

Sentidos da “Redução de Danos” nos CAPS AD do Distrito Federal: entre o “escopo ampliado” e traduções conservadoras

Maria Paula Santos¹

Roberto Rocha Coelho Pires²

Resumo

Este artigo analisa os sentidos conferidos à categoria “*redução de danos*”, pelos profissionais do cuidado que atuam em CAPS AD do Distrito Federal (Brasil); e nas práticas assistenciais que os mesmos desenvolvem, a partir destes sentidos. Baseado em pesquisa de campo nos sete CAPS AD do DF, e em entrevistas com seus profissionais e gestores, o estudo busca, de um lado, qualificar as dificuldades de compreensão do conceito, mencionadas pelos interlocutores; e de outro, discutir as implicações destas dificuldades para a realização dos objetivos mais amplos da política do Ministério da Saúde para atenção a Usuários de Álcool e outras drogas, instituída em 2002. Orientado por uma perspectiva de análise própria do campo dos estudos sobre implementação de políticas públicas, o artigo pretende contribuir para o aprofundamento da compreensão sobre os desafios envolvidos na implementação desta política específica.

Palavras-chave: *drogas; saúde; CAPS AD.*

Harm Reduction meanings in Federal District’s CAPS AD: between scope extension and conservative translations

Abstract

This article analyzes the meanings given to the category “harm reduction”, by the care professionals who work at CAPS AD in the Federal District (Brazil); and the care practices that they develop, based on these senses. Based on field research in the seven CAPS AD in DF, and on interviews with its professionals and managers, the study seeks, on the one hand, to qualify the difficulties in understanding the concept, mentioned by the interlocutors; and on the other, to discuss the implications of these difficulties for the realization of the broader objectives of the Ministry of Health’s policy for the care of Users of Alcohol and other drugs, instituted in 2002. Guided by a perspective of analysis specific to the field of studies on the implementation of public policies, the article intends to contribute to a deeper understanding of the challenges involved in the implementation of this specific policy.

Keywords: *drugs; health; CAPS AD.*

1 Técnica de Planejamento e Pesquisa do Instituto de Pesquisa Econômica aplicada- IPEA. Doutora em Ciência Política pelo Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro - IUPERJ

2 Técnico de Planejamento e Pesquisa do Instituto de Pesquisa Econômica aplicada- IPEA. Doutor em Ciência Política pelo Massachusetts Institute of Technology - MIT

3 Os autores gostariam de agradecer Luiza Gomes Luz Rosa que atuou como assistente de pesquisa em todas as etapas do projeto.

Introdução³

Até finais do século XX, as aflições decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no Brasil, não haviam sido objeto de política assistencial específica do Ministério da Saúde (MS). Computavam-se, até então, algumas iniciativas esparsas do antigo Conselho Federal de Entorpecentes – Confen (anos 1980 e 1990); e de alguns estados e municípios (MACHADO e MIRANDA, 2007; PETUCO, 2019). No âmbito da oferta privada de serviços de saúde, os cuidados a pessoas afetadas por problemas relacionados ao uso destas substâncias eram oferecidos em hospitais e clínicas psiquiátricas e em Comunidades Terapêuticas, geralmente por meio de internações de média a longa permanência. Contava-se, ainda, com grupos de ajuda mútua, tais como os Alcoólicos Anônimos (AA) e Narcóticos Anônimos (NA) (VAISSMAN et al., 2008). Todos estes recursos tinham como principal estratégia a suspensão imediata do uso de substâncias por sua clientela.

A partir do *Programa Nacional de Ação Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas* (MS, 2002a)⁴, lançado pelo Ministério da Saúde (MS), em 2002; e da política do mesmo ministério para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas (MS, 2003), o Ministério instituiu novo modelo de assistência a estas pessoas, no âmbito da área de Saúde Mental. Tal modelo se pauta nos mesmos princípios que orientaram a Reforma Psiquiátrica, instituída em 2001 no país⁵: cuidado em liberdade, por uma rede de serviços territoriais – evitando-se, assim, as internações de longa permanência; e atenção psicossocial – a qual, para além do corpo (ou do *cérebro*) dos sujeitos atendidos, incide também sobre sua inserção social (COSTA-ROSA, 2002; AMARANTE, 2007).

Ao lado destas diretrizes, aquele *Programa*

adotaria ainda, como orientação para o cuidado, a chamada *lógica da redução de danos* – abordagem que privilegia a promoção da saúde e o engajamento dos usuários de álcool e outras drogas (UAD) em práticas de autocuidado, ao invés de focar apenas no uso dessas substâncias⁶. Como ponto estratégico deste programa foram instituídos os Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS AD), equipamento articulado à rede de saúde e a outros serviços sociais. Esta se constituiria na primeira iniciativa brasileira a romper com o primado da abstinência, como principal objetivo do cuidado a pessoas afetadas pelo uso de álcool e outras drogas.

Ao longo das quase duas décadas que se seguiram à sua institucionalização, esta política seria implementada em todo o território nacional, em colaboração com estados e municípios, por meio do Sistema Único de Saúde. Não obstante, a oferta de cuidados ancorados em internação e abstinência de substâncias ainda persiste em instituições privadas (clínicas privadas e Comunidades Terapêuticas), demonstrando a falta de consenso, no campo, acerca da “melhor” terapêutica para os casos de uso abusivo de drogas. No cerne deste dissenso tem estado a recomendação de uso da estratégia de redução de danos.

Por outro lado estudos e avaliações, sobre a implementação dos CAPS AD em diferentes partes do país, têm apontado dificuldades de compreensão e de adesão à ideia de redução de danos, seja por atores políticos responsáveis pela condução das políticas sobre drogas (Conselhos e gestores locais de políticas de drogas), seja por parte de profissionais do cuidado (RAMOA, 2005; PEREIRA, 2009; WORCKMAN et al., 2019).

Em função deste quadro, o presente artigo investe na análise dos sentidos conferidos à categoria *redução de danos*, pelos profissionais

4 Por meio da portaria GM/MS Nº 816/2002.

5 Pela Lei 10.216/2001 que “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.” (BRASIL, 2001).

6 A abordagem da Redução de Danos foi regulamentada pela Portaria nº 2.197/2005, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005). O conceito de redução de danos e sua utilização nos serviços de atenção a usuários de drogas do SUS serão tratados em maior profundidade mais adiante, neste artigo

do cuidado que atuam em CAPS AD do Distrito Federal; e nas práticas assistenciais que os mesmos desenvolvem, a partir destes sentidos. Baseado em pesquisa de campo nos sete CAPS AD do DF e em diversas entrevistas com seus profissionais e gestores, este estudo busca, de um lado, qualificar as referidas “dificuldades de compreensão”; e de outro, dimensionar suas implicações para a realização dos objetivos mais amplos anunciados pela política do MS de atenção a UAD, instituída em 2002.

Orientado por uma perspectiva de análise referida ao campo dos estudos sobre *implementação de políticas públicas*, este artigo pretende contribuir para melhorar a compreensão dos desafios envolvidos nesta política específica. Sendo assim, sua primeira seção trata da evolução da categoria *redução de danos* e sua incorporação à política do Ministério da saúde para AD, de 2003. A seção II faz uma breve exposição da abordagem teórica e das estratégias metodológicas utilizadas, tanto no levantamento quanto na análise dos dados. As seções III, IV e V trazem a análise dos discursos e das práticas dos profissionais entrevistados, sobre o tema da *redução de danos*. Por fim, a seção VI discute os achados e apresenta conclusões preliminares da pesquisa.

