

## Resistências dos profissionais da atenção psicossocial em álcool/drogas à abordagem de redução de danos

*Resistance of professionals from psychosocial care services in alcohol/drugs when approaching harm reduction*

*Resistencia de profesionales de la atención psicossocial en alcohol/drogas al enfoque de reducción de daños*

Delza Rodrigues SOUZA<sup>1</sup>; Márcia Aparecida Ferreira OLIVEIRA<sup>2</sup>; Ricardo Henrique SOARES<sup>3</sup>; Andrea DOMANICO<sup>4</sup>; Paula Hayasi PINHO<sup>5</sup>

### RESUMO

**Objetivo:** analisar as resistências opostas pelos profissionais de saúde mental em álcool e outras drogas à implementação efetiva da redução de danos nos dispositivos de atenção psicossocial. **Métodos:** estudo qualitativo e exploratório, realizado com dez participantes, entre agosto e dezembro de 2012, por meio de entrevistas semiestruturadas e adotando-se a hermenêutico-dialética como técnica analítica. Projeto aprovado pelos comitês de ética em pesquisa (CAEE nº 0005.0.196.000-11). **Resultados:** identificaram-se resistências à abordagem de redução de danos pelos profissionais do serviço, consistentes em atitudes inclinadas à psiquiatria tradicional. **Considerações finais:** a redução de danos encontra resistências no curso de sua operacionalização pelo atravessamento de concepções alinhadas ao paradigma anterior, que ainda se interpõem nas práticas institucionais. **Descritores:** Redução do dano; Transtornos relacionados ao uso de substâncias; Pessoal de saúde.

### ABSTRACT

**Objective:** to analyse the resistance opposed by mental health professionals on alcohol and other drugs to the effective implementation of harm reduction in psychosocial care devices. **Methods:** this qualitative and exploratory study was carried out with ten participants from August to December 2012, through semi-structured interviews, and adopted the hermeneutic-dialectic as analytical technique. The Ethics Committee in Research (CAEE No 0005.0.196.000-11) approved the project. **Results:** service professionals, based on the traditional psychiatry attitudes, have identified resistance to harm reduction approach. **Final considerations:** harm reduction faces resistance in the course of its operation by crossing concepts aligned to the previous paradigm, which still stand in institutional practices. **Descriptors:** Harm reduction; Substance-related disorders; Health personnel

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestre em Ciências. Enfermeira no CAPSad. São Paulo, SP, Brasil. delzarodrigues@hotmail.com

<sup>2</sup> Enfermeira. Livre Docente em Enfermagem. Professora Associada da Escola de Enfermagem da Universidade São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. marciaap@usp.br

<sup>3</sup> Psicólogo, Bacharel em Direito. Mestre em Ciências. Oficial de Justiça no Tribunal de Justiça de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. rhoares@usp.br

<sup>4</sup> Psicóloga. Doutora em Ciências Sociais. Professora Doutora da Universidade Federal de São Paulo. Santos, SP, Brasil. andreadomnico@gmail.com

<sup>5</sup> Psicóloga. Doutora em Ciências da Saúde. Professora Doutora da Universidade Federal de São Paulo. Santos, SP, Brasil. paulapinho@usp.br

## RESUMEN

**Objetivo:** analizar la resistencia opuesta por los profesionales de salud mental en alcohol y otras drogas para la aplicación efectiva de reducción de daños en los dispositivos de atención psicosocial. **Métodos:** estudio cualitativo y exploratorio con diez participantes entre agosto y diciembre de 2012, a través de entrevistas semiestructuradas, y la adopción de la hermenéutica-dialéctica como técnica analítica. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación (CAEE Sin 0005.0.196.000-11). **Resultados:** la resistencia se ha identificado para dañar enfoque de reducción por los profesionales del servicio, en función de las actitudes tradicionales de psiquiatría. **Consideraciones finales:** la reducción de daños se enfrenta a la resistencia en el curso de su funcionamiento mediante el cruce de conceptos alineados con el paradigma anterior, que aún se mantienen en las prácticas institucionales.

**Descriptores:** Reducción del daño; Transtornos relacionados con sustancias; Personal de salud.

## INTRODUÇÃO

A eleição da Redução de Danos (RD) pela política nacional de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas<sup>1</sup>, como abordagem terapêutica a usuários de álcool e outras drogas, nos serviços de atenção psicosocial, de base comunitária, repercute conquistas e desafios no âmbito da assistência a pessoas em sofrimento mental, decorrente do uso de substâncias psicoativas.

