

AÇÕES DE REDUÇÃO DE DANOS NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS (CAPS AD): PRESSUPOSTOS E PRÁTICAS

DAMAGE REDUCTION ACTIONS IN PSYCHOSOCIAL CARE CENTER FOR ALCOHOL AND DRUGS (CAPS AD): ASSUMPTIONS AND PRACTICES

Débora Denise Silva Miranda*
Carolina Eidelwein**

RESUMO

O presente artigo é resultado de um estudo que visou identificar e avaliar as ações praticadas em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS ad) à luz dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Redução de Danos (RD). Tais políticas objetivam cuidar de possíveis complicações à saúde associadas ao consumo de substâncias psicoativas sem intervenções na oferta ou consumo, respeitando a liberdade de escolha. Realizou-se uma pesquisa de campo a fim de identificar as ações de redução de danos desenvolvidas nesse âmbito com profissionais de nível médio e superior do CAPS ad por meio de entrevista semiestruturada, posteriormente interpretadas pela análise de conteúdo de Bardin. Foram identificadas as ações de RD realizadas, os entraves e potencialidades nessa prática, os modos de operar e os contatos iniciais com a RD pelos profissionais.

PALAVRAS-CHAVE

Redução de Danos. Saúde Mental.
Serviços de Saúde Mental.

ABSTRACT

This article is the result of a study that aimed to identify and evaluate actions taken in the context of mental health services Alcohol and Other Drugs (CAPS ad) in accordance with the principles of the Unified Health System (SUS) and Damage Reduction (RD). These policies aim to take care of possible health complications associated with the consumption of psychoactive substances without interventions in supply or consumption, respecting freedom of choice. We conducted a field survey in order to identify the damage reduction actions developed in this area with mid-level and upper level CAPS ad professionals through semi-structured interview, later interpreted by Bardin content analysis. We identified the RD shares held, the obstacles and potential in this practice, the modes of operating the RD and the initial contacts with the RD from professionals.

KEYWORDS

Damage Reduction. Mental Health.
Mental Health Services.

*Especialista em Saúde Mental pela Escola de Saúde Pública – SES/RS.

**Mestre em Psicologia Social e Institucional (UFRGS). Especialista em Saúde, Escola de Saúde Pública – SES/RS.

Correspondência

E-mail: *debor.psi@hotmail.com | **carolina-eidelwein@saude.rs.gov.br

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001), cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo consomem abusivamente substâncias psicoativas independentemente de idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo. As singularidades inerentes aos modos de uso, abuso e dependência de drogas no século XXI, bem como a multiplicidade de abordagens e intervenções possíveis no cuidado têm sido um nó no campo da saúde pública. Nesse contexto, o presente artigo objetiva analisar as ações de redução de danos realizadas pelos profissionais do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS ad) no município de Canoas, Rio Grande do Sul.

Para essa análise consideramos os princípios de universalidade, integralidade e equidade, os quais pautam o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecidos na Lei Orgânica de Saúde de 1990 e atravessam todas as políticas e diretrizes de cuidado. Dessa forma, vimos que proporcionar tratamento na atenção primária, garantir o acesso a medicamentos, garantir atenção na comunidade, fornecer educação em saúde para a população, envolver comunidades/famílias/usuários, formar recursos humanos, criar vínculos com outros setores, monitorizar a saúde mental na comunidade, dar mais apoio à pesquisa e estabelecer programas específicos, são práticas que devem ser obrigatoriamente contempladas pela Política de Atenção a Usuários de Álcool e outras Drogas, em uma perspectiva ampliada de saúde (BRASIL, 2003).

No Brasil, a Redução de Danos (RD) foi inserida oficialmente no SUS em 1994, como política estratégica no âmbito da saúde coletiva. Tinha como eixo inicial um

conjunto de práticas voltadas para a prevenção da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e hepatites virais em grupos considerados vulneráveis à transmissão dos vírus pelo compartilhamento das agulhas e seringas contaminadas em situações de uso injetável de drogas.

