*. Quando a pessoa indicada pelo informante estava dentro do perfil, o pesquisador enviava uma mensagem explicando de onde conseguiu o contato, e se a pessoa estivesse contratada como redutora de danos há pelo menos 6 meses, explicava os objetivos da pesquisa e convidava para participar. No caso de haver interesse em participar, o pesquisador enviava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o participante em potencial, que, depois de ler e concordar, agendava a sessão de coleta para a realização da pesquisa. Nos casos em que a entrevista ocorreu pelo telefone, a pessoa enviava a foto ou arquivo escaneado do termo assinado.

### 3.3.5 Análise de dados

A análise dos dados foi feita com base no método da Análise Temática, de Braun e Clarke (2006). O objetivo da Análise Temática é identificar padrões de temas nas respostas, analisá-las e registrá-las. A partir desse procedimento foi possível categorizar as respostas, interpretá-las e fazer uma discussão com autores na literatura que trabalham com a temática pesquisada (Braun & Clarke, 2013). Neste estudo, a Análise Temática foi realizada de modo indutivo e experiencial, com base no paradigma do realismo crítico (Hamlin, 2000), ou seja, a interpretação se deu com base nos dados coletados, sem considerar interpretações específicas de uma teoria. Segundo Yin (2016), a abordagem indutiva dos dados se encaixa muito bem nas aspirações da pesquisa qualitativa. As ideias e informações desenvolvidas nas pesquisas qualitativas tendem a seguir um caminho de baixo para cima, ou seja, é a partir dos processos e eventos descritos que o pesquisador é induzido a conceitos mais amplos, e não o contrário,



como no modelo hipotético-dedutivo. As conclusões devem ser baseadas nos dados encontrados pelo estudo, em diálogo com as evidências científicas já expostas na literatura sobre o tema.

Foram realizados os seis passos propostos por Braun e Clarke (2013). A primeira fase foi a de familiarização com os dados. Sendo um processo comum a todas as análises qualitativas, essa fase implica na imersão do pesquisador nos registros escritos e gravados, anotando impressões e reflexões. A segunda fase foi a de codificação, ou seja, criação de códigos que capturem a representação semântica e conceitual dos dados. Ao final dessa fase, o pesquisador criou uma lista de códigos e excertos relevantes para os códigos. A terceira fase foi a construção de temas. Os temas são padrões coerentes de significados dos dados, que são relevantes para a pergunta de pesquisa e são construídos por meio de organização e reflexão ativas, procurando por similaridades nas respostas codificadas. Serão também selecionados trechos que ilustrem a categoria temática. A quarta fase foi a de revisão dos temas. Nessa fase foi preciso analisar todo o panorama de respostas e entender a relação com as categorias criadas. O pesquisador pôde refletir sobre o quanto aquele tema o convenceu e englobar ou dividir desse modo as categorias, considerando o quanto o tema conta uma história sobre o dado que se propõe abarcar. Foi necessário descartar os temas levantados e iniciar o processo novamente algumas vezes. A quinta fase foi de definição e nomeação dos temas. Nessa fase o pesquisador se atentou ao que era essencial para cada tema, a fim de descrevê-lo de modo conciso e informativo. A sexta fase foi a de escrita. O pesquisador uniu a narrativa analítica e os extratos de dados para contar ao leitor uma história coerente e persuasiva, e contextualizá-lo em relação ao que era descrito na literatura a respeito do assunto.

### 3.3.6 Considerações Éticas

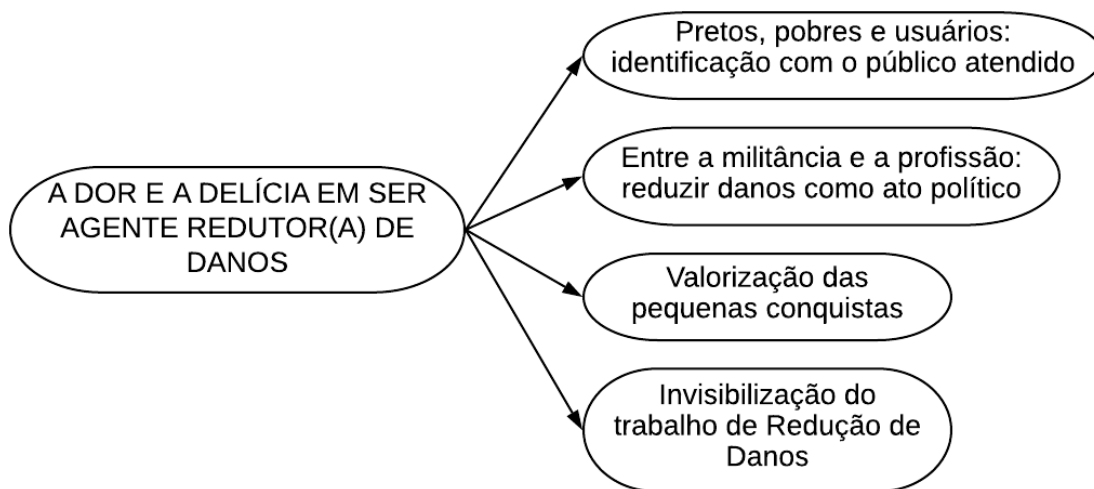
O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, e aprovado (CAAE nº 88094418.1.0000.5407), e o processo de coleta de dados teve início após a aprovação do mesmo. Foram considerados os princípios éticos estabelecidos pelo Código de Ética do Psicólogo (CFP, 2005) e foram respeitados os parâmetros definidos pela Resolução 466 (2012), baseada nos princípios gerais dos Direitos Humanos. Foi apresentado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi aprovado pelo Comitê de Ética, em que foi

explicado anteriormente ao início das atividades os aspectos práticos e o que seria realizado na pesquisa. Em casos de aplicação de questionário à distância, o TCLE foi enviado para o participante com antecedência, com solicitação de assinatura e encaminhamento de volta para o pesquisador (Anexo A). Foi garantido o sigilo e a não identificação de todos os participantes, além do direito de abandonar o estudo e não ter sua participação documentada a qualquer momento do trabalho. Também constou a identificação e contato do pesquisador e sua orientadora, permanecendo uma cópia do termo com o pesquisador e outra com o participante. Somente foram aceitas as participações de indivíduos que compreenderam e concordaram com o que seria realizado, confirmando isso com a assinatura do TCLE. A fim de garantir o sigilo, neste estudo os nomes dos participantes foram trocados.

## 4 RESULTADOS

### 4.1 A DOR E A DELÍCIA EM SER AGENTE REDUTOR(A) DE DANOS

Figura 2 — Mapa temático do eixo *A dor e a delícia de ser agente redutor(a) de danos*



Fonte: Elaborado pelo autor.

#### 4.1.1 Pretos, pobres e usuários: identificação com o público atendido

Para os agentes redutores de danos, as diferentes formas de compreensão do uso de drogas e da situação de vulnerabilidade afetam a qualidade do serviço oferecido às pessoas atendidas. Essas compreensões são construídas por meio do conhecimento sobre a rua, sobre a linguagem dos usuários e da identificação com a população atendida, impactando no acolhimento focado na pessoa e na disposição para trabalhar com pessoas em situação de vulnerabilidade.

Os agentes de redução de danos entrevistados consideraram que sua experiência de trabalho possibilitava que fizessem uma imersão na cultura da rua, aprendendo sobre o convívio das pessoas nesse contexto e sobre a linguagem utilizada pelo público atendido. Essa imersão foi colocada como sendo um dos diferenciais de sua profissão quando comparada com outras da área da saúde. Com esse conhecimento especializado, era possível ter uma maior aproximação dos usuários, podendo auxiliá-los em suas diferentes demandas. O trabalho entre

pares foi destacado como uma estratégia baseada na aproximação e construção da confiança entre profissional e pessoa atendida.

Segundo o que Danilo disse na entrevista, começou a fumar maconha depois de mais velho, e que entendia o uso de drogas como só mais um jeito para enfrentar o mundo. Disse que o mais importante para ele era sua condição de “preto e pobre” como maneira de se colocar no mundo, e apesar de não ter tido uma história de marginalização, identificava-se com o público atendido:

. . . meu uso é muito recente assim, desde os vinte anos de idade, eu nunca tive uma história de marginalização e é, e assim, mas sempre me vi na condição de pobre e preto né, então as dificuldades advinham muito desse lugar assim né, dessa condição, esse é só mais um jeito de enfrentar o mundo né, é mais uma maneira de me colocar no mundo assim positivamente e ativamente e da luta né.

Durante sua entrevista, Carla fez questão de dizer que era cotista PROUNI, com cotas para negros, disse ter sido motivo de orgulho. Ela era agente de redução de danos em uma Unidade de Acolhimento Transitório (UAT), e relatou seu esforço em realizar atividades fora de casa, como passeios e participação em oficinas oferecidas pela Assistência Social, junto aos usuários. Nessas situações ela relatou sentir um certa dificuldade relacionada ao preconceito, pois percebia que as pessoas que acompanhava em certos lugares eram discriminadas. Sua estratégia era ir sem identificação do serviço de saúde, pois ela entendia que essa estratégia facilitava a inserção dos usuários que acompanhava nas atividades, com menos preconceito:

E no caso de trabalhar com assistência social, de trabalhar com os projetos de cultura, já é uma questão minha mesmo mais curiosa, que eu vou lá, que eu converso com as pessoas e a gente consegue fazer uma articulação. Não que exista essa conversa, a gente faz uma troca, entendeu? Eles precisam de pessoas que participem das oficinas, a gente leva, mas é difícil viu, não é fácil não . . . Porque quando você fala que você vai trazer um público de CAPS AD em algum local, a galera já torce o nariz, sabe? É só a gente ir, vamos! Não interessa, você não precisa estar no crachá que a gente é CAPS AD, a gente vai como público em geral.

Cristiane trabalhava como agente redutora de danos em um Programa de Redução de Danos (PRD), vinculado a um serviço de média complexidade, o Serviço de Assistência Especializada (SAE), que atua em uma região de alta concentração de pessoas do centro da cidade de São Paulo. Ela se identificava como usuária de drogas, o que considerava facilitar a aproximação da população-alvo. O trabalho entre pares foi destacado por ela como uma abordagem que facilitava a identificação da pessoa atendida com o profissional, e fortalecia o estabelecimento do vínculo em seu trabalho:

É, esse programa, da prefeitura, o PRD, a intenção dele é que seja um trabalho entre pares, ou seja, você tem que ter alguma coisa com a população com quem você vai trabalhar... Então a gente tem na equipe ex presidiário, negro, trans, no meu caso eu to lá porque gosto de droga, e assim vai... Entendeu? Para ter uma conversa mais entre iguais, né. O vínculo, ééé...

Claudia contou sobre como sentia que o conhecimento sobre o contexto da rua era importante no acompanhamento de pessoas que atendia. Na ocasião de acompanhar um usuário em um consulta médica, disse que foi preciso que ela mediasse a conversa entre o usuário e o médico, auxiliando a traduzir as gírias e termos utilizados pelo usuário para o profissional:

. . . Eu aprendi o papo de rua, eu já tô bem, gírias que eles usam, muitas, até os médicos mesmo não entendem o que que é, mas aí a gente traduz. Às vezes o próprio paciente, a gente pede para ele: ah, traduz pra gente essa linguagem sua. Aí eles vão também e falam.

#### 4.1.2 Entre a militância e a profissão: reduzir danos como ato político

No tema *Entre a militância e a profissão: reduzir danos como ato político*, foram destacados os trechos das entrevistas que evidenciaram a importância da satisfação pessoal enquanto recompensa pelo trabalho, e a valorização da construção de relações afetivas com o público atendido. O sentimento de estar melhorando a vida das pessoas atendidas, a construção de um sentido para a própria vida e o enaltecimento da experiência pessoal em detrimento da visão profissional foram algumas características levantadas. O ativismo foi descrito como uma faceta da realização do trabalho, a motivação financeira apareceu em segundo plano. Desse modo, o trabalho se caracterizou como parte da identidade das pessoas entrevistadas e fonte de satisfação.

Durante a entrevista com Cristiane, ela disse que teve experiência de trabalhar em uma ONG que atuava com pessoas um pouco menos vulneráveis do que as que atende no PRD. Nesse estágio, ela disse que se a pessoa atendida estivesse sob efeito de alguma substância, ela não podia entrar no espaço de acolhimento da ONG. Ela disse que preferia trabalhar com pessoas que estivessem sob efeito de substâncias psicoativas nas cenas de uso, durante o atendimento, sem ter critérios estabelecidos para poder oferecer o atendimento:

Esse ano eu tive a oportunidade de fazer um estágio em uma outra instituição de redução de danos que é uma ONG né, e aí lá eles fazem redução de danos com o pessoal em situação vulnerável, mas um pouquinho menos vulnerável. Então geralmente todos eles tão abrigados né, tão morando em algum albergue, é mais questão até de álcool do que de crack. Quando a pessoa tá muito alterada eles não deixam entrar lá na ONG. Então eu percebi que quando existe esse filtro né, eu gosto menos, eu já gosto mais de trabalhar na rua com quem tá bem loco mesmo sabe.

Roberto disse na entrevista que veio de uma história de ativismo e já se identificava com o trabalho com pessoas em situação de vulnerabilidade antes de trabalhar com Redução de Danos. Contou que começou a trabalhar em busca do salário e depois se apaixonou pela tarefa. Ele enfatizou a importância do afeto em seu trabalho, e relacionou isso ao fenômeno da humanização. Disse que tem prazer em realizar atendimentos em contexto de rua, independente das pessoas estarem em situação de rua ou não, pois vê muito potencial no trabalho:

É, venho de uma história como te disse, de ativismo e tal, e trabalhar com população de rua mexeu muito comigo assim no sentido enquanto pessoa mesmo, como, enquanto ser humano, de humanização mesmo, é, tem alguns casos que eu tenho um afeto tão grande pelos usuários, é, no caso muitas senhoras que eu atendo que a gente é / difícil pra trabalhar, a minha história, cheguei no consultório de rua pelo salário e depois me apaixonei pelo trabalho devido a uma potência enorme . . . A minha história é essa também com redução de danos, é, é parar e ajudar o outro, e entender que dependência química é doença, é abuso, é escolha eu acho o maior barato atender na rua a pessoa independente dela estar na rua ou não . . .

Para Marcelo, enquanto os profissionais de saúde têm no retorno financeiro uma das motivações importantes de seu trabalho, para os redutores de danos a principal motivação é poder oferecer um cuidado respeitoso para a população com quem trabalha:

Eu vejo que os profissionais de saúde o que leva eles a fazer o trabalho é a questão econômica, a questão financeira, salário. O redutor de danos vai para além disso, além de ganhar essa grana que é óbvio que todo profissional gosta e precisa, mas ele tem um cuidado completamente diferente porque trabalha em uma lógica diferente de ver as pessoas de uma forma mais respeitosa. Eu acho que o grande lance é esse, a grande diferença é essa.

#### 4.1.3 Valorização das pequenas conquistas

Os redutores de danos entrevistados falaram sobre como percebiam, durante a realização do trabalho, as mudanças nas vidas das pessoas que atendiam. Assim, o presente tema destaca a percepção de que a melhora promovida na vida das pessoas atendidas muitas vezes acontecia de forma lenta, em pequenas medidas, e dependiam de questões que iam além do que os profissionais podem fazer.

