

Redução de danos na visão dos profissionais que atuam no CAPS AD II do Distrito Federal

Harm reduction in the view of professionals working in CAPS AD II of the Federal District

Glacy Daiane Barbosa Calassa^I

Maria Aparecida Penso^{II}

Lêda Gonçalves de Freitas^{III}

Resumo

Este artigo discute, na perspectiva dos Direitos Humanos, como os profissionais dos CAPS AD II do Distrito Federal compreendem a Redução de Danos e como essa prática se efetiva. A fundamentação teórica se baseou na Reforma Psiquiátrica e nas políticas públicas sobre o tratamento a usuários de drogas. Para isso, realizou-se uma pesquisa qualitativa, utilizando entrevistas semiestruturadas com 19 profissionais. As informações foram tratadas por meio do *software* IRaMuTeQ[®] e examinadas segundo a análise de conteúdo de Bardin (2011). Os resultados apontaram que, apesar de os profissionais conhecerem estratégias relacionadas à Redução de Danos, suas práticas não respeitam as escolhas do sujeito, violando os princípios da liberdade individual e dos Direitos Humanos.

Palavras-chave: redução de dano; Direitos Humanos; centro de atenção psicossocial (CAPS).

Abstract

This paper discusses, from the perspective of human rights, how professionals of CAPS AD II from the Federal District understand the harm reduction and how that practice is conducted. The theoretical framework was based on the Psychiatric Reform and on the public policy concerning the treatment of drug users. In order to do this, a qualitative research was carried out using semi-structured interviews with 19 professionals. The information was processed through IRaMuTeQ[®] software and analyzed after the Bardin (2011) content analysis. The results showed that, although the professionals are familiarized with strategies related to harm reduction, their practices does not respect the choices of the subject, violating the principles of individual freedom and human rights.

Keywords: harm reduction; human rights; community mental health services.

^ICentro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas, Secretaria de Saúde do Distrito Federal

^{II}Escola de Saúde, Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia, Universidade Católica de Brasília

^{III}Escola de Saúde, Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia, Universidade Católica de Brasília

Introdução

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, instituiu as bases para a convivência humana com a finalidade de pôr fim ao sofrimento produzido pelo nazismo e, ao mesmo tempo, impedir que situações similares de violações ocorressem novamente no mundo. Em virtude dessa declaração, inúmeros pactos, tratados e convenções internacionais passaram a preceituar os Direitos Humanos. Em seu artigo 1º, a Declaração evidencia os pilares da dignidade humana ao apontar: “Todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotadas de razão e consciência e devem agir em relação umas às outras com espírito de fraternidade”. (ONU, 1948). Dessa maneira, de acordo com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, o reconhecimento da dignidade inerente a todos os seres humanos e de seus direitos iguais e inalienáveis é o fundamento da

liberdade, da justiça e da paz no mundo. Assim, não há como falar em saúde, de forma ampliada, sem falar em Direitos Humanos, pois, quando os tratamentos violam os direitos dos cidadãos, não existe saúde (Amarante, 1998).

Com efeito, a Constituição brasileira engloba entre os fundamentos do Estado a cidadania e a dignidade da pessoa humana. Há, na Carta Magna, o reconhecimento e a incorporação dos Direitos Humanos no ordenamento social, político e jurídico brasileiro. Observa-se como objetivo principal do texto constitucional a construção de uma sociedade livre, justa e solidária. Compromete-se ainda com o desenvolvimento nacional, a erradicação da pobreza, a redução das desigualdades sociais e regionais e a promoção do bem-estar de todos, sem preconceitos ou discriminação de qualquer tipo. Indica também que o Brasil reja suas relações internacionais pela prevalência dos Direitos Humanos (Brasil, 2009).