A RD tornou-se, posteriormente, um método clínico-político realizado por diferentes dispositivos de gestão e atenção que passaram a atualizar tanto os princípios do SUS (universalidade, integralidade e equidade), quanto as diretrizes da política nacional de álcool e outras drogas (transversalidade, clínica ampliada e ação no território) e as funções criadas pela própria RD: gestão comum, corresponsabilidade e cooperação (PASSOS; SOUZA, 2011).

Inseridos nessa lógica de cuidado, consideramos CAPS ad como serviços específicos para o cuidado, atenção integral e continuada às necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas. Os projetos desses serviços, muitas vezes, ultrapassam a própria estrutura física, em busca de uma rede de suporte social, que possa ampliar o sucesso de suas ações, preocupando-se com a pessoa, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana. Esses equipamentos utilizam as estratégias de redução de danos como ferramentas nas ações de promoção à saúde (BRASIL, 2007).

O CAPS AD E A POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL A USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

A Lei Paulo Delgado dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas em sofrimento psíquico e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, porém não menciona explicitamente formas de cuida-

do para pessoas que apresentam problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, e na ausência do estabelecimento de uma clara política de saúde voltada para este segmento, foram surgindo no Brasil diversas “alternativas de atenção” de caráter total, fechado e tendo como único objetivo a ser alcançado a abstinência (BRASIL, 2003).

Os usuários de drogas durante um grande período de tempo foram marginalizados e as ações adotadas tinham cunho meramente punitivo. Na busca do combate ao tráfico os usuários eram criminalizados, a questão não era vista como uma demanda de saúde pelos diversos setores da sociedade.

O tema antes tratado de forma isolada por minorias passa a ter maior destaque com o surgimento da Política de Atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas. O Ministério da Saúde toma para si a responsabilidade de atuar nesse campo promovendo a prevenção, tratamento e reabilitação de modo integral e articulado. Essa decisão atende às propostas que foram enfaticamente recomendadas pela III Conferência Nacional de Saúde Mental, em dezembro de 2001 (BRASIL, 2003).

O cuidado a pessoas que apresentam problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas deve ser ofertado em todos os níveis de atenção, prioritariamente em dispositivos extra-hospitalares no território que eles ocupam. O CAPS ad é um desses dispositivos que tem o papel de articular o cuidado integral em rede desses usuários a partir de suas demandas. Yasui (2010) aponta que o CAPS é meio, é caminho, não fim. É a possibilidade da tessitura, da trama, de um cuidado que não se faz em apenas um lugar, mas é tecido em uma ampla rede de alianças que inclui diferentes segmentos sociais, diversos serviços, distintos atores e cuidadores.

A armadilha possível é reproduzir a exclusão dos usuários nesse espaço, limitando seu plano de cuidado ao espaço físico do Caps, não considerando a riqueza do território na produção de saúde. Nesse sentido, Lancetti (2014) destaca que a maioria dos CAPS não funciona pensando na cidade e em seus problemas mais candentes, e muito menos se preocupa com a diminuição das internações psiquiátricas, dos suicídios, dos homicídios ou de outras formas de violência.

No cuidado de usuários de álcool e outras drogas o foco deve ser o indivíduo e não a substância. É fundamental considerar sua subjetividade, sua história e modos de vida a fim de identificar que cuidado é possível e será aceito por aquele usuário. O acolhimento e o vínculo devem sobrepor o julgamento e a prescrição de modos de vida.

Em todo o mundo, a abordagem terapêutica dentro de uma lógica de redução de danos tem apresentado resultados positivos, e vem assumindo importância considerável no tratamento de usuários de drogas. Desta forma, os CAPS ad devem se utilizar dos recursos terapêuticos disponíveis para promover, o mais amplamente possível, a reabilitação psicossocial e a reinserção social de seus usuários (BRASIL, 2003).

REDUÇÃO DE DANOS: DIMINUIÇÃO DO RISCO E AMPLIAÇÃO DA VIDA

No decorrer dos anos a redução de danos transformou-se em uma estratégia alternativa àquelas pautadas na abstinência apenas, incluindo a variedade de demandas e expandindo as ofertas em saúde para usuários de drogas. Niel e Silveira (2008) enfatizam que essa política, posteriormente, passou a ser utilizada com maior intensidade no desenvolvimento de ações pre-

ventivas e na promoção de saúde junto aos usuários de drogas, em espaços institucionalizados e abordagens de rua.