Segundo os relatos, os agentes de redução de danos percebiam que seu trabalho estava funcionando quando notavam mudanças relacionadas ao estabelecimento de vínculo e confiança com as pessoas atendidas. Também observavam mudanças positivas quando as

pessoas atendidas retornavam a uma condição melhor de moradia, ou quando percebiam que os usuários estavam tendo mais cuidado com o próprio corpo, ou ainda quando reestabeleciam vínculos afetivos com amigos e familiares.

Daniela explicou durante a entrevista que, para ela, o ponto de partida para orientar suas ações e para avaliar suas expectativas era a realidade. Para ela, escutar era uma habilidade muito útil no desenvolvimento do trabalho, visto que havia situações nas quais não se podia fazer muito além disso:

. . . A gente é um bom escutador né, então falando um pouco da filosofia, eu acho que dá pra entender aí, a filosofia da redução de danos, que ela é realista, é, eu trabalho em cima da realidade porque eu tenho a consciência de que eu não vou mudar a vida daquele sujeito né?

Bruna falou sobre como percebeu a melhora no quadro de uma pessoa que estava acompanhando de perto na rua. A pessoa atendida era mais agressiva no início do acompanhamento, chegou a ameaçar a equipe. Com o tempo, ela se tornou mais amigável e não estava mais fazendo um uso tão prejudicial. Apesar do uso de drogas ainda ocorrer, ela notou uma melhora na saúde da pessoa atendida, assim como no relacionamento:

Ela se colocava muito em risco e aí ela sangrando por vezes, ameaçava a equipe, queria contaminar a gente, então era bem difícil assim. Mas hoje a gente tem um vínculo bem forte com ela . . . E hoje ela tá bem. Tá fazendo o uso, mas um uso não tão prejudicial quanto antes, sabe?

Tania relatou na entrevista que os indicadores de melhora na vida das pessoas atendidas deveriam ser avaliados de acordo com o que era possível de ser realizado. Para ela, as mudanças não aconteciam de uma hora para outra e nem aconteciam em grandes proporções. Conseguir se expressar e estabelecer uma relação de confiança eram mudanças perceptíveis para ela:



. . . Por exemplo, não toma banho, se essa pessoa começa a tomar um banho isso é um passo, se essa pessoa que, de repente, não conseguia conversar, não conseguia se expressar, é desconfiada e tal começa a conversar isso é redução de danos.

Renata falou sobre uma pessoa atendida que considera ter acompanhado uma melhora, no sentido da reabilitação. Para ela, voltar a organizar a vida, conseguir uma fonte de renda e um teto para morar eram mudanças perceptíveis no contato com a população atendida:

Quando, é, a gente observou assim, é, por meio das nossas conversas, a pessoa né, a mulher em questão conseguiu se organizar, organizar sua vida, então é, trabalhar em um núcleo de oficina de trabalho, alugar uma pensão, é, eu acho que isso foi um, tô dando um exemplo assim né.

#### 4.1.4 Invisibilização do trabalho de redução de danos

O sentimento de desvalorização foi também um tópico abordado nas entrevistas realizadas. Em geral, as percepções dos participantes da pesquisa evidenciaram que o cotidiano de trabalho era atravessado por questões relativas ao desmonte dos equipamentos, dos mecanismos de formação profissional e à falta de compreensão do papel do agente de redução de danos dentro da equipe. A percepção de que seus saberes técnicos não eram validados por parte de outros profissionais de saúde, o corte de investimentos públicos e a pouca estabilidade profissional em relação ao modo de contratação eram evidências que colaboravam para o sentimento de desvalorização e depreciação do trabalhador.

Tania comentou que percebia que o redutor de danos era muitas vezes tratado como um profissional que podia cobrir as diferentes atividades que faltavam no serviço, como atividades de recepção, de acolhimento e burocráticas. Para ela isso era percebido como uma desvalorização do profissional, que perdia sua identidade, sendo alguém que apenas cumpria tarefas diversas.

O redutor de danos era tratado muito como tarefeiro, meio que fazia campo mais ao mesmo tempo pegava recepção, atendimento, fazia de tudo um pouco, infelizmente.

Eu não vou citar instituições, mas algumas tiveram esse tipo de postura, e que é complicado, né. Então, isso é uma grande dificuldade pra mim, na desvalorização mesmo da profissional, da categoria.

Ela também falou sobre sua percepção quanto à importância da regulamentação da profissão do redutor de danos, considerando que assim poderiam ter mais reconhecimento profissional.

Assim, de uma forma geral eu acho que o redutor de danos tem essa questão de que não é uma profissão regulamentada, né. Existem estados no Brasil em que o redutor de danos já é uma categoria de trabalho, regulamentada, tudo direitinho, né . . . Então assim, eu acho que isso é uma grande, é uma grande dor dos redutores né, porque enfim, somos trabalhadores e gostaríamos de ter tido, acho que o reconhecimento mesmo da profissão, da grandeza dessa profissão também.

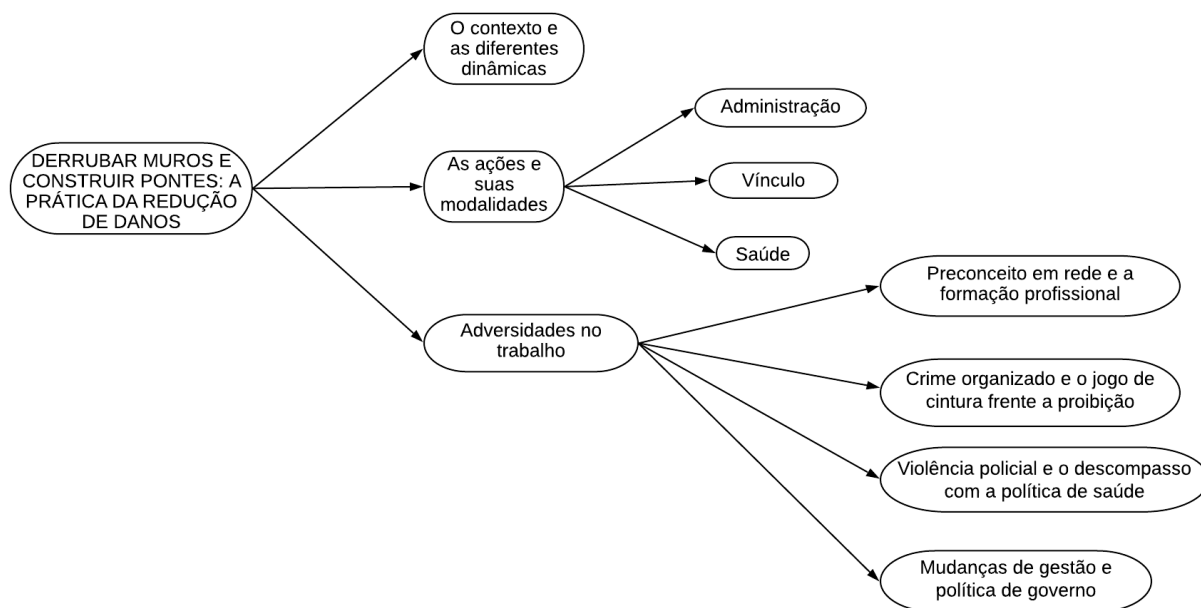
Renata contou que percebia que no CAPS onde sua equipe estava inserida, os outros profissionais desvalorizavam o trabalho dos redutores, tratando-os de modo pejorativo. “Eu acho que dentro do CAPS a gente ainda é muito visto assim: Ah, é os porra loka, olha essa galera aí da redução de danos, é oba-oba . . .”.

Bruna contou que sentia falta de cursos, supervisões e qualificações para a equipe, uma vez que estes tornavam o trabalho mais efetivo:

Eu acho que, mais investimento... Mais investimento é, educacional... Cursos, oportunidades de frequentar palestras, supervisões, investimento cultural, comprar instrumentos ou qualificar melhor a equipe, isso seria um investimento assim, traria muito mais retorno assim efetivo.

#### 4.2 DERRUBAR MUROS E CONSTRUIR PONTES: A PRÁTICA DA REDUÇÃO DE DANOS

Figura 3 — Mapa temático do eixo *Derrubar muros e construir pontes: a prática da Redução de Danos*



Fonte: Elaborado pelo autor.

#### 4.2.1 O contexto e as diferentes dinâmicas

O presente tema buscou analisar vivências relativas ao trabalho dos profissionais de redução de danos em diferentes espaços públicos. Verificou-se que o contexto do trabalho desses agentes pode ser variado, ocorrendo tanto no território como dentro de equipamentos de saúde. Durante as entrevistas houve uma tendência de valorização do trabalho em contexto de rua, com ênfase comunitária e articulada com a RAPS; em oposição à institucionalização e à lógica manicomial. Segundo as pessoas entrevistadas, essa característica afetava diretamente a dinâmica do dia a dia desses profissionais. Com o objetivo de compreender como o trabalho de agentes de redução de danos era realizado, fez-se necessário analisar os diferentes contextos em que estes trabalhavam. Observou-se que as atividades relatadas apresentaram grande diversidade em função de características como lugar de realização do atendimento, dentro ou fora do equipamento; nível de atenção em relação ao equipamento em que o serviço está vinculado, atenção primária ou secundária; e faixa etária do público atendido, crianças e adolescentes.

Em relação ao lugar, os participantes Marcelo, Roberto, Daniela, Cristiane, Bruna e Beatriz indicaram que realizavam suas ações em contexto de rua, trabalhando em Programas de Redução de Danos, Consultórios na Rua, e equipes vinculadas a extensão universitária ou secretarias municipais de ISTs, AIDS e hepatites virais. Os participantes Danilo, Claudia e Carla relataram que trabalhavam dentro de equipamentos, em serviços de acolhimento transitório (UAT) que envolviam a oferta de moradia e no Centro de Referência de Saúde Mental Álcool e outras Drogas (CERSAM AD). Também houve participantes que relataram trabalhar em ambas as condições, como é o caso de Paulo, Sandra, Tania, Sérgio, Cleber e Renata. A maioria destes trabalhavam em CAPS AD com exceção de Tania que trabalhava em um Programa Social vinculado ao governo do estado. Em geral tinham rotina de acolhimento dentro do equipamento e abordagem de rua durante a semana.

Carla trabalhava como agente de redução de danos em uma Unidade de Acolhimento Transitório (UAT). A UAT é um serviço residencial vinculado ao CAPS AD que funciona 24 horas e acolhe pessoas para residirem por até seis meses em uma residência, assistida por profissionais de saúde. Ela trabalhava no período da noite, colaborava na organização da casa e das regras de convivência. A princípio comentou sobre as diferenças de atuação na rua e na UAT. Ela compreendia que o fato de estarem residindo na casa aumentava a chance de sucesso do projeto de cuidado, pois, além da equipe poder trabalhar com um número menor de pessoas por vez, o recurso da moradia tornava o contato mais frequente e próximo:

Porque na rua o público é bem pior, então você tem uma demanda muito grande de pessoas, e na unidade de acolhimento a gente trabalha com dez pessoas ou até menos. E com o dia a dia a gente realmente consegue construir um projeto de redução de danos com a pessoal, porque a gente tá vendo ela ali evoluindo no dia a dia. Na rua a pessoa pode sumir um dia e depois aparecer outro dia.

Sandra trabalhava em um CAPS AD há dois anos, e antes disso ela era agente comunitária de saúde em uma Unidade de Saúde da Família (USF). Ela falou como é a dinâmica do trabalho, e como via a diferença em relação ao acolhimento ou à abordagem:

Então, geralmente esse acolhimento acontece de duas formas. Quando eu tô no CAPS, quando eles chegam até o CAPS, até a instituição de saúde. Que eles estão procurando né, procurando ajuda. Até mesmo às vezes eles tão procurando orientação na verdade, ou no abordamento na rua, entendeu? Que a gente também faz abordagens nas ruas e vai até eles. E fazemos o acolhimento também na rua.

No contexto de rua, o contato acontecia muitas vezes por meio do acesso às cenas de uso. Marcelo (P5) era redutor de danos junto a um projeto de extensão universitária de uma universidade federal. Ele e Paulo reconheciam as peculiaridades sobre o trabalho dentro e fora do serviço. No momento inicial do desenvolvimento do trabalho em contexto de rua, eles relataram que era comum que houvesse um estudo prévio sobre o território e sua história:

. . . Bom, o redutor de danos, a função dele é praticamente estar nas cenas do cotidiano né, na rua, na casa, na praça, cenas de uso, em articulação com o serviço. Dentro desse trabalho ele requer essa coisa de realizar etnografia pra conhecer um pouco o território, nessa etnografia promover encontros, fortalecer vínculo, formar vínculo de confiança mútua, uma escuta qualificada, uma série de - é um trabalho bastante amplo que vai de acordo com o contexto de cada um. No meu caso como eu sou um trabalhador de rua eu vou falar, vou fazer esse recorte de como esse trabalho acontece na rua, porque você pode ser um redutor de danos, trabalhando no serviço.

Daniela trabalhava em um Programa de Redução de Danos dentro de uma ocupação. Durante a entrevista ela disse que existiam especificidades para além das diferenças entre o contexto de rua e o contexto do serviço de saúde em relação ao trabalho na ocupação. Era contratada por uma associação de profissionais do sexo e falou sobre questões específicas sobre as pessoas que atende:

. . . Agora quando você entra em uma ocupação você vê que a diferença é muito grande, as pessoas não têm água encanada, a maior dificuldade, quando vem chuva aqueles barracos, né, de lona, a água entra, então o pessoal fica em uma maior vulnerabilidade. Sem contar também essa questão do acesso à saúde.

#### 4.2.2 As ações e suas modalidades

Os participantes relataram diferentes ações realizadas na rotina de trabalho. A execução do trabalho foi dividida em três categorias descritivas, levando em consideração seus objetivos: Administrativa, Vínculo e Saúde.

##### 4.2.2.1 Modalidade de Administração

Ações relacionadas à categoria administrativa são relativas ao planejamento e ao registro das atividades desenvolvidas, assim como reuniões de equipe e entre outros profissionais da rede. Dentro dessa categoria estão o planejamento pré-campo e avaliação pós-campo, planejamento semanal e mensal, registro e diário de campo, reuniões de matriciamento, a construção do Projeto Terapêutico Singular e os encaminhamentos e articulação com os serviços disponíveis na rede como hospital, UPA, CRAS, Centro Pop, Defensoria Pública, Conselho Tutelar, Consultório na Rua, CAPS AD, UBS, ESF, EJA, Assistência à Mulher, Internação.

Bruna descreveu um pouco de sua rotina de registros e anotações antes e depois de ir ao território. Também relatou o uso da plataforma eSUS, um programa da atenção básica:

Isso, a gente se reúne nessa sala onde a gente evolui prontuário é, faz é anotações de registro dos atendimentos, ah, o livro de plantão né com tudo o que acontece na rua. Quando a gente sai pra rua a gente anota nesse livro pra deixar registrado. Ah, o lançamento da produção também é feito pelo, pelo eSUS, que é um programa da atenção básica que a gente preenche.