As diretrizes da Política de Atenção a usuários de Álcool e outras Drogas (2002) e a “lógica da Redução de Danos”

A *Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas*, instituída no início da década de 2000 (MS, 2002 e 2003), organiza-se segundo princípios análogos aos da política de saúde mental definida a partir da Reforma Psiquiátrica brasileira (Lei 10.216 de 2001). São eles: a) *desospitalização*, em que o *lócus* do cuidado passa a ser uma rede de serviços comunitários, em vez de instituições asilares fechadas (AMARANTE, 2002; 2007); b) *atenção psicossocial*, que considera as diversas dimensões

da experiência vivencial dos sujeitos cuidados, em suas interações sociais, e não apenas o seu “organismo” (AMARANTE, 2007; COSTA-ROSA, 2002).

A estes princípios e diretrizes, a política de atenção a UAD incorporaria ainda a *lógica ampliada da redução de danos* (MS, 2003). Assim, as unidades de atenção a estas pessoas

(...) devem fazer uso deliberado (...) da *lógica ampliada de redução de danos*, realizando uma procura ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas, de forma integrada ao meio cultural e à comunidade em que estão inseridos (...) (MS, 2003, p. 6, grifos nossos).

uma vez que

A dependência de drogas é transtorno em que predomina a heterogeneidade, (...) que afeta as pessoas de diferentes maneiras, por diferentes razões, em diferentes contextos e circunstâncias” (MS, 2003, p. 8).

E o que seria, afinal, esta lógica? As primeiras experiências de Redução de Danos (RD) se destinavam ao controle da transmissão de HIV/AIDS entre usuários de drogas injetáveis (UDI) e consistiam, essencialmente, da troca das seringas usadas, promovidas pelas próprias autoridades sanitárias, com vistas a conter a propagação da epidemia do vírus, neste grupo populacional. Adotada em diversos países europeus nas décadas de 1970 e 1980, com significativo sucesso, esta estratégia foi incorporada ao Programa Nacional de DST/AIDS, do MS brasileiro, a partir de 1994⁷. Com o apoio do Ministério, disseminaram-se, por cerca de dez anos, grupos de RD pelo país, por meio de organizações não governamentais, mas com financiamento público, o que contribuiu para o reconhecido êxito da política brasileira de combate à AIDS (FERREIRA, 2018).

Ao longo do tempo, o financiamento aos grupos de RD foi escasseando⁸, mas a estratégia

7 Para um bom relato da história da RD no Brasil, ver Passos e Souza(2011).

8 Sobre o percurso dos programas de redução de danos ver Souza (2007); e Passos e Souza (2011).

já havia assumido objetivos mais amplos, de promoção da saúde e da cidadania das pessoas usuárias de drogas (PETUCO, 2019). Segundo Petuco (2019), o encontro da RD com a saúde mental – selado na *Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas* (2003) – teria se dado a partir da busca dos próprios profissionais de saúde, por abordagens mais pragmáticas e menos traumáticas (como a internação com abstinência imediata) para tratar UAD.

Contudo, ao ser transposta para a política de saúde para UAD, a RD acabou por se tornar uma categoria polissêmica e objeto de disputas (FIORE, 2006). Assim, conforme colocado por Ferreira (2018), a RD na Saúde Mental não pode ser tomada como um protocolo de práticas, ou um guia para a ação clínica, mas como expressão de uma “*ética do cuidado*”, uma “*abordagem clínico-política*” (MS, 2003), que “*busca valorizar os próprios saberes e as experiências dos sujeitos que fazem uso de drogas e possibilitar que eles sejam cogestores (cogestão entendida como compartilhamento de poder) dos processos de produção da saúde*”. (FERREIRA, 2018, p. 74). No texto da Política (MS, 2003), a tradução mais direta do conceito é:

estratégia de saúde pública que visa a reduzir os danos causados pelo abuso de drogas lícitas e ilícitas, resgatando o usuário em seu papel autoregulador, sem a preconização imediata da abstinência e incentivando-o à mobilização social (...) um método clínico político de ação territorial inserido na perspectiva da clínica ampliada (MS, 2003, p. 25).

Ao longo do tempo, a não “*preconização imediata da abstinência*” tornou-se a característica mais notória da RD, o que favoreceu a propagação de um significado instrumental do conceito, que se define por contraste com as abordagens que adotam exclusivamente a abstinência (FIORE, 2006; SOUZA, 2007; PETUCO, 2019). Com frequência, a expressão *redução de danos* aparece, em discursos orais e escritos, como o inverso de abstinência, acabando por sugerir a audiências

menos atentas que, no âmbito da política do Ministério da Saúde para AD, haveria uma oposição entre os dois termos. Diferentemente, o texto da Política apenas argumenta que “*a abstinência não pode ser o único objetivo a ser alcançado*” (MS, 2003, p. 11) na assistência a UAD, nem “*a única meta possível e viável*”. Ademais,

(...) uma política de saúde que seja coerente, eficaz e efetiva deve ter em conta que as *distintas estratégias são complementares e não concorrentes, e que, portanto, o retardo do consumo de drogas, a redução dos danos associada ao consumo e a superação do consumo são elementos fundamentais para sua construção* (MS, 2003, p. 9). [destaques nossos].

Neste contexto, a RD se mostra “*promissora*” para o Ministério

Porque reconhece cada usuário em suas singularidades, traça com ele estratégias que estão voltadas não para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida (MS, 2003, p. 11).

Importante destacar, neste excerto, a indicação de uma dimensão que ganhou especial valor no paradigma de política de Saúde Mental introduzido pela Reforma Psiquiátrica, conforme indicado anteriormente: o resgate da autonomia do paciente (ou *usuário* dos serviços de saúde) e de seu protagonismo nas decisões que concernem ao seu tratamento.

Abordagem teórico-metodológica: o papel transformador dos agentes de implementação

Este estudo orientou-se por uma indagação típica das pesquisas sobre implementação de políticas públicas, qual seja: como políticas concebidas, em geral, nos gabinetes do Estado, são efetivamente postas em prática localmente, e recepcionadas por aqueles a quem são endereçadas?

Conforme a literatura deste campo, políticas e programas podem apresentar resultados

diferentes daqueles que foram inicialmente previstos (PRESSMAN e WILDAVSKY, 1973), porque leis e decisões políticas não são executadas tal como planejadas, de forma direta, mecânica ou automática. Muito pelo contrário, processos de implementação se apresentam como momentos de criação e transformação (MAJONE e WILDAVSKY, 1984). Mais do que um agregado de atos administrativos, técnicos ou operacionais sem relevância, a implementação de políticas é um momento de muita atividade política (BRODKIN, 1990), uma vez que, fundamentalmente, diz respeito a questões, conflitos e decisões sobre quem recebe o quê e como (NAKAMURA e SMALLWOOD, 1980; THOMAS e GRINDLE, 1990).