A redução de danos oportuniza, assim, a escuta do usuário e do uso de drogas que ele faz. Com tais informações é possível pensar modos de reduzir os eventuais prejuízos que o uso das drogas vem acarretando a esse indivíduo, e como apresentar alternativas de uso menos prejudicial à sua saúde. Portanto, a RD não foca sua atuação na substância e na criminalização dos usuários, seu objetivo é proporcionar que os mesmos ocupem o lugar de cidadãos com direito à vida e à saúde, e favorecer práticas de cuidado de si que desenvolvam sua autonomia e protagonismo, a fim de ocupar seus lugares na organização social.

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

A produção histórica do estigma do usuário de drogas como uma figura perigosa ou doente nos permite compreender parte dos problemas que a RD passa a enfrentar quando se torna um método de cuidado em saúde que acolhe as pessoas que usam drogas como cidadãos de direitos e sujeitos políticos (PASSOS; SOUZA, 2011). O desafio no cuidado das pessoas para os profissionais envolvidos é superar a postura de “suposto saber” e construir o plano de cuidado em parceria com o usuário, considerando as reais possibilidades e experiências acumuladas. Cada usuário

tem motivações e padrões distintos para o uso, além do desejo de seguir ou não esse uso. Assim, prescrição de comportamentos e julgamento são estratégias que tendem à frustração do trabalhador e também do usuário. Percebe-se, porém, que as trajetórias acadêmicas e profissionais ainda direcionam as práticas de cuidados desenvolvidas dentro dos CAPS ad para intervenções baseadas no modelo biomédico e moral, em oposição às prerrogativas da atenção à saúde do SUS.

MÉTODO

A abordagem qualitativa do tipo exploratória mostrou-se a mais adequada para desenvolver o estudo e foi escolhida por implicar uma interação entre o pesquisador e o objeto pesquisado. O método da pesquisa qualitativa, que é essencialmente descritivo, está diretamente relacionado aos significados que os atores sociais atribuem às experiências no mundo social e a como eles compreendem esse mundo.

A pesquisa tem caráter exploratório, uma vez que oferece informações sobre o objeto e orienta a formulação de hipóteses. Utilizou-se para a coleta de dados uma entrevista semiestruturada, com questões que permitiram a reflexão do sujeito sobre o tema abordado, com base nas percepções e experiência de cada participante sobre esse, coletando os dados a partir das falas dos sujeitos.

Os participantes foram trabalhadores de nível médio e superior de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad) do município de Canoas. Inicialmente, dois CAPS ad faziam parte da pesquisa, porém no decorrer da mesma, um deles passou por uma reestruturação o que inviabilizou a participação dos trabalhadores. Foram

entrevistados 11 trabalhadores o que representa mais de 30% do total de trabalhadores do CAPS que seria a amostra inicial.

Foram utilizados como critérios de inclusão os trabalhadores que estivessem vinculados há pelo menos um ano no CAPS e aceitassem participar da pesquisa. Foram excluídos desse universo os sujeitos que atuam no CAPS há menos de um ano, assim como os que estavam licenciados ou que não estavam disponíveis para realizar a entrevista no período de coleta de dados.

A coleta de dados foi realizada após apreciação do projeto e autorização documental da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Canoas, através do Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (Numesc), e parecer favorável da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep) e o Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Saúde Pública (1.288.809) observando o aspecto ético-legal da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa com seres humanos.

A análise dos dados foi realizada a partir da transcrição fiel e a leitura geral do conjunto das entrevistas gravadas. A análise dos dados coletados foi embasada na análise de conteúdos de Bardin (2006). A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de investigação que, por meio de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, tem por finalidade a interpretação das mesmas comunicações.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo são apresentadas as categorias obtidas a partir da análise de dados, que originou quatro subtemas: Ações de Redução de Danos, Entraves e Potencia-

lidades na Prática da Redução de Danos, Modos de Operar a Redução de Danos e Conteúdos Aprendidos.