Marcelo falou sobre a dinâmica de comunicação com sua equipe. Ele é supervisor de campo junto a uma equipe de redução de danos que trabalha em contexto de rua. Faziam conversas antes da ação para planejarem e, depois da ação, faziam uma conversa de avaliação. Quando não podiam ajudar diretamente, encaminhavam a demanda:

. . . Nós temos todo um trabalho pré campo né, a gente tem toda uma metodologia de pensar antes o que vai fazer no campo e no final desse trabalho na medida que podemos, de fazer um trabalho pós campo pra poder avaliar o que foi feito, o que se pode melhorar né, o que não foi possível fazer, como que é que posso dizer? Os encaminhamentos.

Sergio comentou sobre as reuniões de articulação com a rede e outros equipamentos de saúde. Ele relatou a realização de reuniões itinerantes feitas esporadicamente:

. . . Tem essa aproximação dos serviços que a gente tem essas reuniões itinerantes também né, então é a possibilidade dos profissionais irem conhecendo todos os serviços, conhecendo um pouco do método, do serviço da galera, enfim.

#### *4.2.2.2 Modalidade de Vínculo*

As ações relacionadas à categoria vínculo são aquelas que tratam diretamente da construção de confiança — como a escuta e a convivência —, a inserção social e a garantia dos direitos ao acesso aos equipamentos públicos e à promoção. Atividades culturais, de lazer e esporte estão nessa categoria. Dentro dessa categoria estão a organização de sarau, bloco de Carnaval, café da manhã, atividades com música e teatro, passeios em parques e teatro, atividades com jogos e esportes, desenvolvimento do espaço da convivência no serviço, acompanhamento em audiência pública e consultas médicas, a escuta como ferramenta e a colaboração na emissão de documentos.

Roberto falou sobre o papel da arte no desenvolvimento de suas atividades junto à equipe de consultório na rua onde trabalhava. Para ele, ações relacionadas a propostas artísticas também são ações de redução de danos: “Enquanto artista, enquanto a minha formação, porque nas outras equipes, a gente interage fazendo o teatro, a arte como veículo de comunicação de redução de danos”.

Carla relatou que a parceria com espaços de cultura, esportes e lazer é tão essencial quanto os outros equipamentos. Para ela, a proposta da redução de danos é possível a partir da mudança de repertório por meio de oficinas musicais e de expressão:

No meu ponto de vista, todo mundo oferece redução de danos, só não tem o nome, né. Assim, o centro cultural para mim ele oferece redução de danos, só não está escrito lá, oferecendo redução de danos, mas oferece oficina de percussão, de dança, rock, e naquele momento está reduzindo os danos. Tá mudando o repertório da pessoa.

Danilo já tinha experiência de trabalho em Consultório na Rua, na época da entrevista trabalhava em uma Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil (UAI) fazendo acompanhamento terapêutico de adolescentes egressos do sistema socioeducativo em um serviço de residência transitória, como educador social. O equipamento é vinculado ao CAPS I. Em seu trabalho, ele facilitava a organização da rotina, conversava em grupo, desenvolvia atividades de lazer e acompanhava os jovens nas saídas monitoradas. Dizia que ficava sensível à demanda do adolescente:

. . . Quando eu chego tá rolando isso né e eu peço um intervalo às sete horas e rola uma roda de conversa, eu faço uma roda de conversa pra escutar, pra saber como é que foi o dia, quais que são as demandas, e tudo mais. E aí identifico mais ou menos as questões e aí vou propondo coisas em cima do que eu escuto, a maioria das vezes tem a ver com acompanhar na praça, é, ajudar na janta . . .

Durante sua entrevista, Cleber disse que percebia a formação do vínculo quando a pessoa atendida se sentia à vontade em sua casa de uso na presença do agente de redução de danos, conversava sobre assuntos diversos de sua vida, para além do uso de drogas. Ele relatou também que essa aproximação facilitou que o usuário buscasse ajuda em situação posterior.

E aí ele foi por conta própria e o pé dele tava super bom, e a partir disso a gente criou um vínculo gigantesco assim, ao ponto de a gente quando vai lá e passa lá onde ele fica, a gente senta lá e a gente fica cerca de quarenta a uma hora conversando com ele e manuseando o crack manuseando as coisas e tal, mas que a gente consegue conversar de muitas coisas, ou seja, a gente não foca na droga em si, mas sobre a vida, sobre como é que tá ali as coisas, como é que tá os amigos e papá. E sentir uma relação



de vínculo tão massa assim, que é difícil explicar assim, é um cara que quando ele vê a gente, a gente ali chegando ele já chama e não sei o que, que nem outro dia ele tava com a mão ruim também ele foi lá arrumou a mão.

#### 4.2.2.3 Modalidade de ações em saúde

As ações da categoria saúde estão relacionadas diretamente à promoção da saúde, dentro da perspectiva da educação para o cuidado, e a oferta de insumos para prevenção de danos associados ao uso de drogas. Nessa categoria estão a promoção de oficinas e palestras sobre autocuidado e RD, beleza, dúvidas em relação ao uso de medicamentos, as orientações sobre consumo de drogas e sobre ISTs junto à oferta de insumos e a testagem para HIV/sífilis.

Paulo falou sobre a importância de levar informação para o público atendido. Para ele, o trabalho informativo é o mais importante desenvolvido por agentes de redução de danos, colaborando para informar o cidadão de que ele é um cidadão:

. . . Eu diria que o trabalho mais importante, eu sempre digo isso, lá nas minhas ações, acho que o trabalho mais importante do redutor de danos, é o trabalho informativo. Informar ao cidadão que ele é um cidadão, que às vezes ele nem sabe, e que ele tem direitos, eu diria que esse é o trabalho mais importante, que pelo menos eu faço na rua.

Claudia trabalhava como redutora de danos em um Centro de Referência de Saúde Mental Álcool e outras Drogas. Ela comentou sobre a dinâmica de funcionamento dentro do equipamento. Além de conversar na convivência, ela realizava rodas de conversa como estratégia para que o grupo se identificasse e que pudesse tirar dúvidas relativas à medicação ou sobre o serviço, por exemplo:

. . . Por exemplo, quando falta vale transporte aí, a gente faz oficina farmacêutica que aí eles vão tirar dúvida sobre a medicação, o que a medicação causa, tem uns que falam que não dormem, outros falam que não tem ereção, aí assim, e muitas vezes não tem nada a ver com a medicação aí a farmacêutica vai, vai explicando pra eles né. Eu

rodo a lista, todos assinam, aí se um tá com vergonha eu falo pra eles: pode perguntar, sempre incentivando né.

Roberto falou um pouco sobre como a rotina de trabalho envolve atuação com diferentes tipos de atendimento. No relato abaixo, ele descreveu o que chama de atendimento diferenciado, em um campo fixo junto a profissionais do sexo e travestis, onde sua equipe de consultório na rua realizava testagem para sífilis e HIV:

É uma rotina muito diferente porque cada dia a gente faz um atendimento diferente, a gente tem muito, os momentos da gente fazer um campo fixo que a gente chama, que é a parte de prostituição, que é justamente o meu território que chama área 01, que pega toda a área de prostituição, de transexuais, de pessoa que são profissionais do sexo e a gente também tem um atendimento diferenciado junto a essa população, fazendo teste de sífilis, de HIV, fazendo todo esse trabalho.

#### 4.2.3 Adversidades no trabalho

Nesta seção analiso questões ligadas às condições que tornam a realização do trabalho mais difícil ou menos efetiva. Dentre elas foram relatadas a falta de comunicação entre os profissionais da rede, assim como a percepção dos redutores de danos de que os outros profissionais de saúde faziam um serviço de pior qualidade quando se trata do público em situação de rua ou que esteja em situação de uso abusivo de drogas. Outra questão levantada foi a situação de risco em que os profissionais se colocavam quando atuavam em territórios que passavam por intervenções policiais a serviço do poder público. O tráfico de drogas e a proibição também foram apontados nas entrevistas, que afetavam diretamente o cuidado a pessoas que faziam uso problemático de drogas. E, por último, o projeto de governo, a questão da mudança de gestão ideológica-partidária, que afetava as ações tanto em disponibilidade de recursos quanto na continuidade do trabalho.

#### 4.2.4 Preconceito em rede e a formação profissional

Paulo falou sobre o que considerava como uma dificuldade em seu trabalho. Para ele, o problema principal estava relacionado ao modo como a rede de cuidado se articulava. O público encaminhado por sua equipe aos outros serviços de saúde não era atendido com a devida atenção:

Dificuldades encontradas eu diria que é a rede. Acho que a principal dificuldade é a articulação da rede, articulação dos dispositivos do território. E se você me perguntar por que essa articulação é um problema, eu não saberei te dizer. Mas eu posso afirmar que na minha visão, é o problema principal . . . A gente tem clínicas da família próximas, a gente tem UPAs, né, unidades de pronto atendimento, mas nem sempre essa articulação, esse encaminhamento, ele é fácil de ser feito . . . E aí a gente encaminha o paciente hoje e amanhã ele sai. Então essa articulação da rede é muito difícil.

Daniela também se queixou sobre como as pessoas recebidas por sua equipe eram atendidas por serviços da rede de saúde, como o SAMU, por exemplo:

. . . Outra coisa, o SAMU aqui por mais que a gente conversa, senta, até mesmo a hierarquia e tal, o SAMU não dá prioridade a pessoa que tá em crise de abstinência quase morrendo na rua, se é população de rua, álcool e outras drogas, o SAMU não vai. É, a dificuldade que eu vejo, porque eu nunca tive dificuldade dentro do campo com as pessoas, nunca . . . Agora a dificuldade é a rede.

Tania falou sobre o papel do programa no qual trabalhava em garantir o direito de acesso dos cidadãos aos serviços públicos e fazer a articulação entre os serviços públicos disponíveis e as pessoas que demandavam algum tipo de assistência ou auxílio. Para ela, o programa existia porque os equipamentos não funcionavam do modo que deveriam:

. . . O que eu acho que o programa Corra pro Abraço é muito isso assim, é um programa que ele faz esse intermédio por assim dizer, entre os assistidos e os serviços né, acho que se fosse pela, se tudo funcionasse da forma que deveria funcionar eu acho que não, o Corra não existiria . . . Então é como se nós fossemos um serviço ponte.

Renata falou sobre como percebia o relacionamento dos usuários do serviço com os agentes redutores de danos e a diferença quando conversavam com outros profissionais de saúde do CAPS AD em que trabalhava. Para ela, o moralismo que percebia nos outros profissionais dificultava o fortalecimento da confiança entre a equipe e a população atendida:

Eu sinto que é no moralismo, que o redutor de danos é tudo meio porra loka assim, acho que uma escuta diferenciada talvez, pra algumas questões, porque eu sinto também que a pessoa em uso, o usuário dentro do CAPS, eles trocam ideia com a gente de uma forma diferente de quando eles tão, sei lá, com o psicólogo ou com a médica, eu sinto que há uma diferença assim, é diferente, é uma percepção pessoal, mas também é uma devolutiva que eu tenho do trabalho e isso é dito, foi verbalizado.

Bruna comentou sobre sua percepção de que o trabalho dentro do serviço acabava tendo uma abordagem médico-centrada e medicamentosa, com tratamento buscando abstinência. Segundo ela, sua atuação era diferenciada pois pensava em outras estratégias, como a oferta de oficinas, com a valorização do diálogo no processo:

Os outros profissionais? Porque eu sinto que ainda existe uma promoção da abstinência, da minha realidade eu digo, às vezes é velada, mas ela existe, o recurso do leito, aí eu falo não do campo da redução, mas de dentro do CAPS, às vezes um trabalho médico-centrado, medicamentoso, que muitos discordam disso, essa é uma fala recorrente no CAPS, sabe? Eu vou trocar uma droga por outras drogas? Vou ficar chapado de Diazepam, sabe? Haldol, ficar impregnado, é, e aí a gente oferta outras formas assim de medir isso, através de oficinas, seja através de uma conversa, através de outras formas assim de trabalhar, eu acho que é isso que diferencia.

#### 4.2.5 Crime organizado e o jogo de cintura frente à proibição

Paulo falou sobre como articulava a oferta de cuidado em contexto de rua nos territórios onde existia o tráfico de drogas. Seu relato evidenciou a ausência do Estado, e a lei que imperava

na comunidade na qual desenvolvia suas ações. A tensão entre policiais e traficantes se apresentava como limitante para a realização do trabalho:

Eu sei que o redutor de danos, ele tem o respaldo. Quanto à sua ação, por exemplo, em uma cena de uso, mas a ausência, e aí não é um problema só do redutor de danos, é um problema da sociedade, a ausência do Estado é muito grave, né. Se eu vou a uma comunidade que lá acontece, lá tem o tráfico, o tráfico de drogas né. E a gente tem que agendar um horário (rs), falar com a comunidade, falar com o agente comunitário do território para saber se a gente pode fazer uma ação lá, é muito difícil. Por conta do tráfico, por conta das ações policiais.

Marcelo também comentou sobre como a presença das facções criminosas afetava seu trabalho. Para ele, a violência era considerada um elemento importante na percepção sobre as dificuldades em realizar o trabalho. Diferentes facções em diferentes bairros tornavam as ações na comunidade um grande nó:

As principais dificuldades hoje é a questão da violência das comunidades. A principal dificuldade que eu vejo hoje é desenvolver esse trabalho nas comunidades por conta desse produto da guerra as drogas né, que são as facções criminosas que dominam determinados territórios e que, dependendo do território que você tá indo, tem facções de bairros diferentes. Esse é o maior empecilho hoje pra gente desenvolver esse trabalho, que hoje você fazer esse trabalho nessas comunidades pra mim hoje tem sido um grande, um grande, o grande nó, né.

#### 4.2.6 Violência policial e o descompasso com a política de saúde

Cristiane falou sobre a relação entre as ações desenvolvidas no território e as dificuldades da equipe em dialogar com a polícia. Para ela, a dificuldade na realização do trabalho estava relacionada à falta de conversa entre os setores da segurança pública e da saúde. Foi relatado que sua equipe chegou a apanhar, enfatizando os riscos que correram. Esse

descompasso implicava na sobreposição das ordens da polícia sobre quando os profissionais deveriam ir ao território ou não:

Então, por exemplo, é, teve umas ações policiais lá que bateram em uma galera da nossa equipe né e nossa, foi bomba, foi porrada de cassetete e os caralho lá e aí quando a gente reclama na prefeitura, a resposta que é recebida, é que assim, então, não é pra vocês atuarem mais lá. Se a polícia falou, vocês não atuam. Só que tipo assim, ao mesmo tempo, lá é o nosso campo de atuação, não tem como eu não atuar lá, entendeu? Então falta essa conversa sim, só que quando é a hora de ter essa conversa, por exemplo, entre a assistência social ou secretaria de saúde e a como que chama? Segurança pública, né.