Compreender como ocorrem essas transformações e quais seus possíveis efeitos para a políticas e seus públicos requer, por sua vez, a observação de operações, processos e atos ordinários que dão concretude às políticas, e preenchem o cotidiano da atividade governamental. Neste sentido, os estudos de implementação voltam-se, com frequência, para a tentativa de compreender o *ethos* das organizações e seus grupos profissionais, a construção de representações e de práticas cotidianas pelos agentes, bem como os valores e normas sociais mobilizados para sua legitimação (CAVALCANTI et al., 2019).

Uma das principais vertentes da literatura sobre implementação enfatiza os papéis desempenhados pelos agentes de implementação, suas crenças, comportamentos e práticas cotidianas (HILL e HUPE, 2014). O conceito de *burocracia de nível de rua* (LIPSKY, 1980; HUPE, HILL e BUFFAT, 2015) buscou precisamente chamar a atenção para o fato de que o trabalho cotidiano dos agentes que atuam nas linhas de frente do serviço público gera sérias implicações para a política, tais como a redefinição dos seus objetivos e conteúdos, ou mesmo das formas de relação com seus públicos (usuários, beneficiários, alvos etc). Segundo

esta perspectiva, o trabalho desses agentes se torna importante porque, inevitavelmente, eles dispõem de certo grau de discricionariedade para conduzir suas atividades cotidianas e executar comandos legais e hierárquicos. Isto se deve às condições sob as quais esses agentes desempenham suas funções, marcadas por objetivos ambíguos, um emaranhado de regras complexas, excesso de demanda, escassez de recursos, distância da supervisão hierárquica, e em interações face a face com os destinatários da ação pública. Em função destas condições, esses agentes vivenciam um contínuo exercício de acomodação, entre o desiderato formal e as condições reais e específicas de execução das políticas.

Esses exercícios de acomodação abrem caminhos para que os agentes de implementação consigam manter algum controle sobre suas rotinas e cargas de trabalho, perante a situações caóticas que se apresentam diante deles. Além disso, abrem-se oportunidades para que julgamentos morais, baseados em valores e preconceções, compartilhados pelos agentes (e às vezes até pelos usuários), adentrem a esfera da execução da política. Por um lado, o uso corriqueiro da discricionariedade pode levar a inovações e soluções de problemas emergentes (PIRES, 2009; LOTTA, 2015); por outro, pode provocar consequências indesejadas sobre os usuários/beneficiários da ação pública (DUBOIS, 1999; PIRES, 2019). Por isso, não se pode compreender a implementação de políticas públicas sem consideração à atuação cotidiana desses trabalhadores da linha de frente.

Entendemos que este enfoque pode contribuir para o preenchimento de uma lacuna na literatura sobre as políticas de atenção a UAD no Brasil, que tem privilegiado, com mais frequência, a análise de seus princípios e diretrizes, do que de sua efetiva implementação⁹. Sem pretender avaliar a política em tela, nem apontar erros ou acertos, este artigo visa permitir uma reflexão informada sobre um ponto relevante da política

9 Algumas das exceções são os trabalhos de Pereira (2009) e Policarpo (2016).

de atenção a UAD instituída no país desde 2002 – a implementação da *lógica da redução de danos* – a partir de uma ótica pouco usual nas pesquisas sobre assistência em saúde.

Para entendermos como a *lógica da redução de danos* - prescrita nos documentos da política do MS para a atenção a UAD - é transformada em práticas e ofertas terapêuticas, conduzimos pesquisa de campo nas sete unidades de CAPS AD do Distrito Federal¹⁰. Esta pesquisa envolveu: observação das atividades cotidianas em salas de espera e recepções, grupos terapêuticos, reuniões das equipes e assembleias de usuários; e entrevistas com gerentes e profissionais. Esta amostra não foi desenhada para ser estatisticamente representativa da população de profissionais atuantes em CAPS AD do DF, mas para maximizar a diversidade de perfis profissionais (TROST, 1986), ao garantir, no mínimo, cinco tipos de profissionais de diferentes formações, em cada unidade de CAPS AD estudada.

As entrevistas foram feitas com base em roteiro semiestruturado, destinado a captar trajetórias de formação e experiências profissionais anteriores; rotinas de trabalho e atividades ofertadas; caracterização do público atendido; relações com outras instituições e serviços mobilizados (a “rede de serviços”) no tratamento dos “pacientes”¹¹; bem como as percepções dos entrevistados acerca de algumas categorias organizadoras da política¹². Sendo parte de um corpus empírico mais amplo, este artigo focalizará exclusivamente a questão da *Redução De Danos*, a partir dos relatos coletados em entrevistas e observações de campo.

A análise das entrevistas envolveu processo de codificação, conforme orientações da Teoria Fundamentada em Dados (ou *grounded theory*) (CHARMAZ, 2009) e suporte do software para análise de dados qualitativos Atlas.ti. Este

processo se organizou em duas etapas: primeiro, recorreremos à codificação automática de todas as menções ao termo “redução de danos” e seus correlatos¹³; em seguida realizou-se uma “limpeza” manual, visando garantir que, de fato, as menções captadas fossem pertinentes ao tema em questão. Essa primeira etapa captou todas as menções induzidas por meio da pergunta: “O que o/a Sr./Sra. pensa em relação a abordagem da redução de danos?”; e todas as menções espontâneas, ocorridas quando o entrevistado abordava o tema por iniciativa própria. As tabelas abaixo apresentam alguns dados relativos a menções ao tema da *redução de danos* encontradas nas entrevistas.

Tabela 1 – Menções a “Redução de Danos”

Total de menções a RD	140
Número de entrevistas	48
Média menções/entrevista	3
Moda	2
Número menções máximo	9
Número menções mínimo	1

Fonte: Entrevistas. Elaboração dos autores.

O que se observa na Tabela 1 é que todos os entrevistados mencionaram o tema *redução de danos* pelo menos uma vez (quando perguntados); e, no máximo, nove vezes, durante uma entrevista. A média encontrada foi de três menções ao tema, por entrevista. Já a moda, número de menções por entrevista mais frequente na amostra, foi dois, tendo ocorrido em 17 dos 48 casos. A segunda etapa do processo de codificação procurou aprofundar o nível de análise, em busca dos sentidos, valorações, formas de entendimento e narrativas sobre as

10 A realização da pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS/SES/DF), em 22/05/2018, por meio do parecer n. 2.666.904.

11 “Paciente” é a forma mais comum por meio da qual os profissionais dos CAPS AD no DF se referem aos usuários dos serviços por eles prestados. Utilizaremos neste artigo o termo “nativo” para nos referirmos a estas pessoas.

12 As entrevistas tiveram duração média de uma hora. Todas foram gravadas com autorização dos entrevistados, via assinatura em Termo de Compromisso Livre e Esclarecido. As entrevistas gravadas foram transcritas.

13 A busca automática envolveu um conjunto de termos como, por exemplo, “RD”, “redução”, “danos”, etc.

práticas associadas à *redução de danos* pelos profissionais. Esse segundo nível de codificação levou à identificação de 17 subunidades de sentido (códigos) associados a 272 fragmentos de texto (citações) que esmiúçam o conjunto de menções (140) à *redução de danos*, encontrados nas entrevistas. É com base nos resultados desse processo de codificação mais refinado que se desenvolveram as interpretações apresentadas nas seções seguintes.