Nas ações de redução de danos foram identificadas como práticas a promoção da qualidade de vida a partir de uma reflexão sobre o uso, acolhimento, interação/reinserção social e o reestabelecimento de vínculos. Os entraves e potencialidades na prática da redução de danos apresentados englobam dificuldades de compreensão da política, conflito subjetivo dos trabalhadores e práticas desarticuladas na rede, facilidade na construção de vínculo, diálogo em equipe e impacto positivo na retomada da vida do usuário.

A categoria que identifica os modos de operar a redução de danos traz à tona o conflito de ideias entre trabalhadores e desconhecimento da política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, porém apesar do conflito está presente o respeito à singularidade e escuta, a prática de pensar o Projeto Terapêutico Singular (PTS) do usuário a partir de sua história e desejos, a equipe trabalha com viés da corresponsabilização, protagonismo e autonomia dos sujeitos.

Os contatos iniciais com a redução de danos dos profissionais do CAPS ocorreram de acordo com a jornada de cada um, o que é comum a todos os trabalhadores é o fato da busca de conhecimento pela temática acontecer por meios próprios e nas atividades de educação permanente realizadas no serviço, as formações acadêmicas em nada contribuíram acerca dessa temática.

Ações de Redução de Danos

Na análise dos discursos dos sujeitos foram percebidas diversas ações identificadas como de redução de danos, a maior parte delas com enfoque na promoção da

qualidade de vida, por meio do acolhimento do usuário no CAPS em modalidades de cuidado distintas (intensivo, semi-intensivo e não intensivo) conforme a necessidade do usuário no momento que acessa o serviço e sua trajetória na produção de saúde.

As ações que eu entendo como de redução de danos, elas ficam na convivência e participarem das atividades que existem aqui é reduzir dano, do que estar ali fora fazendo outras coisas (E4).

Às vezes é um banho, uma comida, uma roupa, tudo isso já dá um conforto para o usuário e, eu acho que reduz o dano, nem que seja o psicológico (E5).

Passos e Souza (2011) destacam que na experiência de gestão da RD que muitos usuários de drogas abandonam ou diminuem o uso de drogas quando experimentam um contexto no qual se sentem acolhidos. O que demonstra que os profissionais inseridos no CAPS ao adotar uma postura acolhedora sem julgamentos conseguem junto aos usuários alcançar resultados positivos a partir da construção de vínculo.

Brasil (2003) conclui que se nas práticas de saúde nosso compromisso ético é o da defesa da vida, temos que nos colocar na condição de acolhimento, onde cada vida se expressará de uma maneira singular, mas também onde cada vida é expressão da história de muitas vidas, de um coletivo.

A redução de danos é uma diretriz que considera o contexto de vida do usuário e suas escolhas, sem julgá-lo com moralismos e preconceitos, buscando formas diferenciadas de produzir saúde.

As falas apontam também para ações que possibilitam interação e reinserção social na ambiência e nas atividades rea-

lizadas no território além do reestabelecimento de vínculos com familiares e sua rede social.

Redução de danos engloba tudo, a fala, a alimentação, o banho, a atividade, o contato com os outros, é a convivência com as outras pessoas, na troca, as experiências, as relações, é que fazem esse movimento de aprendizagem (E2).

Eu acho que também tem a questão dos danos sociais, de poder incluir essas pessoas, aproximar das famílias, resgatar a cidadania, a circulação pela sociedade, a reinserção deles, a questão de trabalho, então eu acho que tem diversas maneiras de reduzir danos, e acho que a maior potência de redução de danos tem a ver com a questão de conseguir não olhar somente para a droga, mas poder olhar para o sujeito, poder pensar em possibilidades de ampliação de vida para o sujeito (E9).

Com essas práticas é possível proporcionar aos usuários a experimentação de outras fontes de prazer e de produção e ampliação da vida. Nesses espaços, os sujeitos são incentivados a buscar por saúde sendo o protagonistas da sua história na luta pela garantia de seus direitos. As diversas formas de redução de danos consistem em inserções na experiência drogada e na expansão de formas coletivizadas de afirmação da vida (LANCETTI, 2014).