A Constituição Cidadã de 1988 foi um grande marco para a mudança de modelos de atendimento aos usuários de álcool e outras drogas na medida em que reconheceu, entre seus fundamentos, a dignidade da pessoa humana e os direitos ampliados da cidadania (civis, políticos, econômicos, sociais, culturais e ambientais), permitindo o debate mais profundo sobre Direitos Humanos (Brasil, 1988, 2007). O princípio da dignidade da pessoa humana previsto no Artigo 1º da Constituição Federal de 1988 requer de todo o Estado brasileiro uma consistente rejeição a qualquer tratamento indigno aos seres humanos, como maus tratos por orientação sexual, religião, etnia, gênero, tortura, trabalho análogo à escravidão, entre outras práticas que possam degradar a dignidade da pessoa.

A dignidade da pessoa humana é o fundamento último do Estado brasileiro. Assim sendo, todas as ações do poder público devem ter como base esse princípio. O Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-3) alarga as dimensões dos direitos e das garantias fundamentais ao considerar os Direitos Humanos como princípio transversal que necessita perpassar todas as políticas públicas (Brasil, 2010). O programa focaliza o fortalecimento e a promoção dos Direitos Humanos por meio de seis eixos orientadores, a saber: Interação Democrática entre Estado e Sociedade Civil; Desenvolvimento e Direitos Humanos; Universalizar Direitos em um Contexto de Desigualdades; Segurança Pública, Acesso à Justiça e Combate à Violência; Educação e Cultura em Direitos Humanos; Direito à Memória e à Verdade. Cada eixo tem diretrizes, objetivos estratégicos e ações que deverão ser desenvolvidas nos próximos anos. Tem-se, portanto, um programa que direciona o fazer de todos os agentes públicos para promover a efetuação dos Direitos Humanos no Brasil.

No contexto de afirmação dos Direitos Humanos no Brasil, a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (Brasil, 2003) está em consonância com o fundamento da dignidade da pessoa humana ao:

- Compreender que o uso de álcool e outras drogas é um problema de saúde pública;
- Propor a Redução de Danos como estratégia de saúde pública;
- Pensar políticas que visem desconstruir a visão de que todo usuário de droga é uma pessoa doente;
- Buscar envolver toda a sociedade civil no processo de controle e participação nas práticas de prevenção e reabilitação dos usuários de drogas.

À vista disso, a atuação em Saúde Mental deve apresentar princípios e valores que busquem:

- Serviços que promovam a inclusão social e o combate ao estigma e à discriminação;
- Trabalhar intersetorialmente, incluindo cuidados de saúde, cuidado social, habitação e emprego;
- Mostrar que as pessoas devem ser agentes ativos em seus tratamentos e encorajadas a expressar preferências e exercer sua escolha.

Isso pressupõe que os indivíduos tratados têm responsabilidades e direitos; o sistema de saúde tem responsabilidade mais ampla de influenciar a formulação e execução das políticas sociais e econômicas, incluindo aquelas relativas a educação, formação e emprego (Tulloch, Boardman, Henderson, & Knapp, 2008).

Tomando-se por base esse novo contexto, a abstinência deixa de ser o único objetivo almejado e a única direção de tratamento possível. Além disso, busca-se não submeter o campo da saúde aos poderes jurídico, psiquiátrico e religioso, como se fez durante longa data (Passos & Souza, 2011). De acordo com essa visão, as práticas de saúde, em qualquer nível de ocorrência, têm que levar em conta a diversidade e lidar com as singularidades, as diferentes possibilidades e as escolhas feitas pelos sujeitos. A ideia central na Reforma Psiquiátrica é que o indivíduo trace, com a equipe de referência, estratégias voltadas não para a abstinência como objetivo único, mas para a defesa e melhoria de sua qualidade de vida (Brasil, 2003).

Assim, o paradigma da Redução de Danos preconizado na Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas indica diretrizes que podem aumentar o grau de liberdade e corresponsabilidade daquele que está se tratando (Brasil, 2003). A compreensão do Ministério da Saúde (MS) é de que a abstinência não é o único caminho a ser percorrido. A pensar nas singularidades de cada sujeito, as práticas de saúde devem considerar a diversidade e envolver a participação e o engajamento dos usuários de álcool e drogas. Nesse sentido, a Redução de Danos é uma prática auspiciosa, porque suas estratégias são construídas com os usuários, em um caminho que alarga a liberdade e a corresponsabilidade de quem está em tratamento. Essa nova forma de tratamento promove os Direitos Humanos do paciente, compreendendo-o como um ser humano au-

tônomo e capaz de fazer suas próprias escolhas (Brasil, 2003, 2005).