Entendimento e operacionalização do conceito de Redução de Danos pelos profissionais de CAPS AD do DF

Do conjunto das entrevistas, chamaram atenção, por sua grande frequência, menções a dificuldades de entendimento e operacionalização da categoria redução de danos (RD): 61% dos profissionais entrevistados mencionou algum tipo de dificuldade neste sentido.

Ao expressarem tais dificuldades, os entrevistados mobilizaram, principalmente, três elementos de justificativa, apresentados de forma entrelaçada, como pode ser verificado nas citações a seguir. O primeiro se refere à percepção da RD como um conceito novo e de difícil apreensão. O segundo menciona a ausência ou escassez de oportunidades de capacitação dos trabalhadores oferecidas pela Secretaria de Saúde. Já o terceiro, aponta o caráter contra hegemônico da RD - que se contrapõe a abordagens terapêuticas mais tradicionais - e para crenças, valores e moralidades já consolidados entre pacientes e seus familiares, quanto ao tratamento para UAD.

Olha, redução de danos é uma coisa muito nova. Todo mundo tem preconceito em trabalhar com isso. Até quando você vai procurar artigo, alguma coisa, são poucos (Gerente do CAPS AD #4).

Quando a gente teve um treinamento, foi um treinamento muito desastroso em redução de danos.

O que eles tentaram trazer? Uma realidade de HIV para álcool e drogas! Pode até ser que tem alguma coisa a ver, mas não é igual. Então foi desastroso, o nosso treinamento. Então, eu acho que a equipe ficou meio assim, sabe? Eu acho que a gente precisa conversar sobre isso, e tem que vir de treinamento, de conversa, de palestra, para se colocar em prática (Gerente do CAPS AD #3).

E as famílias são sempre muito contra. Isso é um ponto de tensão da equipe com a família, a redução de danos. Porque as famílias não toleram que seja essa a nossa proposta, e veem que os pacientes usam *isso também*. Então, muitas vezes, a família não acredita no tratamento do CAPS por causa da história da redução de danos (Psic CAPS AD #6).

A gente tem uma Unidade Básica de Saúde que funciona do nosso lado e eles não entendem muito bem isso. Quando a gente faz o matriciamento, que tem as reuniões, a gente coloca a redução de danos e eles ficam 'assim' para a gente. Essa é a questão: 'você vai estar alimentando a droga'. Só que eles não entendem que é um processo (Ger. CAPS AD #4).

Para além das dificuldades destacadas acima, as entrevistas revelaram outros dois elementos complementares. Quando perguntados sobre quais seriam as referências teóricas e conceituais que orientam e apoiam suas práticas de trabalho, os entrevistados não indicaram nenhum material específico do programa ou do MS. Referiram-se a alguns textos da OMS, alguns artigos acadêmicos e a atos normativos, mas principalmente, ao material didático do Curso Supera - curso *online* oferecido pela Secretaria Nacional de Drogas, em parceria com a UNIFESP¹⁴. Chamou atenção ainda a recorrência de menções ao *Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento* (PROCHASKA e DICLEMENTE, 1982), utilizado pela psicologia cognitivo-comportamental como guia para interpretação e classificação do estágio motivacional dos pacientes para

14 <https://www.supera.org.br/>

15 Desenvolvido por James Prochaska, nos anos 70, este modelo, fundamentado em teorias comportamentais, visa avaliar a prontidão do paciente para mudanças comportamentais e, assim, supostamente contribuir para a adequação das

mudanças comportamentais¹⁵. Cabe assinalar que este modelo não é indicado ou mencionado em nenhum dos documentos da Política do MS, ou em publicações de capacitação para estes profissionais, originárias do MS.

Outro elemento, percebido na pesquisa de campo, foi a ausência ou incipiência de supervisão técnica (clínica) sobre o trabalho dos profissionais nos CAPS AD do DF. Também foram muito comuns os relatos sobre a falta de diálogo e a “distância” existente entre os CAPS AD e a Diretoria de Saúde Mental (DISAM) da Secretaria de Saúde do DF, responsável pela coordenação técnica do serviço¹⁶.

Na falta de oportunidades para que se estabilizasse um entendimento comum acerca da redução de danos, os desafios para a operacionalização do conceito se avolumaram, criando uma zona de indefinições sobre a prática clínica orientada pela RD nestes serviços. Porém, como soe ocorrer nestes casos, esta zona não restaria vazia, tendo sido preenchida por posturas valorativas e linhas de ação que variam entre os profissionais - às vezes, dentro do mesmo serviço. Para uma entrevistada,

O conceito [de RD] vai sendo construído com a experiência, com a prática. E cada um enxerga a prática de uma forma, cada um enxerga a experiência de uma forma. Eu acho que, entre a gente, entre a própria equipe, tem, sim, conceituação diferente do que é redução de danos (Psicóloga CAPS AD #1).

Variações de posturas em relação a RD no CAPS AD

A existência de diferentes posturas valorativas sobre a RD, entre os profissionais, tornou-se evidente quando da análise de suas percepções sobre esta categoria, e de suas considerações

sobre a colocação da RD em prática. Desta análise, três tipos diferentes de postura valorativa se revelaram. A primeira poderia ser definida como uma *postura de resistência*, apresentada por profissionais que afirmam se *oporem* à RD. Como pode ser visto abaixo, essa postura se afirma, apesar do profissional demonstrar ciência de que a atenção prestada pelos CAPS AD deveria se orientar pela *lógica da RD*. Estes profissionais se dizem *contrários* à RD, *não veem sentido* na sua adoção, *não acreditam* que funcione e rejeitam abrir mão de uma ênfase exclusiva na abstinência.

Eu acho que não funciona muito. Eu particularmente acho que não deveria ter redução de danos. Deveria mesmo ser abstinência. Eu não sei opinar, porque é o trabalho do CAPS, a redução de danos. E eu acho que a equipe é um pouco dividida. E acaba que as condutas do pessoal têm choques aqui. Porque um profissional pensa de um jeito, outro de outro. Na minha opinião, eu acho que tinha que ter abstinência total” (Farmac.CAPS AD #5).

Eu sou contra a redução de danos. Eu sei que tem várias explicações, mas eu sou contra porque eu não vejo lógica nisso. ‘Ah se você fuma dez cigarrinhos de maconha no dia, se você conseguir fumar cinco está bom’. Não vejo assim. Eu acho que vai chegar o momento que ele não vai conseguir mais ficar naqueles cinco e vai voltar para os dez, ou para quinze. Entendeu? Eu sou contra redução de danos. Eu acho que, se ele está aqui para tratar, então vamos tratar tudo. Eu sou meio radical nesse ponto. Se é para parar, vamos tentar parar com tudo e não só reduzir (Téc. Enf. CAPS AD #5).

Eu acho que ela [a RD] não se aplica e não funciona. Porque todo paciente que a gente começa a trabalhar com essa questão, ele fica um tempo sem usar, depois ele volta a querer usar de novo. Vai ter

propostas terapêuticas aos diferentes sujeitos (ver PROCHASKA e DICLEMENTE, 1982; SZUPSYNSKI e OLIVEIRA, 2008).