A RD prioriza as demandas mais urgentes para a proteção da vida por meio da oferta de respostas eficazes, não pressupõe que a diminuição do uso da droga seja uma prioridade para o acesso aos serviços, o que dificultaria a busca por cuidados de muitos usuários reproduzindo o modelo de exclusão a que estão expostos diariamente.

Entraves e Potencialidades na Prática da Redução de Danos

Os profissionais apresentaram nas falas a dificuldade de compreensão entre os membros da equipe sobre o que é redução de danos. A alegação é de que a diretriz é nova, ampla e pouco diretiva, que possibilita interpretações diversas além de um conflito subjetivo.

Acho que a dificuldade é a subjetividade, o fato de as pessoas pensarem de forma diferente e em alguns momentos ter dificuldade de separar o que é nosso e o que é do usuário (E2).

Eu consigo só vislumbrar as dificuldades, porque as dificuldades são de um entendimento de existirem entendimentos diferenciados do que seja redução de danos, e as pessoas entendem, todos entendem, que estão no caminho certo (E4).

Eu acho que a maior dificuldade está com a questão da aceitação da redução de danos, às vezes é muito mais difícil alguns trabalhadores aceitem do que os próprios usuários (E9).

Muitos têm diferentes opiniões, diferentes abordagens, e quando tu tomas isso como uma postura, às vezes, o outro colega não entende e poder bancar isso, é uma baita dificuldade (E10).

As dificuldades de conciliação entre os profissionais talvez esteja depositada no conflito com questões morais, e padrões dominantes de comportamento presentes na sociedade. Assim Adamy (2014) reflete que a suspensão da moral não é algo que se aprende em algum curso ou em alguma for-

mação, o descolamento das questões morais, presentes em cada um de nós, que diferencia a ética da moral é muito mais uma operação subjetiva do que algo que possa ser passado num espaço de formação.

Os profissionais de saúde estão habituados a serem detentores do saber e a prescrever modos de vida para os usuários, na redução de danos a lógica prescritiva é superada pelo trabalho relacional, onde conhecer o sujeito e pensar propostas de cuidado a partir do seu desejo é essencial.

Conte et al. (2004) destaca que as estratégias de RD abrem possibilidades de diálogo com diferentes instâncias. Permitem dialogar com os profissionais de diferentes áreas, permeando-as e problematizando alguns imperativos construídos a partir de uma visão moralista e repressiva da realidade dos sujeitos, que usam ou abusam do álcool e/ou outras drogas. Na RD, são contempladas a liberdade de escolha e a responsabilidade pessoal.

Ao entrar em contato com os sujeitos, produzir diálogos, possibilitar a criação de um vínculo, temos a oportunidade de auxiliá-lo no planejamento de diversas estratégias que podem oportunizar a ampliação de vida. Nessa produção demandas diversas poderão surgir, e os outros espaços pertencentes à rede de cuidados dos usuários precisam estar aptos a acolhê-los, porém não é o que se identifica no discurso dos trabalhadores.

Encontro muitas dificuldades na articulação com a rede para encaminhar usuários, não existem outros espaços de trabalho e de acolhimento para eles fora daqui (E6).

Eu acredito que a articulação com a rede ainda é um entrave, a gente precisa articular mais esse conhecimento, inclusive convidar os colegas da rede a participar mais dos nossos processos de cuidado (E8).

Para a oferta de um cuidado integral é fundamental que seja realizado um trabalho articulado e alinhado com os serviços que compõem a assistência social, educação, trabalho e emprego, bem como os dispositivos informais presentes na comunidade.

Assim sendo, torna-se imperativa a necessidade de estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais, que tenha ênfase na reabilitação e reinserção social dos seus usuários, sempre considerando que a oferta de cuidados a pessoas que apresentem problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas deve ser baseada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial especializada, devidamente articulados à rede assistencial em saúde mental e ao restante da rede de saúde (BRASIL, 2003).

Por outro lado os discursos destacam as potencialidades de trabalhar na lógica de redução de danos, as falas apontam uma maior adesão ao cuidado e o acesso ao CAPS, a corresponsabilização e o protagonismo no cuidado inauguram um novo modo do usuário se relacionar com a droga e refletir sobre ele.