De acordo com essa perspectiva, o profissional deve se situar frente às queixas dos usuários, sem deturpá-las ou reduzi-las. As posturas e atitudes, políticas e programas passam a ter como objetivo colaborar para a mudança na visão de mundo da sociedade frente às drogas, possibilitando o diálogo (Fonsêca, 2012). Abrem-se novas possibilidades clínicas, políticas e existenciais ao se perceber a diversidade do uso de drogas. Coloca-se em evidência que, além das pessoas que usam drogas e precisam de tratamento, existem aquelas que não precisam e não querem diminuir o uso (Passos & Souza, 2011). Essa perspectiva exige a imersão na realidade dos sujeitos e, com base nisso, na busca por soluções participativas e contextualizadas que primem pela cooperação, pela complementaridade, pelo respeito mútuo, pela afinidade afetiva, enfim, que privilegiem os vínculos entre as pessoas (Fonsêca, 2012).

Em 2003, 14 anos após as primeiras ações de Redução de Danos, esta passa a ser compreendida como estratégia na Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, que busca a inclusão do consumo de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública e o atendimento às recomendações da III Conferência Nacional de Saúde Mental. A política afirma que, por meio do tratamento, deve-se aumentar o grau de liberdade e corresponsabilidade do usuário. Também aborda o estabelecimento de vínculo com os profissionais, que são corresponsáveis pelos caminhos a serem construídos pelo usuário e pelas muitas vidas que a ele se ligam. Essa política é norteada, entre outras, pelas seguintes diretrizes: atenção integral, prevenção, promoção e proteção à saúde de consumidores de álcool e outras drogas, territorialização e intersetorialidade (Brasil, 2003).

Contudo, ainda hoje, apesar do aparato legal e das políticas públicas, os projetos de Redução de Danos são desenvolvidos à margem do SUS, permanecem desarticulados com a rede intersetorial e encontram forte resistência em outros setores do aparelho estatal que são a favor de política antidrogas (Fonsêca, 2012). Existe carência de estudos que avaliem a prática e a visão dos profissionais sobre as políticas de Redução de Danos.

Para romper totalmente com a visão asilar e de abstinência total, passando-se a aceitar a Redução de Danos como uma possibilidade, os profissionais devem redefinir seus papéis e reorientar suas

práticas. É necessário mudar totalmente a forma de tratar o usuário, eliminando formas coercitivas de atuar. Ao mesmo tempo, deve-se produzir relações e espaços de diálogo e investir em dispositivos democráticos, que respeitem a escolha do indivíduo (I Conferência Nacional de Saúde, 1987; Rotelli, Leonardis & Mauri, 2001).

Por meio de toda a discussão apresentada, percebe-se que a perspectiva dos Direitos Humanos está em consonância com o artigo 1º da Constituição de 1988, que aborda a dignidade da pessoa como valor inerente à condição humana, manifestado na autodeterminação consciente e responsável da própria vida, bem como na necessidade do respeito por parte das demais pessoas sobre as escolhas individuais (Brasil, 1988; Moraes, 2003). Baseado nessa premissa, este artigo discute como os profissionais dos CAPS AD II do Distrito Federal compreendem a Redução de Danos e como essa prática se efetiva no cotidiano dos serviços.

Método

A pesquisa aqui apresentada se fundamentou em uma proposta qualitativa, que se torna o método preferido quando se pretende analisar a realidade dinâmica e não linear, pois busca a compreensão profunda dos acontecimentos sociais, subsidiando mudanças e transformações na realidade social. Nesse tipo de pesquisa, o pesquisador se aprofunda no tema e no objeto estudado (Demo, 2012; Goldenberg, 2007; Richardson, Peres, Wanderley, Correia & Peres, 2012).