16 Em entrevista com atores que participaram do processo de expansão dos CAPS AD no DF, a partir de 2011, recebemos a informação de que, entre 2013 e 2015, realizava-se mensalmente uma reunião do Colegiado de Gestão – formado por todos os gerentes de CAPS AD do DF – e do Colegiado de Gestão Ampliado – gestores + técnicos dos CAPS AD – onde as diretrizes do programa de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas eram estudadas e discutidas, assim como as práticas terapêuticas e soluções administrativas eram intercambiadas entre gerentes e técnicos.

uma recaída. O tratamento é não ter contato. Eu sempre vejo que vai pra redução de danos, depois tem a recaída, e tem uso abusivo, e volta. Eu não vejo a redução de danos como um tratamento. (Téc. Enf. CAPS AD #4).

A segunda postura valorativa se situa em polo diametralmente oposto. Neste caso, os profissionais se mostram *entusiastas* da RD e de sua inserção no tratamento oferecido pelos CAPS AD. Eles definem a RD como algo *importante*, em que *acreditam* e que traz bons resultados, enquanto avaliam a abstinência como ineficaz.

Eu acho que é uma lógica mais realista. Eu acredito na redução de danos. Algumas pessoas interrompem [o uso], seguindo a redução de danos. Outras, não. Outras, simplesmente seguem a redução de danos, continuam com o uso e conseguem ter uma vida mais preservada, uma saúde mais preservada. Eu gosto da ideia, da política, de tudo da redução de danos (Ass. Social CAPS AD #4).

Eu acho que a redução de danos (...) é massa. Eu gosto muito, porque trabalha com o real, com o verdadeiro. A gente não trabalha com o mundo imaginário, o mundo em que as pessoas andam do lado do tigre, igual aquelas folhinhas das testemunhas de Jeová. É o mundo de verdade, (...) essa droga está aí e está para todo mundo. A redução de danos, eu olho pelo lado do afeto. Eu acho que ela é um afago na pessoa, de dizer assim: ‘então, vem com o que você tem, que a gente te entende da mesma forma. (Ass. Social CAPS AD #5).

Eu acho que essa questão da redução de danos é bem legal, porque a abstinência é bem complicada. Quando o paciente volta para o uso, a recaída é bem forte. Aí, quando ele sai da internação, ele vai lá e usa de tudo, né? [Mas, se] a gente vai conversando com ele, aí ele vai reduzindo, tendo consciência que ele tem que reduzir, né? É melhor. Eu acho que é bem mais eficaz do que a abstinência total, do jeito que é nas clínicas. (Téc. Enf. CAPS AD #4).

Além de se declararem plenamente aderentes ao primado da RD, estes profissionais se mostram

bastante críticos às internações e às exigências de abstinência, presentes nos modelos de tratamento aplicados em clínicas e comunidades terapêuticas. As justificativas apresentadas para esta preferência são o “realismo” da RD, frente a um “mundo imaginário”, em que não haja uso de drogas; o respeito à liberdade de escolha do paciente, como parte de seu direito ao cuidado; e a insustentabilidade da abstinência súbita e forçada, promovida nos espaços de internamento.

Entre esses dois polos extremos, uma terceira postura valorativa sobre a RD mostrou-se bem mais difundida entre os entrevistados: a *postura pragmática*. Esta não se pauta por uma defesa incondicional da RD, nem se opõe a ela. Para os profissionais que a adotam, a aplicação da RD é condicional e mediada, seja pelo “*desejo do paciente*”, seja pela avaliação que o profissional faz do paciente.

Eu entendo que redução de danos é uma possibilidade. Eu não diria que ela é a única. A gente trabalha com o que o paciente demanda (...). Quem traz isso é o paciente, a gente faz um acordo com ele (Ger. CAPS AD #2). [Grifos nossos].

Eu acho que é uma técnica a ser utilizada de modo muito pessoal. Tem que avaliar cada caso. Aqui a gente não fala: nós do [CAPS AD #3] praticamos redução de danos. A gente vai caso a caso. Tem paciente que, se você não negociar a redução de danos, ele não vai conseguir. Então, eu não vou dizer assim: eu visto a camisa da redução de danos! E nem que não visto. Eu visto para alguns e não visto para outros (Psic. CAPS AD #3).

Entendendo a RD como uma *possibilidade*, entre outras, a ser *utilizada de modo muito pessoal* –, os discursos acima subordinam a adoção da RD – diretriz oficial do cuidado, segundo a política – à primazia da *demanda do paciente*. Esta operação discursiva desafia leituras mais lineares e esquemáticas, pois relativiza o papel da RD, no trabalho dos CAPS AD, mas o faz em nome deste elemento que também é muito caro ao modelo desta instituição; e que, pode-se dizer, constitui-se na própria justificativa para adoção

da RD nesta clínica: a autonomia do paciente e sua liberdade de escolha.¹⁷

Assim, se a RD está colocada para permitir a escolha do paciente, é franqueada a este paciente, inclusive, a possibilidade de recusá-la. Desta forma, estes discursos articulam uma asserção muitas vezes repetida, mas nem sempre bem compreendida, de que a RD não se opõe a, nem exclui, a possibilidade de um cuidado ancorado na abstinência de substâncias, nos CAPS AD.

A *postura pragmática*, tal como expressa nos discursos dos profissionais dos CAPS AD do Distrito Federal, mostrou-se mais recorrente do que as demais, e mais complexa do que aquelas derivadas da simples oposição entre abstinência e RD. Situada numa zona intermediária e indeterminada, tal postura possibilita ações e práticas variadas, com entrelaçamentos e articulações entre ideias e ações, que seriam improváveis num registro binário, ou de oposição entre posturas polares (resistentes ou entusiastas).

Na seção seguinte, procuramos explorar como se dá a tradução das diferentes posturas valorativas sobre a RD em linhas de ação.

A RD em ação nos CAPS AD: escopo ampliado versus caminho para abstinência

Para além das *posturas* declaradas pelos profissionais, relativas a seu apreço (ou não), confiança (ou não) no princípio da RD, procuramos identificar também quais linhas de ação são adotadas no trabalho clínico, em função dos diferentes entendimentos e posturas valorativas quanto à RD. Ou seja, como os profissionais dos CAPS AD do DF traduzem a suas concepções e avaliações sobre o princípio da RD em práticas cotidianas e estratégias de cuidado. A análise das entrevistas e das notas de observação em campo sugerem a operação de duas diferentes linhas de ação: “RD de escopo ampliado” e “RD como caminho para abstinência”.

1 - RD de escopo ampliado

Esta linha de ação e operacionalização do princípio da RD se ancora no entendimento desta categoria como uma estratégia que favorece à construção de vínculos entre profissionais e pacientes, e que envolve, necessariamente, a apropriação crescente, pelo usuário, de seus direitos de cidadania, em sua aproximação com Estado - para além de suas interações nem sempre felizes com o aparato coercitivo do mesmo. Espera-se que esta aproximação se dê pelo acesso a serviços e bens públicos - alimentação, abrigo, benefícios assistenciais, serviços de saúde, etc. A apropriação de direitos e o acesso aos serviços públicos comparecem aqui como elementos indutores de um processo mais amplo de reinserção social, de recuperação de laços e reorganização da vida. Neste sentido, o trabalho do profissional envolve (re)tecer, juntamente com o paciente, suas redes de suporte, articulando ofertas públicas de assistência e apoiando a retomada, pelo sujeito, de relações com sua família e sua comunidade. Os trechos de entrevista transcritos abaixo trazem alguns elementos que caracterizam esta linha de ação:

Então: a redução de danos é essa aquisição. Ele vai se aproximando do próprio Estado - já que antes ele nem entrava em uma instituição pública, entende? E aí, às vezes, ele consegue um benefício, um benefício mesmo da assistência, um 'auxílio vulnerabilidade'. Aluga um quarto só, que é R\$ 200; e com o que sobra, ele compra uma roupa, mesmo que seja em um bazar. Então, só essa sensação dele já é um benefício. Nem é do trabalho dele, (mas) é um benefício pra ele comprar, ir acessando, se aproximando aos poucos (Ass. Social CAPS AD #7).