Facilita o processo de cuidado e também facilita acessar o usuário, criar um vínculo (E1).

Eu encontro muita potência e para mim ela me serve por inteiro nas minhas práticas. Quando eu comecei a trabalhar lá no outro CAPS ainda a me deparar com a questão do uso de drogas eu cheguei nessas duas formas de olhar: uma mais tradicional pelo viés da abstinência, e essa não me cabia porque também não cabia para os sujeitos que ali se apresentavam (E9).

Os usuários que a gente consegue trabalhar nessa lógica de autonomia, deles também se colocar a pensar nessa relação, são os que têm um efeito ou uma produção de saúde mais duradoura. Eles conseguem ficar mais tempo organizados - mesmo que eles estejam usando, eles conseguem manter uma vida sem se destruir ou sem fazer uma relação exclusiva com a droga (E 11).

Pensar os sujeitos de forma ativa no seu processo de cuidado é talvez o diferencial que a redução de danos apresenta diante de outras formas de pensar o cuidado para o usuário de álcool e outras e drogas, a construção de um PTS em conjunto com o usuário, propondo esquemas de proteção sem a exigência da abstinência.

Hoje, o que melhor caracteriza o conceito de redução de danos é a flexibilidade no contrato com o usuário. Significa estabelecer vínculo, facilitar o acesso às informações e orientações, estimular a ida ao serviço de saúde (quando necessário), utilizando propostas diversificadas e construídas com cada usuário e sua rede social (CONTE et al., 2004).

A RD provavelmente gera resultados positivos pelo fato de incentivar o usuário a responsabilizar-se por sua vida e a perceber que a problemática vai além do uso de drogas, e que ele tem uma possibilidade real de (re) fazer sua história de vida e que pode ocupar seu lugar na sociedade como cidadão de direitos e deveres.

Modos de Operar a Redução de Danos

Os discursos apontaram que o modo de operar a redução de danos é pautado no respeito à singularidade e escuta do usuá-

rio, o PTS é construído a partir de sua história de vida e desejos, a equipe trabalha com viés na corresponsabilização e autonomia dos sujeitos.

Eu trabalho com o desejo do usuário, o percurso de vida e história de uso, aqui o cuidado é em liberdade e o PTS facilita algumas coisas (E1).

Reduzir o dano é dizer para o sujeito que ele pode escolher, mas ele tem que bancar suas escolhas (E4).

A gente tem que tentar ver o que é melhor para o usuário, porque os que têm outras comorbidades de fato não devem usar mais, não que a gente vai tentar impedir, eu acho que a gente tem a obrigação de dizer que não é legal ele fazer o uso (E7).

Quando a gente pensa no cuidado a gente trabalha com o projeto terapêutico singular, então ele é com a singularidade do sujeito. Não é nenhum tipo de lógica centrada que vai de encontro ao desejo do usuário, é o que a equipe proporciona enquanto processo de cuidado (E8).

Fica evidente que os trabalhadores apostam nas tecnologias leves, pautadas na relação e no vínculo com o principal instrumento de trabalho. Fonseca e Corbo (2007) asseveram que a organização das práticas de saúde e das relações terapêuticas na produção do cuidado com ênfase nas tecnologias leves possibilita a forma efetiva e criativa de manifestação da subjetividade do outro, a partir dos dispositivos de acolhimento, vínculo, autonomia e responsabilização contidas nessa organização da assistência à saúde.

A RD prioriza as demandas mais urgentes para a proteção da vida por meio da oferta de respostas eficazes, não pressupõe que a diminuição do uso da droga seja uma prioridade para o acesso aos serviços, o que reproduziria a exclusão, vivenciada diariamente pelos usuários nos serviços de saúde por não se encaixarem no modelo de cuidado de saúde ofertado.

O modo de operar da redução de danos é construído no decorrer do percurso, não existem padrões pré-estabelecidos, apenas o compromisso ético com o sujeito que ali se apresenta levando em conta sua liberdade de escolha e sua contribuição na construção de seu PTS. O sujeito sai da condição de paciente que apenas recebe cuidados para a de sujeito ativo na produção de sua saúde.