A partir da edição, em 2005, de política nacional<sup>2</sup> de fomento para ações de RD nos Centros de Atenção Psicosocial álcool e outras drogas (CAPSad), as conquistas obtidas com sua adoção, como princípio norteador da assistência oferecida nesses serviços, estão relacionadas à implementação de uma política de drogas democrática, na medida em que a RD vem se consolidando como um movimento nacional, construído pelos profissionais dos serviços e pelos seus usuários, em um ambiente de corresponsabilização pelas tarefas de cuidado, uma vez que reduzir os danos importa ampliar a oferta de assistência, em um ambiente participativo.<sup>3</sup>

Em relação aos desafios atinentes à inserção das ações de RD nos serviços de atenção psicosocial em álcool e drogas, observa-se que ao longo de sua história e construção, a RD passou por períodos de não aceitação, resistência e afirmação. Diversos motivos são citados para explicar as dificuldades de sua implementação como prática efetiva e legítima no campo das drogas: iniciam-se questionamentos em relação à dependência química enquanto doença; tipos de uso e direito; respeito às escolhas individuais; e, principalmente, em relação às formas de assistir os usuários de álcool e outras drogas.<sup>4</sup>

Este estudo teve por objetivo analisar as possíveis resistências opostas à abordagem de RD pelos profissionais de um CAPSad, com vistas a contribuir com o debate alusivo à RD, em face do uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas.

## MÉTODOS

A presente pesquisa é parte da dissertação de mestrado acadêmico<sup>2</sup>, que se dirigiu à análise das concepções

dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad) à respeito da RD, mediante abordagem qualitativa.

A pesquisa, devidamente registrada no Sistema Nacional de Informações sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (SISNEP) sob CAAE nº 0005.0.196.000-11, recebeu a devida aprovação.

Os dados foram coletados entres os meses de agosto e dezembro de 2012, por meio de entrevistas semiestruturadas, com dez profissionais do CAPS ad II Santana, do Município de São Paulo (SP), escolhidos intencionalmente (critério não-probabilístico) e que aceitaram livremente participar do estudo.

Colaboraram com a pesquisa, tanto profissionais de nível médio (auxiliar de enfermagem, oficineiro), como de nível superior, das várias funções do serviço (assistente social, terapeuta ocupacional, enfermeiro, médico clínico, médico psiquiatra, psicólogos e o gerente do serviço).

Com o escopo de preservar a identidade dos 10 participantes do estudo, suas respectivas falas foram referenciadas pela letra C (abreviação de colaborador), seguida do número (de 1 a 10) em que eles foram entrevistados.

As entrevistas semiestruturadas, que se constituem como procedimento de coleta de dados através de quem vivencia determinada realidade,<sup>5</sup> contiveram o seguinte roteiro de questões: 1. O que é Redução de Danos para você? 2. O que você considera como melhora para as pessoas que frequentam este serviço?

A técnica de análise, aplicada para o tratamento dos dados, consistiu na análise hermenêutico-dialética, referida por Minayo<sup>5</sup>, que almeja compreender as razões pelas quais o autor de um relato o apresenta de determinada maneira e não de outra.

A mesma autora<sup>5</sup> explica que o pesquisador tem que clarificar, para si próprio, o contexto vivido pelos entrevistados, devendo sempre supor que as falas destes são providas de racionalidade e responsabilidade. De modo que assim, o pesquisador poderá entender porque os sujeitos das falas acreditam em uma dada situação social ou valorizam certas normas e atribuem ações ou responsabilidades a determinados atores sociais.

## RESULTADOS

Com o escopo de identificar expressões empíricas acerca da categoria analítica “concepção de RD” (por profissionais de um serviço de atenção psicossocial em álcool e drogas), a pesquisa<sup>4</sup> da qual o presente artigo é um recorte, revelou quatro categorias empíricas: dificuldade em classificar a gravidade do consumo; a droga para encobrir as necessidades de grupos sociais desfavorecidos; a droga como necessidade de todas as classes nos tempos atuais; e formas da RD de trabalhar com o consumo.

Na categoria “formas da RD de trabalhar com o consumo”, foram identificadas, nas falas dos participantes, formações discursivas que expressaram resistências relativas ao paradigma da RD.