Renata falou durante a entrevista sobre como a Guarda Civil agia com a população em situação de rua que sua equipe atendia. A Guarda Civil chegava a ser mais violenta que a Polícia Militar, percebida por ela como abuso de poder por parte dos agentes de segurança. Ela enfatizou a face contraproducente que o descompasso revelava:

Dificuldades no campo, essa porra da guarda municipal, que é muito truculenta aqui em Campinas com a população em situação de rua. As vezes até mais que a própria PM com as pessoas em situação de rua, mas é, eles abusam de poder, isso pelo menos me afeta bastante porque é isso, você vai no campo uma semana a galera tá lá né, se organizou, montou o barraco, puxou o mocó aí vai na outra semana tá tudo queimado, tá tudo pra baixo, eu acho que é isso. Então a dificuldade a violência do Estado.

#### 4.2.7 Mudanças de gestão e a política de governo

Cristiane falou sobre como entendia que a mudança da gestão afetava a disponibilidade de alguns recursos como cachimbo e piteira. Ela relatou que a equipe usava dinheiro próprio para pagar a compra de insumos destinados às ações. Para ela, a política municipal era determinante para a disponibilidade de insumos, uma marca do trabalho de agentes de redução de danos:

Não é a gente da equipe cada um dá dez e aí, dá dez reais e aí a gente compra a piteira mesmo né. Você vai em loja de material cirúrgico compra a mangueira de silicone e corta. Porque esse material como ele é muito vinculado ao crack, a gestão do Dória cortou também. Porque antes era dado, tanto a piteira quanto o cachimbo, antes era dado.

Renata contou durante a entrevista como a política afetava o processo seletivo para admissão de novos profissionais no serviço em que trabalhava. O modo como percebia o processo seletivo e a grande rotatividade dava a entender que o serviço onde estava trabalhando passava por um processo de sucateamento intencional da gestão:

. . . O que é essa política, e eu acho que isso é proposital inclusive, intencional da gestão assim, eu acho que é um jeito sim de sucatear o serviço, eu acho e eu falo disso porque eu tava no processo seletivo também, sabe e fui silenciada em vários momentos, e a escolha dessas pessoas que entraram, isso porque é uma rotatividade muito grande, muita gente entra, sai, núcleo em Campinas, muita gente tá aí a muito tempo também, mas é um jeito de não sei, é sim um jeito de sucatear, porque é muito estranho essa contratação, porque é amigo do fulano, eu acho, é muito duvidoso pra mim.

Cleber falou sobre como o corte de investimento estava afetando seu trabalho. Relatou perceber isso tanto em seu município como nos arredores. Falou sobre a precarização dos serviços públicos de saúde mental por meio de demissões em massa e da diminuição de refeições oferecidas ao público atendido:

Lá no CAPS eu acho que é interessante frisar que a saúde mental como um todo, não só na cidade de Campinas, vem sofrendo um desmonte muito violento e à partir disso a precarização dos serviços da saúde mental. Então o CAPS que eu tô tem no mínimo três ou quatro anos que tem tido demissões em massa de profissionais, tem tido cortes de recurs. Onde há dois anos atrás a gente conseguiria servir refeições pra cinquenta pessoas, hoje a gente serve só pra vinte. Então hoje a gente tem que fazer uma seleção de quem vai comer e de quem vai ficar com fome.

## 5 DISCUSSÃO

Para atingir o objetivo de compreender como o trabalho de Redução de Danos tem sido realizado junto à população em situação de vulnerabilidade, foram entrevistados 15 pessoas contratadas na função de agentes de redução de danos. Os resultados foram construídos a partir de relatos, tanto de homens quanto de mulheres, de diferentes faixas etárias, que variaram de 27 a 63 anos. Desse modo, os resultados refletem diferentes perspectivas e experiências. Dentre os participantes, a escolaridade variou bastante, enquanto algumas pessoas tinham curso superior, outras tinham Ensino Médio completo ou Ensino Médio incompleto. O tempo de trabalho na área também se mostrou bastante diverso, sendo que o participante menos experiente atuava há dois anos e o mais experiente há 28 anos. Alguns fizeram parte do movimento de criação das ações de Redução de Danos no Brasil, e outros vieram para esse campo depois da imersão no movimento da saúde mental ou do trabalho na Estratégia de Saúde da Família.

As pessoas entrevistadas pertenciam em grande parte à região Sudeste do país, sendo que duas trabalhavam e moravam no Rio de Janeiro, duas em Minas Gerais, sete no estado de São Paulo, duas na Bahia, uma no Alagoas e uma em Goiás. Isso se deu provavelmente em função da técnica utilizada para o acesso aos participantes, a bola de neve. Esta teve início pela rede de contatos do pesquisador, que é residente do interior do estado de São Paulo. A bola de neve mostrou-se interessante ao propiciar o contato com profissionais contratados em diferentes programas e equipamentos subsidiados por recursos públicos. As vivências relatadas tinham especificidades, ou seja, questões que eram potenciais problemas em um CAPS AD não foram encontradas em relatos de pessoas que trabalhavam no Programa de RD ou de Promoção de Direitos Humanos. Mesmo apresentando suas especificidades, também contavam com questões comuns que afetavam as ações dos redutores de danos, como a dificuldade de encaminhamento dos usuários para serviços da rede, algo relatado por profissionais dos diversos equipamentos. Também se fez presente a concepção de que os agentes de redução de danos foram instituídos nas organizações para remediar essa falta de articulação, como explicitou Tania. Nesse sentido, torna-se importante a reflexão sobre quais são de fato as compreensões sobre a função de agentes de redução de danos na RAPS, uma vez que estudos salientam a importância do



fortalecimento da rede como caminho para tornar as políticas de RD mais efetivas (Vasconcelos et al., 2018).

Por ser uma estratégia englobada pelas tecnologias leves de cuidado, ela se torna mais efetiva na presença de outras estratégias que ajudam a articular e melhorar a comunicação intersetorial (Kolla & Strike, 2019). Nessa perspectiva, o agente de redução de danos encontra dificuldades para encaminhar a população que atende em consequência da estigmatização, e também encontra preconceito por parte da própria equipe em relação à sua categoria de trabalho, quando trabalha dentro da lógica dos serviços de acolhimento psicossocial como CAPS AD ou CERSAM AD, por exemplo. Essa situação descrita nos resultados condiz com pesquisas qualitativas que buscaram compreender como as ações de redução de danos aconteciam nesses espaços. Sua operacionalização encontra resistências pelo atravessamento de concepções alinhadas ao paradigma psiquiátrico, que ainda interfere nas práticas das equipes. Apesar dos CAPS serem serviços substitutivos aos tratamentos hospitalares, onde se espera que os profissionais de saúde efetivem a abordagem antimanicomial e antiproibicionista, ainda podem ser encontrados resquícios da instituição manicomial, médico-centrada, onde a saúde é construída muitas vezes sem a participação da pessoa atendida na construção de seu projeto de cuidado (Souza, Oliveira, Soares, Domanico, & Pinho, 2017; Calassa, Penso, & Freitas, 2015). Amorim e Lavrador (2017) evidenciaram que apesar de haver um enrijecimento das organizações psicossociais na relação profissional-usuário, ainda assim é possível construir relações mais flexíveis pautadas em uma postura ética em sintonia com o trabalho vivo. Araújo e Pires (2017) também entrevistaram profissionais de um CAPS AD e constataram que um dos problemas era o conhecimento insuficiente por parte dos profissionais, familiares e dos próprios usuários acerca da política sobre drogas. Porém, evidenciaram que embora os profissionais não se sentissem capacitados o suficiente, realizavam esforços no trabalho junto aos usuários para buscar diferentes práticas que se orientassem sob o paradigma da RD.

Há estudos que mostram pontos comuns entre discursos de equipes que operam em CAPS AD e em CTs. Alguns pontos em comum entre o trabalho nas duas organizações giram em torno da prática que individualiza os sujeitos, tornando-os responsáveis pelo manejo de seu consumo, e também a dificuldade em promover a autonomia, na medida em que o tratamento construído carece de técnica, em função da falta de espaços de formação adequada aos profissionais que trabalham com usuários de álcool e outras drogas (Carvalho & Dimenstein,

2017; Vasconcelos et al., 2018). Problemas em relação ao uso de medicação também são importantes nesse contexto e, por isso, é necessário que agentes de redução de danos saibam trabalhar com Gestão Autônoma da Medicação (GAM) como fortalecimento de estratégias que buscam alternativas para usuários que desejam ficar abstinentes (Lindenmeyer, Diello, & Azambuja, 2019). A clínica AD demanda dos profissionais constante reconstrução, reflexão e jogo de cintura para que consigam evitar cristalizações a respeito das pessoas atendidas e suas respectivas possibilidades de tratamento (Corradi-Webster, 2013).

As dificuldades para a implementação da RD não se restringem apenas aos serviços dos Centros de Atenção Psicossocial, mas também se encontram nas equipes da APS. Souza e Ronzani (2018) entrevistaram Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e relataram que, apesar de conhecerem o preceito da redução de danos e sua relação com a APS, os ACSs não conseguiam ofertar ações baseadas nessa concepção, uma vez que se pautavam no proibicionismo, na percepção moralizante do uso e na busca de um mundo livre das drogas. Nesse sentido, Pereira et al. (2020) indicaram em estudo realizado com profissionais de enfermagem da atenção primária que os discursos sobre o tratamento de pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas eram predominantemente relacionados ao modelo biomédico de concepção da saúde, bem como às abordagens religiosa e moral. Elas sugeriram a necessidade da implementação de propostas de educação permanente sobre os conceitos de Redução de Danos na formação e qualificação do profissional de enfermagem.

O conceito de Educação Permanente em Saúde é fruto da interface entre educação e saúde e, segundo o Dicionário da Fiocruz (Ceccim & Ferla, 2009), remete a práticas de ensino-aprendizagem, contextualizadas com o ambiente de trabalho, que consideram os diferentes saberes a partir de uma perspectiva problematizadora, com o objetivo de responder às questões das pessoas que as vivenciam no contexto em questão. Por isso, a Educação Permanente em Saúde é uma diretriz para formação e fortalecimento de profissionais do SUS, e é por meio dela que a implementação da RD pode se efetivar, considerando a sensibilização e mudança cultural que essa implementação demanda (Batista, Vasconcelos, Vecchia, & Queiroz 2019; Silveira & Santos, 2017).

A universidade tem tido papel importante na formação e sensibilização da RAPS a respeito da RD como estratégia orientadora das boas práticas em saúde junto a pessoas que fazem uso problemático de drogas em situação de vulnerabilidade (Souza, Souza, Souza,

Abrahão, & Fernandes, 2016; Assunção et al., 2019). Parte das resistências encontradas na formação sobre os princípios da RD e sua relação com o cotidiano de trabalho das equipes poderiam ser amenizadas por meio das práticas de facilitação de diálogo, por exemplo. A facilitação de diálogo é uma ferramenta que tem se mostrado bem-sucedida na resolução de problemas de relacionamento entre profissionais e equipes de saúde (Ferreira, Souza, & Bertagnoli, 2019).

A intersetorialidade, pautada na concepção ampliada de saúde e promoção de cuidado aplicadas à realidade local, tem o potencial de integrar conhecimentos, setores, atores, pois extrapola a atuação do setor saúde (Engstrom & Teixeira, 2016; Lima & Guimarães, 2019; Mendonça & Lanza, 2020). Por isso, o trabalho de RD não se pauta apenas na área da saúde, mas busca garantir interlocução entre os diversos serviços ofertados pelo Estado, assim como entre as organizações da sociedade civil (Pedroso, Firmino, Corradi-Webster, Mazota, & Consoli, 2021). Como foi possível notar nos resultados do presente estudo, há uma lista de serviços e equipamentos ligados à rede que envolvem articulação com equipamentos da saúde como hospitais, Unidades de Pronto Atendimento, Consultórios na Rua, CAPS AD, UBS, ESF. Também há articulação com outros equipamentos e serviços que envolvem a política de assistência social, como os Centros de Referência de Assistência Social, Centros de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro Pop), além de outras organizações de proteção e educação como a Defensoria Pública, os Conselhos Tutelares e o Ensino de Jovens e Adultos (EJA). Esse é um dado importante, pois o agente de redução de danos, em seu trabalho de articulação, garante a capitalização do cuidado e desse modo a equidade do sistema de saúde, mas também garante integralidade na medida em que efetiva a integração intersetorial do cuidado.

Trino, Rapella, Dos Santos e Silva (2017) relataram em seu estudo a experiência de atuação em cena de uso, em um bairro periférico na cidade de São Gonçalo (RJ), que envolveu ações de RD a partir da articulação intersetorial com diferentes secretarias municipais realizadas pelo Projeto REDES (Fiocruz). A articulação entre secretarias municipais de saúde, educação, desenvolvimento social, meio ambiente, segurança pública e a subsecretaria de política de drogas, em parceria com a associação de moradores do bairro e o Instituto Federal do Rio de Janeiro (IFRJ), possibilitou as primeiras ações de aproximação e construção de vínculo aos usuários em situação de vulnerabilidade na cena de uso, assim como o desenvolvimento da

qualificação do cuidado a pessoas que faziam uso de álcool e outras drogas junto à rede intersetorial do município, seguindo a lógica da educação permanente para formação em RD. Por meio de reuniões realizadas periodicamente entre os diversos serviços e organizações, planejaram e executaram ações nos eixos de proteção social, de habitação, geração de trabalho e renda, participação social e de gestão do projeto. Assim como foi possível encontrar nos resultados do presente estudo, as ações de redução de danos vão além do cuidado em saúde, e visam a transformação social e promoção da cidadania.

A abordagem territorial é uma marca do trabalho de redução de danos. Esse é um modo de ampliar o significado de acesso à saúde para uma população que sofre por não ser aceita socialmente nos padrões impostos, um raciocínio normativo mais comum às práticas manicomiais (Santos & dos Santos, 2016). O caráter nômade e transitório das ações de redução de danos em contexto de rua é sustentado e encontra respaldo na clínica peripatética (Lancetti, 2005). É por isso que a escuta tem um papel tão importante nesse trabalho, pois é por meio dela que acontece o tratamento, pelo tratamento dialógico, pela compreensão das reais necessidades dos sujeitos que fazem uso de drogas em contexto de rua (Costa, 2019). No estudo de Dias, Passos e Silva (2016) foram apresentados trechos de diários de campo de agentes de redução de danos, a fim de se compreender um pouco de suas perspectivas. A análise evidenciou a importância do cuidado de si, do outro e da cidade para o agente no processo de oferta do cuidado. É nesse ambiente imprevisível, aberto e amplo que o profissional contratado como agente de redução de danos se expõe aos riscos aos quais os usuários também estão expostos, e desse modo dividem uma realidade. Como se pode notar também na análise dos resultados, a experiência do agente de redução de danos em situação de vulnerabilidade é atravessada pela violência e pela repressão policial, do mesmo modo que atravessa a população que ocupa determinados territórios (Raupp et al., 2020). Tudo isso acontece porque existe uma divisão brutal, imposta pela lei, cheia de buracos em meio à *Guerra às Drogas* (Silva & Abrahão, 2020; Gomes, 2020). Não é por acaso que a guerra entre facções criminosas é uma das principais causas de mortes violentas no país (Cerqueira et al., 2019), mais um subproduto direto da proibição de uso associada à criminalização dos usuários de drogas na atual legislação (Lopes & Gonçalves, 2018). O cuidado de pessoas que estão em situação de vulnerabilidade e fazem parte de organizações criminosas também é papel do Estado, garantido pela Constituição.