Participantes

Dezenove profissionais entrevistados, dois do sexo masculino e 17 do sexo feminino, com idades entre 28 e 59 anos e cujo tempo de atuação profissional no CAPS variava de seis meses a oito anos. Foram quatro médicos psiquiatras, quatro psicólogos, quatro assistentes sociais e sete técnicos de enfermagem.

Instrumentos

Utilizou-se, para a coleta de dados, a entrevista semiestruturada contendo questões abertas que abordaram a forma de atendimento nos CAPS AD II e a visão dos profissionais sobre a Política de Álcool e Outras Drogas.

Procedimentos de coleta

Após a aprovação do projeto no Comitê de Ética da Universidade Católica de Brasília e no comitê da Escola Superior de Ciências da Saúde (FEPECS), a pesquisa foi apresentada aos gestores de cada um dos CAPS AD II, visando obter sua adesão a ela. Logo depois, foram feitas as entrevistas semiestruturadas com os profissionais de cada CAPS AD II. Em todos os CAPS AD II, as entrevistas foram realizadas individualmente, em uma sala de consultório, o que garantiu o sigilo das informações. Todas as entrevistas foram gravadas em áudio, por meio de aplicativo, em um *smartphone*.

Procedimento de análise dos dados

Para auxiliar na organização e apresentação dos dados, utilizou-se o *software* IRaMuTeQ®, que tem sido usado com essa finalidade em diferentes trabalhos na área de ciências humanas (Camargo, Bousfield, Giacomozzi & Koelzer, 2014; Santos, 2014; Silva, 2014).

A interface do *software* é simples e de fácil utilização, com a vantagem de apresentar rigor estatístico, o que permite aos pesquisadores utilizarem diferentes recursos técnicos de análise lexical (Camargo & Justo, 2013b). Esta pesquisa utilizou a categorização, o dendograma e as análises de similitudes geradas pelo *software* para que esses dados quantitativos auxiliassem na organização das categorias de análise em uma perspectiva qualitativa.

O conteúdo textual resultante das entrevistas ocorreu principalmente em virtude das seguintes análises do programa IRaMuTeQ®:

- Método da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), que obteve classes de segmentos de texto que apresentavam vocabulário semelhante entre si e vocabulário diferente dos segmentos de texto das outras classes. Por meio dessas análises, o *software* apresentou um dendograma da CHD, ou seja, uma representação da partição e uma indicação do tamanho das classes;
- Análise de similitude, que pressupõe conectividade espontânea das palavras e observa a quantidade de conexões que determinado elemento mantém com outros elementos da representação. Dessa forma, a análise possibilitou identificar as coocorrências entre as palavras, ou seja, os segmentos de texto em que ocorrem palavras

conjuntamente, e trouxe indicações da conectividade e da proximidade entre as palavras;

- Nuvem de palavras, que agrupou as diferentes palavras e as organizou graficamente em virtude de sua frequência. Apesar de a nuvem de palavras ser uma análise lexical mais simples, é graficamente importante e interessante, pois facilita a leitura dos dados (Camargo & Justo, 2013a 2013b).

Por meio de todas essas análises, foi possível trabalhar com as classes e palavras colocadas em evidência, buscando compreender o sentido das respostas dadas nas entrevistas. Contudo, a tarefa mais árdua do pesquisador consistiu em ultrapassar o sentido literal das classes e encontrar sentido na pesquisa, respondendo, assim, aos objetivos propostos.

Por meio do *software* IRaMuTeQ®, foi feita a análise textual lexicográfica e multivariada, que permitiu identificar informações importantes contidas no *corpus* textual. Com base na CHD, o *software* encontrou seis classes distintas, que, com base na análise de conteúdo de Bardin (2011), foram nomeadas como:

1. “Atividades em grupo”;
2. “De que tipo de rede se está falando?”;
3. “Redução de Danos: estratégias específicas ou visão de homem?”;
4. “Como os casos são discutidos?”;
5. “Equipe de referência: por que ainda não?”;
6. “Projeto Terapêutico Singular ou cronograma de atividades?”.

No entanto, neste artigo será discutida a classe 3.