Nessa construção o contato com a complexidade dos sujeitos gera no trabalhador dúvidas, conflitos e afetos e uma percepção de um desalinhamento no cuidado, pois quando se produz o cuidado voltado para o sujeito e suas particularidades não há a possibilidade de reproduzir um modelo.

Nós trabalhadores não chegamos a um senso comum e nem a uma linha de cuidado (E2).

Eu acho que não há consenso e isso é um limitador, as pessoas ficam numa espécie de queda de braço para mostrar que linha é a mais legal, e a gente precisa transitar em tudo, para todos os lados (E6).

E isso é algo que a gente tem que desconstruir desde a nossa formação de pensar, que é muito singular, é muito subjetivo. A gente não tem modelo que precise ficar repetindo. É um desafio muito grande para os trabalhadores sair do operacional para uma prática mais relacional (E11).

Lancetti (2014) defende que os trabalhadores de saúde que são tomados pelas concepções, posturas e afecções da RD, abrem uma fenda no muro que separa os drogados dos não drogados. E, ao abri-la entram em campo de alta complexidade.

Lidar com a subjetividade tira do foco da intervenção a doença e a droga, os modelos prontos de cuidado não são mais efetivos, pois não dão conta da complexidade da vida. A adoção do conceito e da prática de redução de danos possibilita atuar a partir da novidade em uma lógica que se opõe ao que está pré-estabelecido e padronizado.

A reflexão nos permite atravessar os óbvios costumeiros, o conhecido, a pobreza imitativa. É preciso libertar o cuidado dos dispositivos funcionalistas, produtivistas e fragmentários ainda presentes nas políticas de saúde com o intuito de atender as pessoas que fazem uso de drogas (ROOS, 2011).

Contatos Iniciais com a Redução de Danos

Os contatos iniciais com a redução de danos dos profissionais do CAPS ocorreram de acordo com a jornada de cada um, o que é comum a todos os trabalhadores é o fato da busca de conhecimento por essa temática acontecer por meios próprios e nas atividades de educação permanente realizadas no serviço, as formações acadêmicas em nada contribuíram acerca dessa temática.

Os profissionais têm buscado se capacitar e estudar por conta própria quando se deparam com a necessidade de adotar novas formas de cuidado, pois as que aprenderam não têm produzido os resultados esperados.

A necessidade de potencializar a educação permanente em saúde é identifica-

da nas falas desses profissionais diante da constatação de que a redução de danos é uma temática que não se aborda na formação acadêmica e muito pouco em outros campos de atuação na saúde.

Esse assunto deveria ser abordado novamente [na educação permanente], para mim parece que a busca pelo conhecimento é algo individual ainda mais sobre redução de danos que é um assunto novo (E1).

Aprendo nas nossas atividades, nos nossos grupos. Aqui a gente também tem educação continuada que tem falado de redução de danos, então foi vindo e a necessidade vai fazendo a gente procurar também, e agora a gente tem que buscar porque isso é uma fala constante (E2).

Ouvi falar sobre redução de danos nos CAPS quando eu comecei a trabalhar, por isso é uma coisa nova para mim (E3).

Ceccim (2005) assegura que as consultorias, os apoios, as assessorias quando implementadas têm de ser capazes de organizar a prática de modo que a produção seja possível; elas precisam oferecer-se desde a pedagogia da Educação Permanente em Saúde para que façam sentido na realidade e operem processos significativos nessa realidade.

A articulação da RAPS depende dessa reinvenção das práticas em saúde, para isso urge a construção de projetos de cuidado que se aproximem das reais necessidades dos sujeitos e que sejam executados por profissionais preparados para lidar com a complexidade do cuidado de pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas, que não é de ordem tecnológica e sim subjetiva.

Não aprendi nada, não tinha isso na minha formação sempre foi uma coisa muito execrada a questão do uso e a orientação é que não use e que droga faz mal, era mais e nessa lógica não tinha a questão de redução, assim acho que numa outra lógica de tentar substituir por outras coisas, não no ponto de vista da droga com a droga (E7).