Pra mim, é quando ele consegue se reinserir socialmente, porque o uso, muitas vezes, tira eles da sociedade; e eles ficam ali, marginalizados. Às vezes, num mundo meio paralelo, vamos dizer assim. E vivem aquilo ali. É quando eles conseguem se reinserir socialmente - às vezes, até continuando o

¹⁷ Conforme já mencionado na seção I deste artigo.

uso, mas conseguem fazer um uso mais controlado. Tem gente que chega e que fala: “eu não vou fazer uso controlado, não quero redução de danos, não quero”. Beleza, então vamos trabalhar para interromper o uso mesmo. Porque com a rede enfraquecida eles têm dificuldade de fazer esse uso controlado, realmente. Então, se você tem uma rede de apoio enfraquecida, às vezes é melhor você tentar interromper o uso mesmo. Mas, para mim, um resultado bom é formação de rede de apoio, reinserção social (Ass. Social CAPS AD # 4).

Esta linha de ação supõe a ampliação do escopo das práticas mais comumente identificadas à RD – como as trocas de insumos, ou a redução do uso. Sob esta perspectiva ampliada, abrem-se possibilidades de ação aos profissionais do cuidado que, indeterminadas a princípio, visam agregar qualidade de vida e saúde ao paciente. Aqui, mira-se além do consumo de substâncias e das condições de uso, em favor de uma variedade de pequenos ganhos que, cumulativamente, se sobreporiam aos prejuízos sociais e à saúde, adquiridos ao longo dos percursos de uso problemático de drogas.

No trecho abaixo, a interlocutora explicita esta perspectiva, enquanto aponta também para equívocos que, muitas vezes, marcam a compreensão de profissionais dos CAPS AD, sobre redução de danos:

Eles têm uma visão de que a redução de danos é reduzir droga, é reduzir o consumo. Ou mudar o consumo de uma droga mais pesada, mais danosa, para uma droga mais leve, mais tranquila. Eu não enxergo assim. A redução de danos é simplesmente a redução de danos. Então, para mim, o paciente vir ao CAPS, ao invés de estar usando drogas, é uma redução de danos. O paciente continuar usando e conseguir voltar a trabalhar, é uma redução de danos. O paciente conseguir viver em família.... Qualquer ganho que ele tenha, com alguma ação dentro do tratamento, da recuperação, é uma redução de danos. É nesse sentido. Porque as pessoas ficam muito limitadas a redução do uso e isso vira um grande tabu. Vira um conceito rígido e fixo, que as pessoas não conseguem transcender.

Redução de danos é para cada um. Não tem como eu ter um conceito único do que é e tentar aplicar isso para todo mundo (Psic. CAPS AD 1).

Para além dos discursos sobre as práticas, acessados por meio das entrevistas, a observação das atividades cotidianas dos CAPS AD do DF revelou elementos adicionais, que nos demonstraram, de forma bastante nítida, a operação desta linha de ação. Ao acompanharmos, em um CAPS AD, as sessões de psicoterapia de dois grupos distintos - um composto por usuários apenas de álcool, e outro, de usuários de múltiplas drogas - observamos que o modo de condução da atividade, pelos profissionais, garantia um espaço confortável aos participantes, quando traziam relatos sobre recaídas recentes. Os depoimentos recebiam escuta atenta do grupo, que, por sua vez, evitava julgamentos ou recomendações apressadas. Reforçava-se, assim, a participação contínua dos pacientes na atividade, constituindo-a como oportunidade de autorreflexão, via compartilhamento de experiências e percursos individuais. Reconhecia-se, ali, que *recaídas acontecem* e são parte da experiência desses sujeitos; e que isto não compromete a sustentação do apoio do grupo e da instituição – o CAPS AD – que permanece incondicionalmente.

Em outra unidade, pudemos testemunhar uma reunião de equipe, em que uma profissional se empenhava para defender “o *direito humano de acesso a água*” de um paciente, para quem ela atuava como “técnica de referência”. Em função da situação de privação de água em seu domicílio, este paciente vinha coletando alguma água dos reservatórios do CAPS e levando-a para sua casa, para dela fazer uso privativo. O caso provocou uma discussão acirrada entre os profissionais da equipe, em torno da decisão de coibir ou permitir que ele continuasse a se servir da água do CAPS. Os técnicos favoráveis à coibição entendiam que a cessão de água ao paciente não tinha nada a ver com o seu tratamento. A profissional que defendia a permissão, por sua vez, argumentava que, além de garantir um *direito humano* ao paciente, a cessão da água contribuía para a

manutenção do vínculo deste com o CAPS AD, que assim lhe prestava suporte naquela situação de vulnerabilidade.

Esta controvérsia foi bastante reveladora da amplitude de possibilidades de ação prática, que podem estar contidas na perspectiva da *RD de escopo ampliado*. Do mesmo modo, suscita questões relevantes sobre os limites de tal perspectiva. Até onde pode-se ou deve-se ir, em nome da *redução de danos*?

2 - RD como caminho para a abstinência

Na segunda linha de ação identificada, os profissionais diziam mobilizar a RD como um meio para chegarem à abstinência dos pacientes. Neste caso, a suspensão total do uso de substâncias figura como principal objetivo e meta final do cuidado. Esse tipo de estratégia nos foi relatado por diferentes profissionais, mas aparece de forma bastante evidente na fala desta médica clínica:

Na verdade, a redução de danos é uma estratégia do tratamento. Ela não pode ser considerada meta final. Eu, particularmente, vejo que o ideal para o tratamento da dependência química é a abstinência, sem dúvida. O que a gente fala em cura é: ausência do uso da droga e funcionalidade. Isso seria a cura, entre aspas, dessa doença crônica. Porém, muitas vezes a gente não consegue isso. Então, a gente usa a estratégia da redução de danos. Então, a redução de danos não é um fim, ela é um meio. (MCLI CAPS AD# 4).

O uso instrumental da RD se justificaria pela dificuldade que alguns pacientes teriam para manter abstinência, seja no curto, no médio ou no longo prazo. Para alguns profissionais, a aplicação da RD abriria possibilidades para enfrentamento destas dificuldades: *é o que dá prá fazer*. No entanto, fica claro nestas falas que a abstinência permanece no horizonte, como o resultado mais desejável do cuidado, conforme explicitado no trecho abaixo:

A redução de danos de distribuir seringa,

distribuir para infecto [pessoas com doenças infectocontagiosas], acho que não tem muita dúvida. Tem que ser feito e é muito útil, é muito bom. Mas a redução de danos na dependência química, eu acho que às vezes ela é uma armadilha, sabe? Acho que a melhor estratégia é você pensar na abstinência como uma coisa assim: você caminha em direção à abstinência, mesmo que você nunca chegue lá. Porque é muito fácil eles começarem a usar nossos discursos de redução de danos para justificar, até para a família deles, a manutenção do comportamento (MPSI CAPS AD #6).