A ocupação dos espaços públicos de modo integrado à cidade se torna indispensável na construção da cidadania e combate ao estigma. Além disso, o cuidado em contexto de rua que foge aos discursos morais, judiciais ou religiosos é recente, e busca dar conta de uma atuação sem fronteiras, em que os agentes de redução de danos promovem o protagonismo e valorizam o território (Garcia et al., 2019). A diferença entre abordar e acolher demanda uma sensibilidade muito própria dos agentes, como Renata demonstrou. Dentre as razões que movem o trabalhador estão o desejo de melhorar a vida das pessoas em situação de vulnerabilidade, assim como aprender com suas vivências (Tisott, Terra, Hildebrandt, Soccol, & Souto, 2019). O nascimento da RD foi fruto da auto-organização e do protagonismo de pessoas, os *junkie bonds*, que faziam uso de drogas e que buscavam pelo acesso à saúde, possibilitado por meio do acesso à informação e a seringas para uso de heroína injetável, destinada à comunidade-alvo em meados dos anos 80, em contexto europeu (Gomes & Vecchia, 2018). É necessário evidenciar que o contexto brasileiro é muito diferente do contexto original de nascimento do movimento. A desigualdade social, a trajetória política do país, o histórico da colonização e da escravidão são características que conferem algumas singularidades ao contexto de uso abusivo de substâncias em espaços públicos. Por isso, a identificação de quem trabalha com pessoas que fazem uso de drogas em situação de vulnerabilidade, no Brasil, torna-se também algo singular. Partindo do pressuposto de que a saúde é construída também socialmente, e que o processo saúde-doença está diretamente associado ao contexto social e ao território em que dada população se encontra, as ações dos agentes de redução de danos descritas nos resultados estão em acordo com os Determinantes Sociais de Saúde. Questões econômicas relacionadas ao desemprego, por exemplo, o acesso à cultura e educação, e questões étnico/raciais afetam diretamente a concepção de saúde (Fiorati, Arcêncio, & Souza, 2016).

O viés comunitário e preventivo do trabalho de redução de danos se assemelha muito ao papel do ACS, por vivência do território e por conhecer sua realidade (Broch, Riquinho, Vieira, Ramos, & Gasparin, 2020). Ao buscar compreender qual era a abordagem mais efetiva no tratamento de problemas relacionados ao uso abusivo de substâncias de pessoas em situação de rua segundo os próprios usuários, Carver, Ring, Miler e Parkes (2020) fizeram um levantamento sistemático que reuniu 23 pesquisas, envolvendo 462 participantes, em três países diferentes e publicados desde 2002. Em geral, as pesquisas indicaram que as pessoas atendidas em situação de rua tinham preferência por tratamentos pautados em RD. Os resultados do

levantamento indicaram que, segundo as pessoas em situação de rua que participaram dos estudos, o tratamento era mais efetivo quando fornecia um ambiente facilitador, apoio empático e sem julgamentos, e oportunidades para reaprender a viver. As intervenções mais valorizadas eram aquelas que tinham duração mais longa, eram estabelecidas por meio de bons relacionamentos e tinham em sua centralidade o cuidado. O cuidado centrado na pessoa tem evidenciado a melhoria da qualidade da atenção em saúde, dentro da concepção ampliada. Ademais, centrar a atenção no usuário e em suas necessidades é ampliar o horizonte do cuidado e da atuação profissional e, desse modo, favorecer a efetivação mudanças no modelo de atenção à saúde que garantam a integralidade (Agreli, Peduzzi, & Silva, 2016).

O trabalho de agente de redução de danos também se mostrou educativo e informativo. Danilo disse na entrevista que entendia o uso de drogas como uma maneira de enfrentar o mundo e que tinha empatia pelas pessoas que acolhia na unidade, por ele também ser negro e vir de uma família pobre. Na literatura é possível encontrar relatos sobre intervenções baseadas em pares que evidenciam a eficácia dessa abordagem para a reabilitação psicossocial, associada a outras estratégias como a da moradia primeiro (Bean, Shafer, & Glennon, 2013). Cristiane se identificou como usuária de drogas, trabalhava em um Programa de Redução de Danos e era familiarizada com a ideia de que a conversa entre iguais facilitava o estabelecimento de confiança e colaborava para a realização do cuidado em espaços públicos. Desse modo, é possível notar que os agentes de redução de danos estão intimamente ligados com a população atendida na medida em que há valorização dos saberes do público-alvo, em função da própria história de vida dos profissionais (Nardi & Rigoni, 2005). A intervenção baseada em pares é bastante utilizada em estratégias de combate à transmissão de ISTs e hepatites virais junto a grupos vulneráveis, dentro do rol das boas práticas (Norman et al., 2008). Pessoas que usam drogas e trabalham como agentes de redução de danos em intervenções baseadas em pares são importantes na garantia da efetivação do cuidado a pessoas que fazem uso problemático de drogas, pois fazem a ponte entre as pessoas atendidas e o serviço de saúde, durante e depois da hospitalização (Lennox, Lamarche, & O'Shea, 2021). Quando é integrada a outras estratégias, a intervenção baseada em pares facilita o engajamento das pessoas atendidas pelo tratamento (Kikvidze et al., 2018), e também pode ser realizada por meio de acompanhamento de moradias assistidas criadas no estabelecimento das UATs. A estratégia desse trabalho se dá em conformidade com a lógica antimanicomial e ainda cria espaços mais estáveis e protegidos para

o desenvolvimento da autonomia, como foi relatado por Carla. A estratégia da moradia primeiro, ou *housing first*, tem se mostrado efetiva e um passo importante na construção de reabilitação psicossocial por propiciar estabilidade e segurança a pessoas em situação de rua com comorbidades psiquiátricas (Tsemberis, Gulcur, & Nakae, 2004).

Por isso, estratégias de diminuição de vulnerabilidades são extremamente importantes na composição de um tratamento que envolva a RD. A questão do combate à transmissão de ISTs e hepatites virais foi também um tema que apareceu nas entrevistas do estudo. Historicamente, a resposta de combate da disseminação do HIV foi uma das grandes realizações do SUS. Apesar disso, a emergência de forças conservadoras, somadas à crise econômica e ao ajuste fiscal que o país tem enfrentado, tem colocado as políticas de combate ao HIV em risco. Os diferentes acontecimentos no campo da sociedade e do governo têm incidido de maneira feroz no enfrentamento do HIV/AIDS, e desse modo tem ampliado a estigmatização, os preconceitos, medos e violências. Esses acontecimentos colocam a continuidade das ações de combate à disseminação do HIV, reconhecidas mundialmente, em risco e diminuem as possibilidades de respostas adequadas ao perfil atual da epidemia no Brasil (Agostini, Rocha, Melo, & Maksud, 2019).

Em relação à categoria profissional na qual as pessoas que participaram do presente estudo estavam contratadas, a maioria se identificou como Agente de Redução de Danos e quando questionadas sobre qual era a categoria de registro para a contratação, houve uma diversidade de categorias e tipos de vínculos. Durante as entrevistas algumas pessoas demonstraram certa incerteza em relação à categoria de contratação, os nomes que apareceram foram: agente redutor de danos, redutor de danos, educador social, agente de ação social, agente de prevenção, ou agente de saúde. Esse dado reflete a questão da formalização do agente de redução de danos frente aos diferentes modos de inserção nas políticas públicas dos estados da federação. Por não haver regulamentação a nível federal, o trabalhador da RD acaba tendo que se enquadrar em diferentes categorias. A categoria *agente redutor de danos* não consta na tabela da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), usada para identificar as ocupações no mercado de trabalho e definida pelo extinto Ministério do Trabalho e Emprego. Hoje, na lista, estão presentes as seguintes classificações: (5153) Trabalhadores de atenção, defesa e proteção a pessoas em situação de risco e adolescentes em conflito com a lei; com os códigos (5153-05) Educador social, Arte educador, Educador de rua, Educador social de rua, Instrutor educacional,

Orientador socioeducativo; (5153-10) Agente de ação social, Agente de proteção social, Agente de proteção social de rua, Agente social; (5153-15) Monitor de dependente químico, Conselheiro de dependente químico, Consultor em dependência química; (5153-25) Socioeducador, Agente de apoio socioeducativo, Agente de segurança socioeducativa, Agente educacional, Atendente de reintegração social.

Entendendo que as descrições das categorias têm pontos de semelhança, foram entrevistadas pessoas contratadas sob essas codificações ocupacionais quando não havia agentes de redução de danos ou redutor(a)s de danos nas equipes. Consta na Descrição Sumária na lista da CBO (n.d.) sobre a categoria 5153:

Visam garantir a atenção, defesa e proteção a pessoas em situações de risco pessoal, social e a adolescentes em conflito com a lei. Procuram assegurar seus direitos, abordando-as, sensibilizando-as e identificando suas necessidades e demandas. Controlam o acesso de pessoas e veículos em unidade penal e conduzem presos ou internados para desenvolvimento de atividades culturais, esportivas, escolares, laborativas, recreativas e ressocializadoras.

A não regulamentação da profissão de agente de redução de danos a nível federal é uma questão que perdura frente ao tensionamento dos diferentes projetos de governo que têm ocupado os espaços de poder. O reconhecimento desse trabalho enquanto categoria profissional também foi encontrado nos resultados como perspectiva de melhores condições de trabalho em relação a remuneração, condições estruturantes e respeito no campo da saúde pública.

Hoje, a política pública de drogas está resguardada pelo Ministério da Cidadania e é pautada dentro dos assuntos da segurança pública e da psiquiatria. Os espaços de controle social e participação nos conselhos de drogas têm sido cada vez menores, o que significa a descaracterização desses espaços, na medida em que excluem a sociedade civil do processo de construção das políticas públicas que as afetam. Cabe salientar que não é apenas o trabalho do agente de redução de danos que vem sofrendo ataques, os próprios agentes comunitários de saúde também têm sofrido com o desmonte da lógica territorial e comunitária de cuidado. Segundo Barros e Cecílio (2019), os ACSs têm mudado e se tornado um *trabalhador multiuso*, seu trabalho tem se pautado na reprodução de práticas biomédicas e burocratizadas, e isso pode



desfigurar o seu papel enquanto elo da comunidade e tolher seu papel criativo na relação com os territórios que ocupa. Esse dado demonstra que os ataques que o campo da saúde pública tem sofrido, direcionados por sua antiagenda, buscam descaracterizar não apenas o trabalho da redução de danos, mas também os eixos da universalidade, equidade e integralidade que guiam as políticas do SUS.

Nesse contexto, o desmonte do aparato da saúde por meio da desregulação das políticas públicas, como da PNAB, por exemplo, tem grande potencial para afetar negativamente a oferta de serviços à população. Porém, algumas pesquisas que têm avaliado o impacto dessas mudanças não dependem exclusivamente do texto, mas também da participação e do protagonismo da sociedade brasileira na luta pelo direito à saúde (Almeida et al., 2018). Segundo Gomes et al. (2020), apesar das expectativas negativas geradas pela PNAB de 2017 no contexto da Atenção Primária à Saúde, concluiu-se que não houve mudanças significativas em relação às equipes e suas composições, mesmo após dois anos de sua vigência. Nesse sentido, a promoção dos serviços de redução de danos que, desde seu início, se deu a partir de formas não institucionais de existir, revela em seu pragmatismo uma potencialidade no enfrentamento às dificuldades de inserção dessa política, muitas vezes fragilizada, em um campo pautado predominantemente no tratamento moral e na religiosidade (Hyshka et al., 2019).

Ações relativas a profissionais do sexo e mulheres em situação de violência foram citadas durante as entrevistas de Paulo e Roberto, assim como ações junto a crianças e adolescentes relatadas por Danilo e Bruna. Porém, as ações e políticas destinadas a esses públicos foram pouco exploradas no presente estudo, o que pode representar uma lacuna na construção do conhecimento sobre o trabalho de RD. Por isso, é importante ressaltar que existem pesquisas e estudos que se debruçam sobre esses temas. As intervenções de RD focadas no gênero feminino, por exemplo, têm sido estudadas e têm demonstrado evidências de boas práticas na promoção de saúde junto a pessoas que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas estimulantes não injetáveis (Rigoni, Brecksema, & Woods, 2018; Santos & Miranda, 2016). Corradi-Webster (2020) apresentou em seu estudo os recursos que mulheres em situação de vulnerabilidade criavam para lidar com o próprio uso abusivo de drogas em processo de *recovery*. As políticas públicas municipais direcionadas para mulheres em situação de marginalização e vulnerabilidade são essenciais para o favorecimento da efetividade do

trabalho de RD (Frizzo, 2018). Essa condição se aplica às outras políticas sociais inclusivas, relativas ao acesso à saúde, educação, moradia, emprego e que busquem garantir os direitos de grupos historicamente marginalizados. O desenvolvimento de políticas e ações destinadas a jovens e adolescentes que fazem uso problemático de drogas por meio de programas sociais também favorecem o aumento da efetividade do trabalho de redução de danos (Fonseca & Bastos, 2005; Silva, Rodrigues, & Gomes, 2015).

Dentre os fatores que podem circunscrever os resultados deste estudo, aponta-se a região geográfica de trabalho dos participantes e a heterogeneidade das características das pessoas entrevistadas. É necessário evidenciar que os resultados não servem para generalização sobre a experiência do trabalho de RD como um todo, mas fornecem um panorama do trabalho por meio do diálogo com diferentes atores da redução de danos em um contexto de retrocessos das políticas sociais, com ênfase nas experiências de profissionais que atuam na região Sudeste do país. A variedade de equipamentos, estados e idades proporcionou a escuta de diferentes pontos de vista sobre questões pertinentes à prática de trabalho. Outro circunscritor foi o fato da análise ser baseada apenas em entrevistas. Considera-se que a observação realizada no contexto de trabalho poderia trazer outros elementos para a compreensão dos objetivos do estudo. Porém, em acordo com a construção metodológica e epistemológica desta pesquisa, a análise foi proposta a partir de relatos das vivências de agentes de redução de danos que atuavam no território, considerando que a realidade não é totalmente tangível e que sua análise deve passar necessariamente pela escuta de pessoas imersas nessa realidade. O uso da comunicação via internet para a realização das entrevistas, por meio de chamada de voz, também pode ter afetado as falas dos participantes, visto que a maioria das entrevistas foram realizadas à distância e que as pessoas poderiam responder diferentemente em situações de entrevistas presenciais. Para garantir a validade interna, o pesquisador seguiu os procedimentos de modo rigoroso em todas as entrevistas, independentemente de serem presenciais ou virtuais. Também buscou construir um *rapport* com os entrevistados, criando um clima amigável para a conversa. Pesquisas de revisão bibliográfica indicam a necessidade de ampliação e fortalecimento de produções acadêmicas na área científica sobre práticas e política de Redução de Danos como forma de consolidação das estratégias de prevenção e tratamento de pessoas que fazem uso problemático de drogas (Morera, Padilha, & Zeferino, 2015; Gomes & Dalla Vechia, 2018).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo do estudo foi compreender como a redução de danos tem sido realizada junto à população em vulnerabilidade social a partir da percepção de agentes de redução de danos, e desse modo conhecer também os potenciais e limites do trabalho. Para tanto, a análise temática do material coletado durante as entrevistas possibilitou a construção de significados atravessados pela percepção de diferentes atores. Os principais resultados apontam para a natureza militante e territorial do trabalho. Foi possível notar a relevância da presença desses profissionais e a vantagem em se ter agentes de redução de danos nas equipes de saúde, visto que o diferencial do trabalho se caracteriza pela facilidade em se alcançar a população que faz uso de drogas em contexto de rua, em função da proximidade e identificação histórica dos agentes de redução de danos. Parte das dificuldades encontradas para a realização do trabalho diziam respeito às falhas no estabelecimento do trabalho multidisciplinar em decorrência do menosprezo das técnicas dos agentes de RD e à intersectorialidade minada em função da estigmatização da população que atendem, e mudanças de gestão. Além disso, foi salientada a importância da associação e articulação entre as políticas públicas intersectoriais de saúde, assistência social e a sociedade civil no combate aos determinantes sociais de saúde, como estratégia para o favorecimento da efetividade do trabalho da redução de danos.