Tu não encontras muitos espaços onde possa pensar essas questões, eu acho que é um tabu para a sociedade, porque a gente não quer falar sobre isso, é muito melhor ser abstinente e não falar sobre isso, do que trabalhar na perspectiva do cuidado (E10).

Enquanto a gente não mudar a lógica das formações não adianta dizer que as pessoas não trabalham com redução de danos. O que as pessoas têm nessa área, é uma formação muito biologicista e focada na dependência química (E11).

Devem ser pensadas e implementadas mudanças relativas à formação de profissionais das diversas áreas de saúde, com a inclusão da redução de danos como diretriz do Ministério da Saúde, para o cuidado de pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas a fim de que o modelo de cuidado essencialmente biologicista e focado na dependência química não seja o único a ser aprendido e reflita, posteriormente, nas práticas dos profissionais com um modelo de cuidado desarticulado dos princípios e diretrizes do SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dessas considerações percebe-se a importância de se aprofundar o conhecimento dos trabalhadores acerca da redução de danos. É notório o potencial da

equipe do CAPS para o cuidado de pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas considerando o vínculo que é estabelecido e o estímulo à autonomia e o protagonismo.

O local das ações deve ser ampliado considerando que ainda acontecem muito centralizadas no espaço físico do CAPS. Para tanto, faz-se necessário a reinvenção das práticas de saúde e a construção de uma rede integrada de cuidados que funcione de fato, evitando que a desarticulação da rede coopere para a exclusão dos usuários.

Ainda é possível perceber um conflito dos trabalhadores ao sentirem que suas ações não seguem um padrão que pode ser reproduzido para os demais usuários, essa ausência gera a reflexão e a invenção de novas práticas que permeiem a valorização da subjetividade, da história de vida e da escuta das reais necessidades dos usuários.

Pode-se verificar, com este estudo, que diversas vertentes e formas de conceber e operar a RD. De uma forma geral a RD nesse CAPS ad é concebida de forma ampliada, percebe-se nas falas que há problematização do fenômeno das drogas para além da dependência química como doença, considerando como um fenômeno amplo, social e complexo.

Entretanto verificou-se ainda alguma resistência em aceitar e compreender a RD na fala de alguns profissionais, o que aponta para a formação profissional e os referenciais utilizados. Nesse sentido há necessidade de desenvolver estratégias para discussão, capacitação e formação em RD.

Para superar concepções e práticas contraditórias e incompatíveis no cotidiano dos profissionais e dos serviços a qualificação técnica e política dos profissionais deve se pautar na ótica da educação permanente. Os distintos atores envolvidos no contexto devem instituir o debate acerca das potencialidades e das dificuldades que

envolvem a construção do cuidado integrado de pessoas que usam drogas, a fim de promover qualidade de vida e garantir o direito à saúde dos usuários.

É oportuno que os profissionais assumam seu protagonismo na direção da garantia do acesso por meio do acolhimento, do vínculo e da corresponsabilização, fortalecendo a proposta da redução de danos e proporcionando a criação de novos caminhos para a prática do cuidado.

REFERÊNCIAS

- ADAMY, P. E. **Das rodas e dos modos de andar a redução de danos**: territórios e margens de um trabalho vivo. 2014. 111 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília, DF, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental no SUS**: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção: relatório de gestão: 2003-2006. Brasília, DF, 2007. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).
- CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface**: comunicação, saúde, educação, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-77, set./fev. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a13.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2015.
- CONTE, M. et al. Redução de danos e saúde mental na perspectiva da atenção básica. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 59-77, jan./jun. 2004.
- FONSECA, A. F; CORBO, A. M. A. (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- LANCETTI, A. **A clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2014.
- NIEL, M.; SILVEIRA, D. X. (Org.). **Drogas e redução de danos**: uma cartilha para profissionais de saúde. São Paulo: Unifesp, 2008.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial da saúde**: saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra, 2001.
- PASSOS, E. H.; SOUZA, T. P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de guerra às drogas. **Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 154-162, jan./abr. 2011.
- ROOS, C. **Ações de redução de danos voltadas para usuários de drogas**: uma revisão integrativa. 2011. 95 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.
- YASUI S, S. **Rupturas e encontros**: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.