Cuidados éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Brasília no dia 18 de junho de 2014, com número de CAAE 31055714.7.0000.0029 e número do Parecer 692.949, e pelo Comitê de Ética em pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/FEPECS) no dia 08 de setembro de 2014, com número de CAAE 31055714.7.3001.5553 e número do Parecer 782.366.

Resultados e discussão

Conforme apontado anteriormente, neste artigo será discutida a classe que deu origem à categoria definida como “Redução de Danos – estratégias es-

de você manter sua saúde'. De que forma? Por exemplo, o uso da bebida com alimentação, (...) se hidratar, tentar tomar menos doses (...). (Profissional nº 11, comunicação pessoal, novembro de 2014)

Júnior (2011) questiona esse tipo de saber, quando limitado à função instrumentalizadora dessa estratégia, e afirma que esta constitui uma visão reducionista sobre o tema.

A perspectiva da abstinência como sucesso no tratamento também aparece nos relatos dos profissionais, além da crença de que a Redução de Danos não pode ser aplicada à maioria dos pacientes do CAPS AD II e que o uso de drogas não é compatível com saúde e felicidade:

Acho que a Redução de Danos é importante no começo, acho que ela é um passo no tratamento. Acho estranho quando, às vezes, define, 'ah esse paciente é Redução de Danos', porque a minha sensação é que se está dizendo assim, 'não, ele não dá conta, esse daí é só isso daí mesmo. É o que a casa oferece, não tem jeito'. Acho que tem que trabalhar na perspectiva da Redução de Danos assim do jeito que eu trabalho. Você conseguir acolher o paciente, mesmo que ele esteja em uso, mesmo que ele te diga que quer continuar usando, mas sem perder muito a perspectiva de que você pode avançar. Porque acho que são poucos os pacientes que conseguem usar e ter uma vida produtiva e feliz e isso talvez seja ainda um pouco idealizado, pelo menos os nossos pacientes. Claro que tem gente que não chega aqui que consegue, mas os nossos pacientes não têm esse controle. (Profissional nº 12, comunicação pessoal, novembro de 2014)

Esses relatos exemplificam o tipo de visão que os profissionais entrevistados têm da Redução de Danos. Muitos deles conhecem as estratégias preconizadas pelo Ministério da Saúde, mas não conseguem ultrapassar a função instrumentalizadora e, em muitos casos, ainda compreendem a abstinência como a estratégia final. Esse fato faz com que desconsiderem o protagonismo dos usuários, desrespeitando o sujeito

em seu direito de decidir permanecer com o consumo de drogas, contrariando, assim, a proposta de estudos sobre o tema (Andrade, 2011; Davis & Rosenberg, 2013; Fonsêca, 2012).

O Ministério da Saúde, pactuando com a visão da Reforma Psiquiátrica, afirma que os serviços precisam compreender e trabalhar com a diversidade, as singularidades, as diferentes possibilidades e escolhas feitas pelos sujeitos. Dessa forma, não é o profissional, de forma autoritária, quem deve definir a meta a ser alcançada no tratamento, ao contrário, por meio da corresponsabilidade e visando aumentar o grau de liberdade do usuário, a equipe de referência traça estratégias com o paciente, voltadas não para a abstinência como objetivo único, mas para a defesa e melhoria de sua qualidade de vida (Brasil, 2003). Essa nova visão traz a possibilidade de o CAPS AD II ofertar cuidado a pessoas que não querem parar de usar drogas ou que querem diminuir o uso sem necessariamente interrompê-lo (Passos & Souza, 2011).