Espera-se que o presente estudo forneça recursos para sensibilizar profissionais da Rede de Atenção Psicossocial a refletirem sobre suas práticas e técnicas de cuidado. Ainda muito contaminada com a lógica psiquiátrica e a lógica moral, a técnica do cuidado ofertado por serviços de saúde mental se perde e acaba criando uma falsa oposição entre redução de danos em contexto de rua e tratamentos pautados na abstinência e na internação. Evidenciar o trabalho de redução de danos é evidenciar também as políticas compromissadas com a proteção e a assistência social de pessoas em situação de vulnerabilidade. Por isso, espera-se também que o presente estudo possa afetar diretamente a construção de políticas e serviços integrados. Escutar agentes de redução de danos foi um modo de jogar luz sobre atores de um campo de atuação que está em constante luta para se manter dentro do escopo de iniciativas incentivadas pelo Estado. Desse modo, fica evidente o quão diversos são os contextos nos quais esses profissionais estão inseridos e como as dificuldades se apresentam também de modo diverso. Um exemplo diz respeito às ações de diversas equipes após a interrupção da distribuição de kits

de RD e insumos para uso de drogas durante a gestão de governos menos progressistas. Muitas equipes passaram a comprar com dinheiro próprio os insumos. Essa situação pode descrever tanto os efeitos das mudanças de gestão e as interrupções na realização das ações da redução de danos, mas também destaca como o movimento de redução de danos não para, mesmo com os retrocessos legais, lembrando até estratégias de guerrilha. A ausência de regulamentação dessa classe a nível federal representa mais um sintoma dos tensionamentos entre o desinvestimento de recursos públicos na RAPS e a falta de reconhecimento profissional que ocorre dentro da própria Rede de Atenção Psicossocial. Por isso, é urgente que profissionais pleiteiem formações e capacitações com o propósito de melhorar o diálogo dentro das equipes, entre gestores e profissionais que vão a campo. É necessário evidenciar que os trabalhadores relataram que se expunham a riscos para realizar seu trabalho, e não pela periculosidade que as pessoas atendidas representavam, mas pela criminalização dos usuários e a conseqüente violência aplicada pelo aparato da segurança pública. Fica evidente, desse modo, que a guerra às drogas se coloca muito mais como obstáculo para a realização do cuidado do que a condição das pessoas que fazem uso de drogas ilícitas, e nesse sentido é necessário considerar a relação entre o uso abusivo de drogas e adoecimento de modo menos simplista. Foi importante notar a proximidade conceitual entre cuidado centrado na pessoa e a RD dentro da perspectiva da clínica ampliada, como uma tecnologia leve de cuidado.

Com base na realização do presente estudo, sugere-se que mais pesquisas sejam realizadas dentro do campo da prática da RD, do ponto de vista de outras áreas de conhecimento para além da Psicologia e da Enfermagem. Mais estudos que possam elencar critérios para a quantificação dos indicadores de efetividade das ações realizadas, além de *follow-up* de pessoas atendidas em contextos de rua. Estudos de avaliação das políticas de assistência e saúde comunitária também poderiam complementar as descobertas do presente estudo.

## REFERÊNCIAS<sup>2</sup>

- Abal, Y. D., & Gugelmin, S. A. (2018). A redução de danos nas cenas abertas de uso de crack e outras drogas ilegalizadas: A perspectiva dos trabalhadores da saúde. *Revista do Departamento de Ciências Sociais – PUC Minas*, 1(1), 24-43.
- Agostini, R., Rocha, F., Melo, E., & Maksud, I. (2019). A resposta brasileira à epidemia de HIV/AIDS em tempos de crise. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(12), 4599-4604. doi: 10.1590/1413-812320182412.25542019
- Agreli, H. F., Peduzzi, M., & Silva, M. C. (2016). Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. *Interface*, 20(59), 905-916. doi: 10.1590/1807-57622015.0511
- Almeida, E. R., Sousa, A. N. A., Brandão, C. C., Carvalho, F. F. B., Tavares, G., & Silva, K. C. (2018). Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e180. doi: 10.26633/RPSP.2018.180
- Almeida, J. M. C. (2019). Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(11), e00129519. doi: 10.1590/0102-311x00129519
- Almeida, L. M. D. (2005). Da prevenção primordial à prevenção quaternária. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 23(1), 91-96. Recuperado de <https://run.unl.pt/handle/10362/97871>
- Alves, Y. D. D., & MacRae, E. (2019). Uma abordagem teórica sobre o contexto social do uso de drogas. *Revista TOMO*, (34), 81-114. doi: 10.21669/tomo.v0i34.9850
- Amarante, P. (1994). Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 1(1), 61-77. doi: 10.1590/S0104-59701994000100006
- Amarante, P., & Nunes, M. O. (2018). A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 2067-2074. doi: 10.1590/1413-81232018236.07082018
- Amorim, R. G., & Lavrador, M. C. C. (2017). A Perspectiva da Produção de Cuidado pelos Trabalhadores de Saúde Mental. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(2), 273-288. doi: 10.1590/1982-3703000332015

---

<sup>2</sup> De acordo com o estilo APA (American Psychological Association).

- Araújo, A. C. D. C., & Pires, R. R. (2017). Redução de danos na atenção psicossocial: concepções e vivências de profissionais em um CAPS ad. *Tempus (Brasília)*, 11(3), 9-21. doi: 10.18569/tempus.v11i3.1982
- Arbex, D. (2013). *Holocausto Brasileiro* (1a. ed.). São Paulo, SP: Geração Editorial.
- Assunção, J. I. V., Vale, A. R., Oliveira, A. A., Nilo, D. N., Mariano, D. S., Palata, F. G., . . . Vecchia, M. D. (2019). EIRAS E BEIRAS: ATENÇÃO PSICOSSOCIAL A PESSOAS COM PROBLEMAS DECORRENTES DO USO DE DROGAS. *Psicologia & Sociedade*, 31, e178671. doi: 10.1590/1807-0310/2019v31i178671
- Barros, L. S. D., & Cecílio, L. C. D. O. (2019). Entre a 'grande política' e os autogovernos dos Agentes Comunitários de Saúde: desafios da micropolítica da atenção básica. *Saúde em Debate*, 43(especial 6), 10-21. doi: 10.1590/0103-11042019S601
- Bastos, F. I. P. M., Vasconcellos, M. T. L., Boni, R. B., Reis, N. B., & Coutinho, C. F. S. (Orgs.). (2017). *III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas (LNUD) pela população brasileira*. Rio de Janeiro, RJ: FIOCRUZ/ICICT.
- Batista, C. B., Vasconcelos, M. P. N., Vecchia, M. D., & Queiroz, I. S. (2019). A educação permanente em redução de danos: experiência do Curso de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas. *Interface*, 23, e180071. doi: 10.1590/interface.180071
- Bean, K. F., Shafer, M. S., & Glennon, M. (2013). The impact of housing first and peer support on people who are medically vulnerable and homeless. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 36(1), 48-50. doi: 10.1037/h0094748
- Brasil. (2003). *A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns\\_alcool\\_drogas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf)
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa
- Braun, V., & Clarke, V. (2013). *Successful Qualitative Research: a practical guide for beginners*. Londres: Sage.
- Broch, D., Riquinho, D. L., Vieira, L. B., Ramos, A. R., & Gasparin, V. A. (2020). Social determinants of health and community health agent work. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 54, e03558. doi: 10.1590/s1980-220x2018031403558
- Calassa, G. D. B., Penso, M. A., & Freitas, L. G. (2015). Redução de danos na visão dos profissionais que atuam no CAPS AD II do Distrito Federal. *Psicologia em Pesquisa*, 9(2), 177-187. doi: 10.5327/Z1982-1247201500020008
- Carlini, E. A. (2003). Redução de danos: uma visão internacional. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 52(5), 335-339. Recuperado de

[https://site.mppr.mp.br/arquivos/File/Projeto\\_Semear/Temas\\_Revelantes/Reducao\\_de\\_Danos\\_uma\\_visao\\_Internacional.pdf](https://site.mppr.mp.br/arquivos/File/Projeto_Semear/Temas_Revelantes/Reducao_de_Danos_uma_visao_Internacional.pdf)

- Carmo, M. E. D., & Guizardi, F. L. (2018). O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(3), e00101417. doi: 10.1590/0102-311X00101417
- Carvalho, B., & Dimenstein, M. (2017). Análise do discurso sobre redução de danos num CAPSad III e em uma Comunidade Terapêutica. *Temas em Psicologia*, 25(2), 647-660. doi: 10.9788/TP2017.2-13
- Carver, H., Ring, N., Miler, J., & Parkes, T. (2020). What constitutes effective problematic substance use treatment from the perspective of people who are homeless? A systematic review and meta-ethnography. *Harm Reduction Journal*, 17. doi: 10.1186/s12954-020-0356-9
- Ceccim, R. B., & Ferla, A. A. (2009). EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE. In Pereira, I. B., & Lima, J. C. F. (Orgs.). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde* (2a. ed.). Recuperado de <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>
- Cerqueira, D., Lima, R. S., Bueno, S., Neme, C., Ferreira, H., Alves, P. P., . . . Lins, G. (Coords.). (2019). *Atlas da Violência 2019* [Versão digital]. Recuperado de [https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=34784](https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=34784)
- Cézar, M. A., & Oliveira, M. A. (2017). Redução de danos: uma experiência na atenção básica. *Mental*, 11(21), 486-500. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-44272017000200012](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272017000200012)
- Classificação Brasileira de Ocupações (CBO). (n.d.). 5153 :: Trabalhadores de atenção, defesa e proteção a pessoas em situação de risco e adolescentes em conflito com a lei. Recuperado de <http://www.mtecbo.gov.br/cbosite/>
- Conselho Federal de Psicologia (CFP). (2005). *Código de Ética Profissional do Psicólogo*. Brasília, DF: CFP. Recuperado de <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>
- Conselho Federal de Psicologia (CFP). (2018). *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017*. Brasília, DF: CFP. Recuperado de [https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas\\_web.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas_web.pdf)
- Conselho Federal de Psicologia (CFP). (2019). *Relatório de inspeções: 2018* (1a. ed.). Brasília, DF: CFP.
- Constituição da República Federativa do Brasil de 1988* (18a. ed.). (1988). Brasília, DF: Senado.

- Conte, M., Alves, G. T., Mayers, R. T. R., Reverbel, C., Queiroz, R., Sbruzzi, C., . . . Menezes, C. B. (2004). Redução de Danos e Saúde Mental na perspectiva da Atenção Básica. *Boletim da Saúde*, 18(1), 59-77.
- Corradi-Webster, C. M. (2013). Consumo de drogas: Considerações sobre a clínica no contexto do SUS. *Saúde & Transformação Social/Health & Social Change*, 4(2), 14-20. Recuperado de <http://stat.entrever.incubadora.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/2242/2627>
- Corradi-Webster, C. M. (2020). *Recursos que colaboram no processo de recovery de mulheres com necessidades relacionadas ao uso de drogas*. (Tese de Livre-Docência, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto).
- Costa, A. C. O. (2015). *O ato de cuidar: Experiências vividas e percebidas por uma redutora de danos no cenário da rua* (Monografia). Universidade de Brasília, Brasília.
- Costa, A. C. O. (2019). O ato de cuidar: vivências e percepções de uma redutora de danos. *Saúde em Debate*, 43(122), 966-974. doi: 10.1590/0103-1104201912224
- Da Silveira, R. W. M., & D'Tôlis, P. O. A. O. (2016). Impactos da ação de agentes redutores de danos segundo profissionais da rede SUS. *Revista da Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies*, 22(1), 79-88. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3577/357746390010.pdf>
- De Lima, H. S., & Seidl, E. M. F. (2017). Consultório na Rua: percepção de profissionais e de usuários sobre redução de danos. *Revista Psicologia em Pesquisa*, 11(2). doi: 10.24879/2017001100200164
- De Souza, L. F., de Souza, Â. C., de Souza, E. O., Abrahão, A. L., & Fernandes, F. L. (2016). A universidade como parceira na formação diferenciada para o cuidado aos usuários de drogas. *Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 11(3), 570-582. Recuperado de [http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/revista\\_ppp/article/view/1949/1333](http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/revista_ppp/article/view/1949/1333)
- De Queiroz, I. S., Jardim, Ô. M., & Deus Alves, M. G. (2016). “Escuta no pátio”: cuidado e vínculo como práticas de redução de danos. *Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 11(3), 650-668. Recuperado de [http://seer.ufsj.edu.br/index.php/revista\\_ppp/article/view/1963/1340](http://seer.ufsj.edu.br/index.php/revista_ppp/article/view/1963/1340)
- Delbon, F., Ros, V., & Ferreira, E. M. A. (2006). Avaliação da Disponibilização de Kits de Redução de Danos. *Saúde e Sociedade*, 15(1), 37-48. doi: 10.1590/S0104-12902006000100005
- Delgado, P. G. (2019). Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. *Trabalho, Educação e Saúde*, 17(2), e0020241. doi: 10.1590/1981-7746-sol00212