Este depoimento reforça, ainda, um outro elemento que se mostrou saliente em várias entrevistas: é o entendimento da categoria RD no seu registro mais restrito - isto é, como troca de insumos para o consumo seguro; como diminuição progressiva (rumo a zero) do consumo; ou como terapia substitutiva. O próximo comentário ilustra esta visão restrita da RD e das possibilidades de sua tradução em ações.

Quando chega o paciente que é usuário de múltiplas drogas. Foi da vontade dele continuar só com a maconha? Então, já tem uma redução de danos. Depende do desejo do paciente. Se você for pensar no desejo do profissional, às vezes você fica naquela: eu gostaria que ele não usasse droga nenhuma, né? Mas, se ele já deixou o crack, se ele já está usando só maconha, se ele está tomando certos cuidados.... Essa redução de danos, eu acho importante sim. Para o paciente, é um ganho na vida dele (ENF CAPS AD 2).

A observação das atividades cotidianas dos CAPS AD também forneceu elementos empíricos úteis à compreensão desta linha de ação (*RD como estratégia para a abstinência*). Em um dos CAPS AD pesquisados, pudemos acompanhar duas sessões de um grupo terapêutico denominado “*estratégias de enfrentamento*”, cujo objetivo é, por meio da troca de experiências entre os pacientes, discutir estratégias e fornecer ferramentas para o manejo de “*situações de risco*” – situações que disparam, nos usuários, um desejo incontrolável

de consumir álcool ou outras drogas. Uma das situações que nos chamaram atenção, nessas sessões, foi a valorização, neste grupo, de relatos em que participantes destacavam seus esforços para “*resistirem às tentações*” e manterem a abstinência. No entanto, alguns dos presentes se mantinham absolutamente calados diante destes relatos. Além disso, não ouvimos, nestas sessões, nenhum depoimento que abordasse eventos de recaída, nem quaisquer sugestões ou orientações sobre como lidar com este tipo de evento. Do mesmo modo, em nenhum momento daquelas sessões foi apresentado, pelos profissionais ou pelos pacientes, outro caminho de cuidado que não fosse o da abstinência; ou nenhuma situação em que o uso moderado, ou controlado, de substâncias aparecesse como possibilidade.

Pudemos acompanhar também alguns atendimentos individuais, dedicados à revisão dos Planos Terapêuticos Singulares (PTS) dos pacientes. Esta revisão deve ser periódica e consiste num momento em que são feitos ajustes nestes PTS: troca de horários e de tipos de atividades; recomendações ou solicitações de consultas com especialistas, entre outros. Estes ajustes são vistos, pelos profissionais, como essenciais à manutenção do interesse e da adesão dos pacientes ao CAPS AD.

De forma geral, observamos, nos diversos atendimentos, grande abertura e flexibilidade dos profissionais para as demandas dos pacientes, assim como sua escuta atenta e seu contato afetivo (toques, abraços, perguntas sobre familiares, etc.). Não obstante, em um dos casos, quando o paciente relatou estar fazendo uso moderado e não problemático de maconha, o profissional que o atendia foi enfático, embora gentil, ao dizer que recomendava fortemente a interrupção completa do uso de qualquer substância.

A linha de ação RD *como estratégia para a abstinência* contrasta, assim, com a linha de ação anterior (RD *de escopo ampliado*) pela ênfase que coloca no uso e na substância, em detrimento do sujeito e de suas demandas. Os discursos e práticas a ela associados se mostram pouco sensíveis à lógica da redução de danos como “ética do cuidado”, tal como preconizado pela

política.

Ao subordinar a RD ao objetivo da abstinência, esta linha de ação, juntamente com a postura resistente, revela a resiliência, no interior dos CAPS AD do DF, das concepções médicas hegemônicas sobre o uso de drogas, segundo as quais o consumo de drogas é necessariamente *nocivo ao indivíduo (e à sociedade)*, e que o uso compulsivo caracteriza-se como uma *doença* que deve ser eliminada. Neste sentido, alinham-se também ao paradigma proibicionista e aos pressupostos sanitários da “guerra às drogas”. Pode-se dizer, assim, que esta linha de ação representa a *colonização* da lógica da RD pela ideia de abstinência como único resultado desejável do cuidado de UADs.

Considerações finais

Este artigo procurou trazer elementos para a reflexão sobre a implementação da *lógica da Redução de Danos* nos serviços de atenção a UAD, instituídos pelo Ministério da Saúde, a partir do início deste século. Item essencial ao modelo de atenção preconizado para estes serviços, a RD figura, sobretudo, como uma *ética do cuidado*, antes que um rol de procedimentos tipificados. Sendo assim, não surpreende que sua tradução em práticas clínicas se apresente como um desafio cotidiano para profissionais, gestores e usuários destes serviços.

Nas entrevistas para esta pesquisa, muitos dos profissionais e gestores dos CAPS AD do DF disseram ter dificuldades para entender e operacionalizar o princípio da RD, o que decorre em diferentes posturas valorativas: *resistente, entusiasta ou pragmática*. Esta última, por sua vez, pode se desdobrar em duas linhas de ação distintas: *RD de escopo ampliado ou RD como caminho para a abstinência*.

A dificuldade de entendimento é, por vezes, atribuída à pouca qualificação que estes profissionais dizem ter recebido, sobre o tema. Embora recrutados por concurso público e admitidos como servidores estáveis à secretaria de saúde do DF, diversos dos entrevistados disseram jamais ter recebido treinamento específico sobre

cuidados a UAD, muito menos sobre RD - seja no período de formação universitária, seja quando já eram profissionais. Também afirmaram que, quando ingressaram nos serviços do DF, só receberam alguma capacitação quando já estavam atuando nos CAPS AD, e graças à iniciativa dos colegas mais experientes. Foi também reiterado, diversas vezes, que nos últimos cinco anos não tem havido qualquer supervisão sobre seu trabalho clínico; e que a busca por soluções para casos complexos se faz exclusivamente entre colegas, no espaço das reuniões semanais das equipes – prática que é rigorosamente observada em todas as unidades do DF e que, acredita-se, atua fortemente em favor da convergência entre as concepções e práticas individuais, ainda que não tenha sido capaz de eliminar todas as divergências.

A análise dos discursos acionados por meio das entrevistas indica, portanto, que, nos CAPS AD do DF, a incorporação do princípio da RD como uma *ética do cuidado* convive com percepções tradicionais, mas ainda hegemônicas, sobre o lugar das drogas e de seus usuários na sociedade – ou seja, percepções de que o uso de drogas é necessariamente nocivo e totalmente indesejável, e que o consumo compulsivo se caracteriza como uma *doença* que precisa ser *curada*. Do mesmo modo, observa-se que sobrevivem também, nestes serviços, representações hegemônicas sobre o tipo de cuidado que deve ser dispensado a estas pessoas – isto é, um cuidado focado prioritariamente na conquista da abstinência de SPA.