Os depoimentos revelaram atitudes inclinadas à assistência psiquiátrica tradicional:

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

As falas dos profissionais também revelaram atitudes ambivalentes em relação aos paradigmas assistenciais da RD e da psiquiatria clássica:

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

O material empírico revelou, ainda, o estabelecimento de uma controvérsia existente entre os membros da equipe em função das atitudes de ambivalência:

*Pelo contrário, às vezes a gente vê colegas com uma postura em relação às drogas leves, tidas como leves, uma postura tão equivocada ou tão preconceituosa, estigmatizada quanto com as outras drogas (C10).*

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

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

*Às vezes a condição social implica em sofrimentos diferentes para as pessoas mesmo que seja para isso a droga tem uma função baseada na necessidade, então é nesse sentido quando você pensa nisso para um serviço para um CAPS AD você tem que desenvolver essa perspectiva, as pessoas não estão prontas, elas estão numa sociedade que pensa todas essas formas, você tem que trabalhar uma equipe (C09).*

## DISCUSSÃO

Identificaram-se atitudes ambivalentes nos depoimentos dos participantes, provocando polêmica entre os próprios profissionais do serviço, os quais, embora engajados em um serviço de saúde norteado, “a priori”, pelo paradigma da RD, oscilaram em alguma ordem para discursos próprios da psiquiatria tradicional, que trata da relação entre o médico e o paciente (doença); que é centralizada, basicamente, no

tratamento das doenças; e que não desenvolve o serviço em rede territorial, restringindo o serviço à sede da instituição.<sup>6</sup>

Essa lógica de ambiguidade discursiva manifestada pelos profissionais em relação à RD nos remete ao que preconiza Saraceno<sup>7</sup>, quando nos adverte acerca de que os manicômios e sua lógica não estão na arquitetura dos espaços, nos lugares abertos ou fechados, mas nas cabeças dos sujeitos envolvidos.

Referindo-se tanto aos usuários quanto aos profissionais do serviço, o mesmo autor<sup>7</sup> nos leva a refletir sobre o atravessamento da cultura manicomial, que perdura nas instituições, nas atitudes e nos comportamentos das pessoas.

A Reforma Psiquiátrica brasileira, como processo de transformação do modelo psiquiátrico clássico, propõe a desconstrução da realidade manicomial para além do sentido arquitetônico do termo, almejando transformações de toda uma cultura manicomial.<sup>8</sup>

A Reforma Psiquiátrica tem, como um de seus principais pilares, a desinstitucionalização, cujo conceito transcende o processo administrativo (de fechamento dos hospitais psiquiátricos) para um processo ético, de desconstrução dos “manicômios mentais”.<sup>9</sup>

Estudo<sup>10</sup> acerca da representação social de desinstitucionalização com profissionais de saúde mental apreendeu que o conceito está associado aos CAPS, nos quais o tratamento é indissociável do contexto social. Contudo, evidências<sup>11</sup> demonstram que as estratégias de RD,

embora tidas como irrefutavelmente eficazes como modelo de tratamento do uso de drogas, são atualmente temidas e subutilizadas na sociedade brasileira.

Observa-se o medo e o preconceito dos profissionais de saúde frente à temática; a abordagem de RD constitui-se como fator polêmico para a sociedade e para os profissionais de saúde, havendo dificuldades para a comunidade aceitar a intervenção de RD, sob a alegação, por exemplo, de que “em sua região, não há usuários de substâncias psicoativas e que, se estão ali, é devido à disponibilidade dos kits de redução de danos” (p. 86).<sup>12</sup>

A redução de danos é tida pelos profissionais como práticas cotidianas orientadas por explicações que oscilam entre argumentos científicos e pensamentos do senso comum, procurando, ao mesmo tempo, explicações em torno de estratégias de redução de danos e de abstinência. Os profissionais convivem com ambiguidades nas práticas relativas à RD, na medida em que articulam ideias a respeito das drogas como algo que provoca prejuízos, ao mesmo tempo em que destacam a possibilidade de convivência com as drogas ao adotar estratégias de redução de danos.<sup>13</sup>

Em uma instituição militar para dependentes químicos, por exemplo, alguns usuários de substâncias psicoativas entrevistados relataram a existência de certa resistência por parte da equipe de profissionais quando manifestaram despreparo para a manutenção da abstinência e pretendiam apenas o controle do uso das substâncias, focando na redução de transtornos associados.<sup>14</sup>

Em outro exemplo, em 2011, foi desenvolvido no Estado do Rio Grande do Sul um projeto de desintoxicação de pessoas dependentes de substâncias psicoativas em situação de privação de liberdade.<sup>15</sup> O projeto foi rigidamente centrado na lógica da abstinência total, sendo proibidas as recaídas ao uso de drogas. Os participantes foram constantemente submetidos a exames de urina com vistas a comprovar a abstinência, sob pena de serem excluídos do projeto. As recaídas eram tidas como desvios individuais e sujeitas à punição, reforçando a lógica da abstinência e desconsiderando as causas da recaída, que foram atribuídas ao fracasso dos indivíduos no seu compromisso de se manter abstinente.