- Dewes, J. O. (2013). *Amostragem em bola de neve e respondent-driven sampling: uma descrição dos métodos* (Monografia, Instituto de Matemática, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre). Recuperado de <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/93246>
- Dias, R. M., Passos, E., & Silva, M. M. C. (2016). A politic of narratives: experimentation and care in the reports by agents of harm reduction in Salvador, Brazil. *Interface*, 20(58), 549-558. doi: 10.1590/1807-57622015.0342
- Dos Santos, V. E., Soares, C. B., & Campos, C. M. S. (2012). A produção científica internacional sobre redução de danos: uma análise comparativa entre MEDLINE e LILACS. *SMAD, Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas*, 8(1), 41-47. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/803/80323610007.pdf>
- Drucker, E., & Crofts, N. (2017). Are we anywhere near there yet? The state of harm reduction in North America in 2017. *Harm Reduction Journal*, 14. doi: 10.1186/s12954-017-0155-0
- Duarte, R. (2004). Entrevistas em pesquisas qualitativas. *Educar*, 20(24), 213-225. doi: 10.1590/0104-4060.357
- Engstrom, E. M., & Teixeira, M. B. (2016). Equipe “Consultório na Rua” de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(6), 1839-1848. doi: 10.1590/1413-81232015216.0782016
- Fernandes, L., & Carvalho, M. C. (2000). Por onde anda o que se oculta: o acesso a mundos sociais de consumidores problemáticos de drogas através do método do snowball. *Revista Tóxicodependências*, Edição SPTT, 6(3), 17-28.
- Ferreira, J. B., Souza, L. V., & Bertagnoli, M. S. F. F. (2019). Facilitação de diálogos com profissionais na atenção primária em saúde. *Revista da SPAGESP*, 20(1), 82-98. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-29702019000100007](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702019000100007)
- Fiorati, R. C., Arcêncio, R. A., & Souza, L. B. (2016). As iniquidades sociais e o acesso à saúde: desafios para a sociedade, desafios para a enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24, e2687. doi: 10.1590/1518-8345.0945.2687
- Fiore, M. (2012). O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. *Novos estudos CEBRAP*, (92), 9-21. doi: 10.1590/S0101-33002012000100002
- Fonseca, E. M., & Bastos, F. I. (2005). Políticas de redução de danos em perspectiva: comparando as experiências americana, britânica e brasileira. In: Acserald, G. (Org.), *Avessos do prazer: drogas, Aids e direitos humanos* (pp. 289-310) (2a. ed.). Rio de Janeiro, RJ: FIOCRUZ.
- Fontanella, B. J. B., Luchesi, B. M., Saidel, M. G. B., Ricas, J., Turato, E. R., & Melo, D. G. (2011). Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar

- saturação teórica. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(2), 389-394. doi: 10.1590/S0102-311X2011000200020
- Fontanella, B. J. B., Ricas, J., & Turato E. B. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(1), 17-27. doi: 10.1590/S0102-311X2008000100003
- Foucault, M. (2008). *História da loucura na Idade Clássica*. São Paulo, SP: Perspectiva.
- Fraser, M. T. D., & Gondim, S. M. G. (2004). Da fala do outro ao texto negociado: Discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. *Paidéia*, 14(28), 139-152. doi: 10.1590/S0103-863X2004000200004
- Frizzo, C. P. (2018). *Análise da redução de danos: uma estratégia de inclusão social para mulheres em situação de rua - Florianópolis, SC*. (Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis). Recuperado de <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/198831/PGSC0220-D.pdf?sequence=-1&isAllowed=y>
- Garcia, E. L., Santos, T. M., Feldmann, R. M., Braatz, M. B., Sulzbach, N., Santos, C. F., & Krug, S. B. F. (2019). REDUÇÃO DE DANOS: A CONSTRUÇÃO DO ATO NÔMADE E DO CUIDADO COMPARTILHADO. *Revista Cesumar Ciências Humanas e Sociais Aplicadas*, 24(1), 9-27. doi: 10.17765/1516-2664.2019v24n1p9-27
- Gil, G. (1969). Cérebro eletrônico [Gravado por Gilberto Gil]. In *Gilberto Gil, 1969* [Disco]. Salvador, BA; São Paulo, SP; Rio de Janeiro, RJ: Philips Records, Water Music, PolyGram, Universal Music. (Gravado em 1969). Recuperado de <https://gilbertogil.com.br/producoes/detalhes/gilberto-gil-1969/>
- Giovanella, L., Franco, C. M., & Almeida, P. F. (2020). Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(4), 1475-1481. doi: 10.1590/1413-81232020254.01842020
- Gomes, B. R., & Adorno, R. C. F. A. (2011). Tornar-se “noia”: trajetória e sofrimento social nos “usos de crack” no centro de São Paulo. *Etnográfica. Revista do Centro em Rede de Investigação em Antropologia*, 15(3), 569-586. doi: 10.4000/etnografica.1076
- Gomes, C. B., Gutiérrez, A. C., & Soranz, D. (2020). Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(4), 1327-1337. doi: 10.1590/1413-81232020254.31512019
- Gomes, R. M. (2020). Senso comum e “drogas”: um diálogo necessário. *Cadernos NAMCULT*, Dossiê tecnologias do imaginário e diferenças, ano 1, (2), 53-63. Recuperado de [https://2caa6e47-8a8f-4f3e-bf0d-a8b8564d9009.filesusr.com/ugd/f75c13\\_0749fa9bfd514293bf322d38443faf9e.pdf](https://2caa6e47-8a8f-4f3e-bf0d-a8b8564d9009.filesusr.com/ugd/f75c13_0749fa9bfd514293bf322d38443faf9e.pdf)

- Gomes, T. B., & Vecchia, M. D. (2018). Estratégias de redução de danos no uso prejudicial de álcool e outras drogas: revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(7), 2327-2338. doi: 10.1590/1413-81232018237.21152016
- Gomes-Medeiros, D., Faria, P. H. D., Campos, G. W. D. S., & Tófoli, L. F. (2019). Política de drogas e Saúde Coletiva: diálogos necessários. *Cadernos de Saúde Pública*, 35, e00242618. doi: 10.1590/0102-311X00242618
- Gonzaga, N., & Nakamura, E. (2015). Os significados dos encaminhamentos feitos ao CAPS III de Santos: a visão dos profissionais. *Saúde e Sociedade*, 24(1), 232-243. doi: 10.1590/S0104-12902015000100018
- Hamlin, C. L. (2000). Realismo crítico: um programa de pesquisa para as ciências sociais. *Dados*, 43(2). doi: 10.1590/S0011-52582000000200006
- Hamlin, C. L. (2008). Ontologia e gênero: realismo crítico e o método das explicações contrastivas. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 23(67), 71-81. doi: 10.1590/S0102-69092008000200006
- Hyshka, E., Anderson-Baron, J., Pugh, A., Belle-Isle, L., Hathaway, A., Pauly, B., Strike, C., . . . Wild, C. (2019). Principles, practice, and policy vacuums: policy actor views on provincial/territorial harm reduction policy in Canada. *International Journal of Drug Policy*, 71, 142-149. doi: 10.1016/j.drugpo.2018.12.014
- Inglez-Dias, A., Ribeiro, J. M., Bastos, F. I. P. M., & Page, K. (2014). Políticas de redução de danos no BR: contribuições de um programa norte-americano. *Ciência e Saúde Coletiva*, 19(1), 147-157. doi: 10.1590/1413-81232014191.1778
- Jorge, J. S., & Corradi-Webster, C. M. (2012). Consultório de Rua: Contribuições e Desafios de uma Prática em Construção. *Saúde & Transformação Social*, 3(1), 39-48.
- Kikvidze, T., Luhmann, N., Avril, E., Butsashvili, M., Labartkava, K., Etienne, A., . . . Bouscaillou, J. (2018). Harm reduction-based and peer-supported hepatitis C treatment for people who inject drugs in Georgia. *International Journal of Drug Policy*, 52, 16-19. doi: 10.1016/j.drugpo.2017.11.014
- Kolla, G., & Strike, C. (2019). 'It's too much, I'm getting really tired of it': Overdose response and structural vulnerabilities among harm reduction workers in community settings. *International Journal of Drug Policy*, 74, 127-135. doi: 10.1016/j.drugpo.2019.09.012
- Lago, R. R., Peter, E., & Bógus, C. M. (2017). Harm reduction and tensions in trust and distrust in a mental health service: A qualitative approach. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 12(1), 1-9. doi: 10.1186/s13011-017-0098-1
- Lancetti, A. (2005). *Clínica Peripatética*. São Paulo, SP: Hucitec.

- Laport, T. J., Costa, P. H. A., Mota, D. C. B., & Ronzani, T. M. (2016). Percepções e Práticas dos Profissionais da Atenção Primária à Saúde na Abordagem sobre Drogas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(1), 143-150. doi: 10.1590/0102-37722016012055143150
- Lei Federal nº 8.080, de 19 setembro de 1990. (1990, 19 de setembro). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República.
- Lei Federal nº 10.216 de 6 de abril de 2001. (2001, 6 de abril). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: *Diário Oficial da União*, seção 1.
- Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. (2006, 23 de agosto). Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas. Brasília, DF: *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*.
- Lennox, R., Lamarche, L., & O'Shea, T. (2021). Peer support workers as a bridge: a qualitative study exploring the role of peer support workers in the care of people who use drugs during and after hospitalization. *Harm Reduction Journal*, 18. doi: 10.1186/s12954-021-00467-7
- Lima, D. K. R. R., & Guimarães, J. (2019). A Rede de Atenção Psicossocial sob o olhar da complexidade: quem cuida da saúde mental? *Saúde em Debate*, 43(122), 883-896. doi: 10.1590/0103-1104201912218
- Lindenmeyer, T. W. B., Diello, M. L., & de Azambuja, M. A. (2019). Redução de danos e gestão autônoma da medicação: cartografando a experiência de um acadêmico em psicologia. *Barbarói*, (54), 119-136. doi: 10.17058/barbaroi.v0i0.14070
- Lopes, H. P., & Gonçalves, A. M. (2018). A política nacional de redução de danos: do paradigma da abstinência às ações de liberdade. *Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 13(1), e1335. Recuperado de [http://seer.ufsj.edu.br/index.php/revista\\_ppp/article/view/2858/1886](http://seer.ufsj.edu.br/index.php/revista_ppp/article/view/2858/1886)
- Mattos, K. R. (2019). Política nacional sobre drogas: uma análise da crença que permeia a lógica carcerária e a população atingida. *Áskesis*, 8(2), 33-49. doi: 10.46269/8219.425
- Melo, M. C., & Corradi-Webster, C. M. (2018). Sentidos construídos sobre a internação em Comunidades Terapêuticas com pessoas em tratamento por uso de drogas. *Psicologia em Estudo*, 23, e37614, 1-16. doi: 10.4025/psicolestud.v23i0.37614
- Mendonça, E. M., & Lanza, F. M. (2020). Perspectivas da intersectorialidade no cotidiano da Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma reflexão teórica. *Research, Society and Development*, 9(11), e2549119834. doi: 10.33448/rsd-v9i11.9834

- Merhy, E. E. (1999). O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. *Ciência & saúde coletiva*, 4, 305-314. Recuperado de <https://www.scielo.org/pdf/csc/1999.v4n2/305-314/pt>
- Mesquita, F. C. (2001). *AIDS entre usuários de drogas injetáveis na última década do século XX, na região metropolitana de Santos; estado de São Paulo - Brasil* (Tese de doutorado, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo). Recuperado de [https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6132/tde-31032020-110246/publico/DR\\_462\\_Mesquita\\_2001.pdf](https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6132/tde-31032020-110246/publico/DR_462_Mesquita_2001.pdf)
- Minayo, M. C. D. S., & Guerriero, I. C. Z. (2014). Reflexividade como éthos da pesquisa qualitativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(4), 1103-1112. doi: 10.1590/1413-81232014194.18912013
- Moreira, C. R., Soares, C. B., Campos, C. M. S., & Laranjo, T. H. M. (2019). Redução de danos: tendências em disputa nas políticas de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(supl. 3), 326-335. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0671
- Morera, J. A. C., Padilha, M. I. C. S., & Zeferino, M. T. (2015). Políticas e estratégias de redução de danos para usuários de drogas. *Revista Baiana de Enfermagem*, 29(1), 76-85. Recuperado de <https://cienciasmedicasbiologicas.ufba.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/9046/9545>
- Morosini, M. V. G. C., Fonseca, A. F., & Lima, L. D. D. (2018). Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, 42(116), 11-24. doi: 10.1590/0103-1104201811601
- Nardi, H. C., & Rigoni, R. D. Q. (2005). Marginalidade ou cidadania? A rede discursiva que configura o trabalho dos redutores de danos. *Psicologia em Estudo*, 10(2), 273-282. doi: 10.1590/S1413-73722005000200014
- Nardi, H. C., & Rigoni, R. D. Q. (2009). Mapeando programas de redução de danos da região metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25, 382-392. doi: 10.1590/S0102-311X2009000200017
- Nogueira-Martins, M. C. F., & Bógus, C. M. (2004). Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Saúde e Sociedade*, 13(3), 44-57. doi: 10.1590/S0104-12902004000300006
- Norman, J., Walsh, N. M., Mugavin, J., Stoové, M. A., Kelsall, J., Austin, K., & Lintzeris, N. (2008). The acceptability and feasibility of peer worker support role in community based HCV treatment for injecting drug users. *Harm Reduction Journal*, 5(1). doi: 10.1186/1477-7517-5-8

- Noy, C. (2008). Sampling Knowledge: The Hermeneutics of Snowball Sampling in Qualitative Research. *International Journal of Social Research Methodology*, 11(4), 327-344. doi: 10.1080/13645570701401305
- Pacheco, M. E. A. G., & de Andrade, J. T. (2017). Concepções em redução de danos no projeto consultório de rua: práticas na saúde mental. *Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis*, 14(2), 57-74. doi: 10.5007/1807-1384.2017v14n2p57
- Passos, E. H., & Souza, T. P. (2011). Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de "guerra às drogas". *Psicologia & Sociedade*, 23(1), 154-162. doi: 10.1590/S0102-71822011000100017
- Pedroso, J. M. G., Firmino, C. O., Corradi-Webster, C. M., Mazota, G., & Consoli, L. R. P. (2021). Relato de experiência: a organização dos fóruns estaduais de redução de danos em contextos universitários. In *Anais do III Congresso de Saúde Mental da UFSCar* (p. 118). São Carlos, SP. Recuperado de <https://fai1uploads.s3.amazonaws.com/1/others/f486517b06958624c08f2fc0fd70e84c42f42216.pdf>
- Pereira, S. S., Zerbetto, S. R., Nóbrega, M. P. S. S., Silveira, R. W. M., Gonçalves, A. M. S., & Protti-Zanatta, S. T. (2020). Concepções de redução de danos: discursos de profissionais de enfermagem da atenção primária à saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73, e20200021. doi: 10.1590/0034-7167-2020-0021
- Petuco, D. R. da S., & Medeiros, R. G. (2009). Redução de danos: dispositivo da reforma? *Observatório do Cuidado*. Recuperado de <https://repositorio.observatoriodocuidado.org/handle/handle/589>
- Portaria nº 366, de 19 de fevereiro de 2002.* (2002, 19 de fevereiro). Estabelece as modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Portaria nº 648, de 28 de março de 2006.* (2006, 28 de março). Dispõe sobre a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa da Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF: *Diário Oficial da União*.
- Portaria nº 2.488, 21 de outubro de 2011.* (2011, 21 de outubro). Institui a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.* (2011, 23 de dezembro). Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*.
- Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012.* (2012, 26 de janeiro). Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas,

voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. (2017, 21 de setembro). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: *Diário Oficial da União*.

Queiroz, I. S. D. (2001). Os programas de redução de danos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas. *Psicologia: ciência e profissão*, 21(4), 2-15. doi: 10.1590/S1414-98932001000400002

Raupp, L. M., Spohr, F., Ratto, C. G., Pacheco, J. C., Silva, M. S. D., & Weber, C. N. (2020). “Falamos de paz onde não há”: representações da vida em comunidade entre jovens residentes em um Território de Paz. *Psicologia USP*, 31, e190167. doi: 10.1590/0103-6564e190167

Resolução RDC nº 29, de 30 de junho de 2011. (2011, 30 de junho). Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. (2012, 12 de dezembro). Brasília, DF: *Diário Oficial da União*, (12), seção 1, 59. Recuperado de <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

Rigoni, R., Brecksema, J., & Woods, S. (2018). *Limites da correria: redução de danos para pessoas que usam estimulantes*. Recife: Mainline.