Desse modo, as inovações propostas pela política parecem parcialmente “filtradas” por uma tradução conservadora do princípio da RD, expressa sob a forma da “*RD como caminho para abstinência*”. Se, por um lado, parte dos profissionais construiu entendimentos e práticas que dão concretude às diretrizes do novo paradigma, por outro, as dinâmicas de implementação não têm sido imunes à resiliência das concepções de cuidado centradas na substância e seus usos, e apegadas à centralidade da abstinência.

Como já observado em outras políticas

públicas, o caráter sempre incerto e transformador dos processos de implementação faz com que disputas entre modelos e paradigmas não se encerrem no momento da formulação e do desenho da política, mas se prolonguem no micro contexto das operações cotidianas, pelas ações dos profissionais e por suas interações com os usuários dos serviços. O caso da política de atenção integral a UAD não parece ser diferente, como mostra o estudo dos CAPS AD do DF.

Outrossim, antes que uma “denúncia” sobre eventuais erros ou acertos na implementação desta política no DF, estas observações visam contribuir para uma compreensão maior dos desafios envolvidos na incorporação da RD como princípio orientador das políticas públicas de atenção e cuidado às pessoas que fazem usos problemáticos de drogas.

Referências bibliográficas

AMARANTE, Paulo. (org.) Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

_____. (Org). Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

BRASIL. Lei 10.216 de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva Coordenação Nacional de DST e AIDS. A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 60 p. il. (Série B. Textos básicos de saúde)

BRODKIN, Evelyn. “Implementation as policy politics”. In: PALUMBO, D.; CALISTA, D. (Ed.). Implementation and policy process: opening up the black box. Westport, United States: Greenwood, 1990. p. 107-118.

CAVALCANTI, Sérgio.; LOTTA, Gabriela.;

PIRES, Roberto. “Contribuições dos estudos sobre burocracia de nível de rua”. In: PIRES, R.; LOTTA, G; OLIVEIRA, V. (Orgs.) Burocracia e políticas públicas no Brasil: interseções analíticas. Brasília: IPEA, 2018. p. 227-246

CHARMAZ, Kathy. Constructing grounded theory: a practical guide through qualitative analysis. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications, 2006.

COSTA-ROSA, Abílio da. “O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar”. In: AMARANTE (Org). Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 141-168.

DUBOIS, Vincent. La vie au guichet: relation administrative et traitement de la misère. Paris: Economica, 1999.

FERREIRA, Iara. O paradigma da redução de danos na clínica com usuários de drogas: inflexões, deslocamentos e possibilidades de escuta e posicionamento clínico. In: Boletim de Análise Político Institucional, no. 18. Brasília: IPEA, 2018. p. 71-79. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=34474&Itemid=6

FIORE, Maurício. Uso de “drogas”: controvérsias médicas e debate público. Campinas: Mercado de Letras, 2007.

HILL, Michael; HUPE, Peter. Implementing public policy: an introduction to the study of operational governance. London: Sage, 2014.

HUPE, Peter.; HILL, Michael.; BUFFAT, Aurélien. Understanding street-level bureaucracy. Bristol: University of Bristol Press, 2015.

LIPSKY, Michael. Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services. New York: Russell Sage Foundation, 1980.

LOTTA, Gabriela. Burocracia e implementação de políticas de saúde: os agentes comunitários na estratégia saúde da família. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

MACHADO, Ana Regina; MIRANDA, Paulo Sérgio Carneiro. “Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da justiça à saúde pública”. In: História, Ciências, Saúde, vol.14, n.3, p.801-821.

MAJONE, Giandomenico.; WILDAVSKY, Aaron. “Implementation as evolution”. In: PRESSMAN, Jeffrey L.; WILDAVSKY, Aaron (eds.). Implementation. Berkeley: University of California Press, 1984, p.163-180.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define e caracteriza as modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na rede SUS. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Nº 816 de 30 de abril de 2002. Institui o Programa Nacional de Ação Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0816_30_04_2002.html

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria no 1.028, de 1 de julho de 2005. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 3.588, DE 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.

Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html

NAKAMURA, Robert.; SMALLWOOD, Frank. *The politics of policy implementation*. New York: Saint Martin's Press, 1980.

PASSOS, Eduardo; SOUZA, Tadeu de Paula. "Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de "guerra às drogas"". In *Psicologia e Sociedade*, vol. 23, no. 1, p. 154-162.

PEREIRA, Maria Odete. *A Política do Ministério da Saúde do Brasil para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. (278 f.) Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, USP, São Paulo, 2009.

PETUCO, Denis. *O Pomo da discórdia: drogas, saúde e poder*. Curitiba: Ed. CRV, 2019.

PIRES, Roberto. "Estilos de implementação e resultados de políticas públicas: fiscais do trabalho e o cumprimento da lei trabalhista no Brasil". In: *Revista Dados*, vol. 52, no. 3, p. 735-769.

_____. (org). *Implementando desigualdades: reprodução de desigualdades na implementação de políticas públicas*. Rio de Janeiro: IPEA, 2019

POLICARPO, Frederico. *O uso de drogas e seus controles – uma perspectiva comparada entre as cidades do Rio de Janeiro, Brasil; e San Francisco, EUA*. Rio de Janeiro: Conseqüência, 2016.

PRESSMAN, Jeffrey L.; WILDAVSKY, Aaron. *Implementation: how great expectations in Washington are dashed in Oakland; or, why it's amazing that federal programs work at all, this being a saga of the economic development administration as told by two sympathetic observers who seek to build morals on a foundation*. California: University of California

Press, 1973.

PROCHASKA, James O.; DICLEMENTE, Carlo C. "Transtheoretical therapy: towards a more integrative model of change". In: *Psychotherapy: theory, research and practice*. Vol. 19, No. 3, p. 276-288. <https://doi.org/10.1037/h0088437>

RAMÔA, Marise. *A desinstitucionalização da clínica na reforma psiquiátrica: um estudo sobre o projeto CAPS AD*. Tese (Doutorado em Psicologia), Departamento de Psicologia, PUC-RJ, Rio de Janeiro, 2005.

SOUZA, Tadeu de Paula. *Redução de danos no Brasil: a clínica e a política em movimento*. Dissertação (Mestrado em Psicologia). UFF, Niterói, 2007

SZUPSZYNSKI, Karen Priscila Del Rio; OLIVEIRA, Margareth da Silva. "O Modelo Transteórico no tratamento da dependência química". In: *Psicologia: teoria e prática*, vol.10, no. 1, p.: 162-173

THOMAS, John W.; GRINDLE, Merilee. "After the decision: implementing policy reforms in developing countries". In: *Rev. World Development*, vol. 18, no. 8, p. 1163-1181.

TROST, Jan E. "Statistically non-representative stratified sampling: a sampling technique for qualitative studies". In: *Rev. Qualitative Sociology*, vol.9, no.1, p. 54-57.

VAISSMAN, Magda; RAMÔA, Marise; SERRA, Artemis. "Panorama do tratamento dos usuários de drogas no Rio de Janeiro". In: *Rev. Saúde em Debate*, vol. 32, no. 78/79/80, p. 121-132.

WORCMAN, Nicola.; MORGANTI, Rafael. "O proibicionismo introjetado: a reprodução da violência e exclusão entre os usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas". In: PIRES, R. (org.) *Implementando*

Desigualdades: reprodução de desigualdades na implementação de políticas públicas. Rio de Janeiro: IPEA, 2019.