Ainda conforme estudo sobre esse projeto<sup>15</sup>, as resistências à RD não foram opostas exclusivamente pelos presos, mas também pelos médicos participantes, que demonstraram dificuldades em seguir o modelo de RD no cárcere. O estudo concluiu que medidas de RD enfrentam resistência de vários atores envolvidos, incluindo-se os próprios detentos.

A mudança de paradigmas, portanto, configura-se em um processo de transformação, baseado nos modos de subjetivação e na forma de contemplar as diversidades das escolhas e maneiras de enfrentar os problemas cotidianos.<sup>14</sup>

Verifica-se em algumas falas dos participantes, que o processo de transformação de paradigmas, portanto, é permeado por atitudes e pensamentos derivados de concepções acerca do normal e do patológico, que se traduzem na reprodução dos mesmos recursos terapêuticos

empregados ao longo da história das práticas psiquiátricas, ou seja, de tratamentos baseados nas disciplinas e no trabalho (tratamento moral pineliano), como meios de tratamento e indicação de cura. Essas atitudes e pensamentos não são condizentes com os programas de RD, que são entendidos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas.<sup>16</sup>

A proposta da RD, que integra o modelo de atenção psicossocial, apesar de possuir bases consolidadas, depende do engajamento das pessoas, mormente dos profissionais do serviço, que tem sido insuficiente. Esse comprometimento insuficiente pode ser compreendido pela formação dos profissionais, geralmente regida pelo modelo biomédico e baseada em um método cartesiano de especialidades, que se expressa na dificuldade em se manter relações horizontais com os usuários; no desinteresse em atuar na comunidade; e no prejuízo do exercício profissional interdisciplinar no serviço.<sup>17</sup>

A efetiva atuação interdisciplinar da equipe multiprofissional do serviço assegura um cuidado plural ao usuário, que representa o denominador comum na conjugação de diversas disciplinas e práticas assistenciais, conduzindo o serviço na direção da integralidade. A atuação interdisciplinar demanda uma composição organizacional capaz de gerenciar os problemas oriundos da pluralidade de saberes e práticas, tais como: dificuldades na comunicação, demarcação das fronteiras profissionais e nas assimetrias entre as disciplinas.<sup>18</sup>

Além dessas dificuldades enfrentadas na tarefa de desenvolver ações em RD, estudo<sup>19</sup> realizado por

profissionais que participaram da implantação de um programa de redução de danos relataram a falta de suporte da rede de serviços; a falta de locais de tratamento; os riscos aos quais eles estão expostos em campo, devido à ilegalidade do uso de droga; a falta de regulamentação da profissão dos agentes redutores de danos; entretanto, afirmam que o vínculo formado com os usuários e a percepção de mudança da qualidade de vida deles, motiva a continuidade do trabalho com ações de RD.

A consolidação do modelo psicossocial e, conseqüentemente, a RD, envolve a ruptura de resistências silenciosas representadas por atitudes e ações de profissionais ainda não sensibilizados com a abordagem e que, apesar de atuarem em serviços regulamentados nesse modo de atenção, acabam reproduzindo o modelo psiquiátrico tradicional, centrado no diagnóstico médico, desconectado das condições sociais e tendo a abstinência como meta única de tratamento.<sup>17</sup>

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção psicossocial em álcool e drogas encontra resistências em face da adoção das medidas de RD. Os profissionais do serviço apresentaram atitudes ambivalentes, as quais, em geral, constituíram-se na oposição entre RD e abstinência.

O modelo de atenção baseado na RD não é contrário à abstinência, uma vez que a renúncia ao uso de substâncias psicoativas integra uma dentre diversas outras possibilidades no tratamento alicerçado na RD. É possível que os profissionais, ao

falarem acerca da RD, não estejam devidamente apropriados a respeito de seu repertório estratégico, ensejando, por conseguinte, as ambigüidades apontadas neste estudo.