Rose-Clarke, K., Gurung, D., Brooke-Sumner, C., Burgess, R., Burns, J., Kakuma, R., . . . Lund, C. (2020). Rethinking research on the social determinants of global mental health. *The Lancet Psychiatry*, 7(8), 659-662. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30134-6

Santos, F. F., & Ferla, A. A. (2017). Mental health and primary care in alcohol and drug users care. *Interface*, 21(63), 833-844. doi: 10.1590/1807-57622016.0270

Santos, T. R. F. R., & dos Santos, R. M. (2016). As ações do projeto de redução de danos em saúde no município Aracaju/SE. *Interfaces Científicas-Saúde e Ambiente*, 4(2), 43-52. doi: 10.17564/2316-3798.2016v4n2p43-52

Santos, V. B., & Miranda, M. (2016). Projetos/Programas de redução de danos no Brasil: uma revisão de literatura. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 5(1).

Serafim, R. C. D. N. S., Do Bú, E. A., Maciel, S. C., da Silva Santiago, T. R., & de Alexandre, M. E. S. (2017). Representações sociais da reforma psiquiátrica e doença mental em universitários brasileiros. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 18(1), 221-233. doi: 10.15309/17psd180118

- Silva, A. G., Rodrigues, T. C. L., & Gomes, K. V. (2015). Adolescência, vulnerabilidade e uso abusivo de drogas: a redução de danos como estratégia de prevenção. *Revista Psicologia Política*, 15(33), 335-354. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-549X2015000200007](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2015000200007)
- Silva, J. D. G., Aciole, G. G., & Lancman, S. (2017). Ambivalências no cuidado em saúde mental: a 'loucura' do trabalho e a saúde dos trabalhadores. Um estudo de caso da clínica do trabalho. *Comunicação, Saúde e Educação*, 21(63), 881-892.
- Silva, M. A. B., & Abrahão, A. L. (2020). Política de Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas: uma análise guiada por narrativas. *Interface*, 24, e190080. doi: 10.1590/interface.190080
- Silva, S. M. D., Spiassi, A. L., Alves, D. D. C., Guedes, D. D. J., & Leigo, R. D. O. (2009). Redução de danos: estratégia de cuidado com populações vulneráveis na cidade de Santo André-SP. *Saúde e Sociedade*, 18(supl. 2), 100-103. doi: 10.1590/S0104-12902009000600018
- Silveira, R. W. M. D., & Santos, T. M. D. (2017). Escola de redução de danos: uma experiência de educação permanente em saúde. *Revista do NUFEN*, 9(3), 220-233. doi: 10.26823/RevistadoNUFEN.vol09.n03rex24
- Souza, D. R., Oliveira, M. A. F., Soares, R. H., Domanico, A., & Pinho, P. H. (2017). Resistências dos profissionais da atenção psicossocial em álcool/drogas à abordagem de redução de danos. *Journal of Nursing and Health*, 7(1), 16-24. doi: 10.15210/jonah.v7i1.9276
- Souza, L. F., Souza, Â. C., Souza, E. O., Abrahão, A. L., & Fernandes, F. L. (2016). A universidade como parceira na formação diferenciada para o cuidado aos usuários de drogas. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 11(3), 570-582. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-89082016000300004](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082016000300004)
- Souza Gomes, C. B., Gutiérrez, A. C., & Soranz, D. (2020). Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(4), 1327-1337. doi: 10.1590/1413-81232020254.31512019
- Souza, F. É., & Ronzani, T. M. (2018). Desafios às práticas de redução de danos na atenção primária à saúde. *Psicologia em Estudo*, 23, e37383. doi: 10.4025/psicoestud.v23.e37383
- Strike, C., & Watson, T. M. (2017). Education and equipment for people who smoke crack cocaine in Canada: progress and limits. *Harm Reduction Journal*, 14(1), 1-7. doi: 10.1186/s12954-017-0144-3
- Teixeira, M. B., Ramôa, M. D. L., Engstrom, E., & Ribeiro, J. M. (2017). Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no



- período de 2000 a 2016. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(5), 1455-1466. doi: 10.1590/1413-81232017225.32772016
- Tisott, Z. L., Terra, M. G., Hildebrandt, L. M., Soccol, K. L. S., & Souto, V. T. (2019). Motivos da ação do redutor de danos junto ao usuário de drogas: um estudo fenomenológico. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40, e20180062. doi: 10.1590/1983-1447.2019.20180062
- Torcato, C. E. M., Soares, C. B., Corradi-Webster, C. M., Carneiro, H. S., & Adorno, R. D. C. F. (2013). Drogas e Sociedade. *Saúde & Transformação Social*, 4(2), i-iv. Recuperado de <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/2301/2617>
- Trino, A. T., Rapella, K. F., Dos Santos, A. L. A., & Silva, P. R. (2017). Promoção do cuidado com estratégias de redução de danos na cena de uso do bairro de Neves em São Gonçalo (RJ). *Cadernos do Cuidado*, 1(1), 18-32. Recuperado de <https://editora.observatoriodocuidado.org/index.php/CC/article/view/54>
- Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, 39(3), 507-514. Recuperado de <https://www.scielosp.org/pdf/rsp/2005.v39n3/507-514/pt>
- Tsemberis, S., Gulcur, L., & Nakae, M. (2004). Housing first, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis. *American Journal of Public Health*, 94(4), 651-656. doi: 10.2105/AJPH.94.4.651
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2015). *World Drug Report 2015*. Nova Iorque, NY: United Nations. Recuperado de [https://www.unodc.org/documents/wdr2015/World\\_Drug\\_Report\\_2015.pdf](https://www.unodc.org/documents/wdr2015/World_Drug_Report_2015.pdf)
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2019, 26 de junho). Relatório Mundial sobre Drogas 2019: 35 milhões de pessoas em todo o mundo sofrem de transtornos por uso de drogas, enquanto apenas uma em cada sete pessoas recebe tratamento. Recuperado de [https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2019/06/relatrio-mundial-sobre-drogas-2019\\_-35-milhes-de-pessoas-em-todo-o-mundo-sofrem-de-transtornos-por-uso-de-drogas--enquanto- apenas-1-em-cada-7-pessoas-recebe-tratamento.html](https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2019/06/relatrio-mundial-sobre-drogas-2019_-35-milhes-de-pessoas-em-todo-o-mundo-sofrem-de-transtornos-por-uso-de-drogas--enquanto- apenas-1-em-cada-7-pessoas-recebe-tratamento.html)
- Vasconcelos, M. P. N., Paiva, F. S. D., & Vecchia, M. D. (2018). O cuidado aos usuários de drogas: entre normatização e negação da autonomia. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 11(2), 363-381. doi: 10.36298/gerais2019110212
- Vasconcelos, M. R., Costa, H. A., Carvalho, N. C. C., Santo, S. G. E., Miranda, T. N. B., Araújo, T. S., & De Paula, P. P. (2018). Álcool e outras drogas na perspectiva da política de redução de danos. *Pretextos*, 3(5), 35-50. Recuperado de [http://www.mpgp.mp.br/portal/arquivos/2018/07/09/10\\_29\\_09\\_646\\_Artigo\\_Alcool\\_e\\_Outras\\_Drogas\\_na\\_Perspectiva\\_da\\_Politica\\_de\\_Redu%C3%A7%C3%A3o\\_de\\_Danos\\_2017.pdf](http://www.mpgp.mp.br/portal/arquivos/2018/07/09/10_29_09_646_Artigo_Alcool_e_Outras_Drogas_na_Perspectiva_da_Politica_de_Redu%C3%A7%C3%A3o_de_Danos_2017.pdf)

- Vinuto, J. (2014). A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas*, 22(44). doi: 10.20396/tematicas.v22i44.10977
- Willig, C. (2008). *Introducing qualitative research in Psychology: adventures in theory and method* (2a. ed.). Maidenhead: Open University Press.
- World Health Organization (WHO). (2012). *WHO Handbook for Guideline Development*. Genebra: World Health Organization. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75146/1/9789241548441\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75146/1/9789241548441_eng.pdf)
- Yin, R. K. (2016). *Pesquisa qualitativa do início ao fim*. Porto Alegre, RS: Penso.
- Zanatta, J. A., & Costa, M. L. (2012). Algumas reflexões sobre a pesquisa qualitativa nas ciências sociais. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 12(2), 344-359. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=451844638002>

## ANEXO A - Aprovação Comitê de Ética



**Universidade de São Paulo**  
**Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto**  
**Comitê de Ética em Pesquisa**

Campus de Ribeirão Preto

Of.CETP/FFCLRP-USP/089-dgfs.

Ribeirão Preto, 27 de agosto de 2018.

Prezado(a) Pesquisador(a),

Comunicamos a V. Sa. que o projeto de pesquisa intitulado **“A percepção de redutores de danos sobre a prática de cuidado ao usuário de drogas: desafios, dificuldades e potenciais do trabalho.”** foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP-USP, em sua 182ª Reunião Ordinária, realizada em 23.08.2018, e enquadrado na categoria: **APROVADO** (CAAE nº 88094418.1.0000.5407).

Solicitamos que eventuais modificações ou emendas ao projeto de pesquisa sejam apresentadas ao CEP, de forma sucinta, identificando a parte do projeto a ser modificada e suas justificativas. De acordo com a Resolução nº466 de 12/12/2012, devem ser entregues relatórios semestrais e, ao término do estudo, um relatório final sempre via Plataforma Brasil.

Atenciosamente,

**Prof.ª Dr.ª Patrícia Nicolucci**  
Coordenadora

Ao(À) Senhor(a)  
**Joao Mauricio Gimenes Pedroso**  
Programa de Pós-graduação em Psicologia da FFCLRP-USP

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP USP  
Fone: (16) 3315-4811 Avenida Bandeirantes, 3900 - bloco 01 da Administração - sala 07  
14040-901 - Ribeirão Preto - SP - Brasil  
Homepage: <http://www.ffclrp.usp.br> - e-mail: [coetp@ffclrp.usp.br](mailto:coetp@ffclrp.usp.br)

## APÊNDICE A - Roteiro da entrevista

### **Características sociodemográficas dos participantes:**

Nome:

Idade:

Telefone:

Formação profissional:

Escolaridade:

Função:

Tempo de atuação na área de RD:

Natural de onde:

Estado civil:

### **Características do Redutor de danos e seu trabalho:**

- O que faz um redutor de danos?
- Como é sua rotina de trabalho?
- O que te levou a trabalhar com redução de danos, considerando sua própria história de vida?
  - Você trabalha em equipe? Quem te acompanha no campo?
- O que é um bom dia de trabalho para o redutor de danos?
- Que outros equipamentos/instituições oferecem serviços semelhantes?
- Seu trabalho se articula com os outros serviços do SUS? De que modo? Articula-se com outros serviços? Conte um pouco
- O que difere o redutor de danos de outros profissionais da saúde?

### **Percepção sobre o consumo de substâncias e quem consome:**

- Qual é sua visão sobre o consumo de substâncias psicoativas?
- Qual é o fator mais danoso associado ao uso de substâncias psicoativas?
- Como você definiria o uso problemático de drogas?
- Quando a abstinência deve ser buscada?

- Quando a equipe decide pela internação?

**Potenciais e limites do trabalho do Redutor de Danos:**

- Quais as dificuldades que o redutor de danos encontra no seu trabalho?

- Qual é a questão que te dá mais certeza/te deixa mais certo sobre a efetividade do seu trabalho?

- Qual é a questão que te deixa mais em dúvida sobre a efetividade do seu trabalho?

- Qual foi a experiência que mais te marcou como bem-sucedida? Qual foi sua contribuição?

Que outras pessoas/instituições tiveram que colaborar para ser uma experiência de sucesso?

- Qual foi a experiência que mais te marcou como malsucedida? De que forma lidou? O que considera que influenciou para que fosse malsucedida?

- O que poderia melhorar em relação ao trabalho desenvolvido?

- Por que seu trabalho é importante?

## APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar do estudo “Compreensão do trabalho do redutor de danos junto à população em vulnerabilidade social: desafios, dificuldades e potenciais do trabalho”. Iremos fazer algumas perguntas sobre estes temas e pedimos sua autorização para gravarmos esta conversa, para garantir que as informações tenham melhor qualidade e fidedignidade. Gostaríamos de esclarecer que: seu nome será mantido em sigilo; as informações que você nos der serão confidenciais e serão usadas apenas para este estudo; estas informações poderão ser publicadas e/ou apresentadas com objetivo científico, entretanto, não será possível identificar as pessoas envolvidas. Sua participação é voluntária, sem nenhum tipo de pressão, isto é, você não é obrigado a participar deste estudo e se desejar a qualquer momento não participar mais, sua decisão será respeitada. Caso a entrevista provoque algum desconforto você poderá interrompê-la a qualquer momento, no qual poderemos conversar sobre o desconforto, caso essa seja a sua vontade. A única coisa que lhe pedimos é o tempo para responder a entrevista, sendo que esse não atrapalhará nenhuma atividade. Prevemos que o tempo de duração da entrevista seja entre 40 minutos à uma hora. Caso alguma dúvida ou mal-estar apareça estaremos disponíveis para ajudar.

As informações prestadas por você serão muito úteis para compreendermos melhor o que é Redução de danos e como é o processo de trabalho dos redutores de danos.

Se você concordar em participar da pesquisa, queremos esclarecer que:

- a) você é livre para, a qualquer momento, recusar-se a responder às perguntas que lhe ocasionem constrangimento de qualquer natureza;
- b) você pode deixar de participar da pesquisa a qualquer momento e não precisa apresentar justificativas para isso.
- c) caso você tenha alguma despesa em participar da pesquisa, o pesquisador responsável fará o reembolso.
- d) não há riscos previsíveis para participantes dessa pesquisa.

Agradecemos sua colaboração e colocamo-nos à disposição para esclarecimentos que se fizerem necessários. Este termo está em duas vias, uma ficará com você e outra com o pesquisador.

Estando de acordo:

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

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

Nome do entrevistador: \_\_\_\_\_

Assinatura do entrevistador: \_\_\_\_\_

Se precisar de algum outro tipo de esclarecimento sobre o estudo, você pode entrar em contato com as pesquisadoras responsáveis:

Pesquisadoras responsáveis:

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Clarissa Mendonça Corradi-Webster

Departamento de Psicologia

Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - USP

(16) 3315.0196

clarissac@usp.br

João Mauricio Gimenes Pedroso

Mestrando do Departamento de Psicologia

Faculdade Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP

(19) 9 9721 5894

psicojoao91@gmail.com

Assinatura do pesquisador responsável: \_\_\_\_\_

Se você quiser mais esclarecimentos referentes aos aspectos éticos da pesquisa, entre em contato:

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto –  
USP, Avenida Bandeirantes, 3900 - bloco 3 - sala 16 - 14040-901 - Ribeirão Preto - SP - Brasil

Fone: (16) 3315-4811 / Fax: (16) 3633-2660

E-mail: [coetp@ffclrp.usp.br](mailto:coetp@ffclrp.usp.br) / homepage: <http://www.ffclrp.usp.br>