Tratando-se de modelo substitutivo, neste estudo, observou-se que o modo psicossocial de atenção em álcool e drogas e, especificamente a RD, encontram resistências no curso de sua operacionalização, sendo permeados por atitudes e pensamentos enviesadas pelo paradigma anterior.

O estudo, contudo, possui limitações em função de apoiar-se em dados de 2012, reforçando a necessidade de discutir a temática por meio de dados secundários atuais.

Ao apresentar as considerações acerca das resistências dos profissionais da atenção psicossocial em álcool e drogas à abordagem de RD, este estudo, com efeito, constitui-se como eixo de elaboração de reflexões críticas entre os próprios profissionais envolvidos, contribuindo para demonstrar que a consolidação e desenvolvimento do paradigma da RD é atravessado por concepções alinhadas ao paradigma anterior, que ainda se interpõem nas práticas institucionais e que tais resistências por eles opostas, em última instância, arrefecem o próprio exercício da cidadania dos usuários dos serviços.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Coordenação Nacional de DST/Aids. A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília; 2003.

2. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.059 de 04 julho de 2005: Destina incentivo financeiro para o fomento de ações de redução de danos em Centros de Atenção Psicossocial para o Álcool e outras Drogas - CAPSad - e dá outras providências. Brasília; 2005.
3. Passos EH, Souza TP. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. *Psicol soc.* 2011;23(1):154-62.
4. Souza DR. Redução de danos: análise das concepções dos profissionais de um centro de atenção psicossocial álcool e outras drogas [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2013.
5. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo: Hucitec; 2015.
6. Soares RH, Oliveira MAFd, Leite KC, Nascimento GCG. Medidas judiciais atinentes à atenção em saúde mental de adolescentes em conflito com a lei. *Interface comun saúde educ.* 2017;21(60):123-31.
7. Saraceno B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Belo Horizonte: Te Corá; 1999.
8. Muniz MP, Tavares CMM, Abrahão AL, Souza AC. A assistência de enfermagem em tempos de reforma psiquiátrica. *Rev port enferm saúde mental.* 2015;(13):61-5.
9. Balbinot AD. Processo de desinstitucionalização da prática e desospitalização em hospital psiquiátrico: estudo de caso. *Saúde debate.* 2016;36(93):282-9.
10. Costa JP, Jorge MSB, Coutinho MPL, Costa EC, Holanda ITA. A reforma psiquiátrica e seus desdobramentos: representações sociais dos profissionais e usuários da atenção psicossocial. *Psi saber soc.* 2016;5(1):35-45.
11. Morera JAC, Padilha MICS, Zeferino MT. Políticas e estratégias de redução de danos para usuários de drogas. *Rev baiana enferm.* 2015;29(1):76-85.
12. Tisott ZL, Hildebrandt LM, Leite MT, Martins RV, Cosentino SF. Álcool e outras drogas e a implantação da política de redução de danos no Brasil: revisão narrativa. *Revista de atenção à saúde.* 2015;13(43):79-89.
13. Mota VL. Representação social da redução de danos para profissionais que atuam pelo programa mais vida da cidade do Recife [dissertação]. Recife: Univerdiade Federal de Pernambuco; 2012.
14. Gomes AMS, Abrahão AL, Silva APA. Redução de danos numa instituição militar de recuperação de dependentes químicos: desafios e possibilidades. *Rev pesqui cuid fundam.* 2015;7(4):3479-86.
15. Lermen HS, Dartora T, Capra-Ramos C. Drogadicão no cárcere: questões acerca de um projeto de desintoxicação de drogas para pessoas privadas de liberdade. *Estud pesqui psicol.* 2014;14(2):539-59.
16. Queiroz IS. Os programas de redução de danos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas. *Psicol ciênc prof.* 2001;21(4):2-15.
17. Souza J, Kantorski LP, Gonçalves SE, Mielke FB, Gualalupe DB. Vínculos e redes sociais de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas sob tratamento em CAPS

AD. SMAD, Rev eletrônica saúde mental álcool drog. 2006;2(1).

18. Vasconcellos VC. Trabalho em equipe na saúde mental: o desafio interdisciplinar em um CAPS. SMAD, Rev eletrônica saúde mental álcool drog. 2010;6(1):1-16.

19. Al Alam MCL, Goulart GL, Cruz VD, Silva PM, Campos RZ, Oliveira MM. Relato de experiência do Programa de Redução de Danos de Pelotas/RS. J nurs health. 2012;2:258-64.

Data da submissão: 2016-08-28

Aceito: 2016-12-20

Publicação: 2017-04-12