Em alguns relatos, surge a reticência em falar sobre o tema da Redução de Danos, mesmo se tratando de uma política pública que deveria fazer parte do cotidiano dos profissionais dos CAPS AD. Isso é exemplificado no seguinte relato:

Esse tema é muito polêmico, acho que eu não vou querer falar disso não. Já teve muitas discussões a respeito disso de Redução de Danos. (...). Acho que em alguma medida já fazemos Redução de Danos aqui. Por exemplo, não exigimos que ele esteja em abstinência para estar em tratamento. E vai manejando o que é possível ser manejado. Existem sim algumas regras: não vir sob efeito para o grupo. E a gente vai adequando. Não vou entrar naquela discussão de que se tem de manejo de droga, essas coisas não (...). (Profissional nº 3, comunicação pessoal, novembro de 2014)

Os profissionais também questionam as estratégias de Redução de Danos, principalmente no que se refere ao incentivo ao usuário para substituir drogas consideradas mais "prejudiciais" por outras menos "prejudiciais". Ou seja, mesmo conhecendo a política de Redução de Danos, eles não "acreditam" em sua efetividade e não conseguem incorporá-la como algo efetivo nos serviços:

Redução de Danos para mim vem muito como uma palavra de troca, reduz que você vai melhorar (...). E isso é extremamente questionado (...). Eu conversei com outros profissionais que atendem em outros CAPS AD II, e a gente vê que é uma pedrinha no sapato. (Profissional nº 2, comunicação pessoal, novembro de 2014)

Mas para que o trabalho seja feito com visão mais ampla e dentro de um cenário democrático e participativo, os profissionais devem conhecer verdadeiramente a realidade de cada usuário e deixar de lado discursos impositivos (Fonsêca, 2012; Rossi, 2006; Silveira, 2008). Esses autores afirmam ainda que, para que a atuação seja baseada nos princípios dos Direitos Humanos, deve-se compreender que, mesmo que se discorde ou se perceba riscos na conduta do outro, a sociedade optou legalmente pelo respeito à liberdade individual. Assim, é um desafio pensar em um tratamento que não imponha a visão de mundo e os valores dos profissionais, induzindo o indivíduo a realizar escolhas que não são suas, mas, ao contrário, levá-lo a refletir sobre sua escolha para que conheça bem as consequências e consiga tomar uma decisão consciente que será respeitada pela equipe.

A despeito de todas as dificuldades de incorporação da Política de Redução de Danos no cotidiano dos CAPS AD pesquisados, os relatos demonstram que o primeiro passo já foi dado. Em comparação com épocas anteriores, nas quais o indivíduo era isolado do meio social e tido como louco ou bandido (Brasil, 2007; Bucher, 1992), ocorreu um avanço real, que permite aceitar que o indivíduo esteja em uso para iniciar o tratamento. De uma forma ou de outra, os serviços já aceitam trabalhar com algumas estratégias voltadas a essa finalidade, apesar de não assumirem ideologicamente tal conceito. Essa visão precisa ser ampliada para que a Política de Redução de Danos seja realmente aplicada, pois muitos profissionais entrevistados, apesar de conhecerem a Redução de Danos, ainda apresentam um pensamento proibicionista, nos moldes que apresentam Bucher (1992) e Pinho (2009).

Não obstante, é necessário ressaltar que não só os profissionais agem de forma ambígua em relação à Política de Redução de Danos, mas a própria legislação brasileira apresenta suas incoerências. Ao mesmo tempo em que defende a singularidade

do indivíduo e suas escolhas, inclusive a de usar drogas, a Lei nº 11.343/2006 prevê punições ao usuário de drogas, visto que o uso dessas substâncias continua sendo considerado uma infração de acordo com a legislação vigente. Os dados indicam que o que ocorria no século XX ainda acontece quando os sistemas de saúde tutelam o indivíduo, tratando-o como doente e fazendo a escolha do tipo de tratamento por ele. Assim, percebe-se que a reflexão de Passos & Souza (2011) sobre o início da implantação da Política de Redução de Danos no Brasil ainda é atual. Permanece o conflito entre as forças conservadoras, repressivas e totalitárias, que sustentavam uma política antidrogas, e as forças progressistas e humanistas, que adotam a Redução de Danos como uma estratégia em prol da vida e da democracia. Embora não tão nítido como em 1989, quando se iniciaram as estratégias de Redução de Danos, ainda é possível ver esse conflito entranhado no discurso dos profissionais e na legislação. Portanto, é urgente rever e atualizar as leis de acordo com o que propõem as políticas públicas, pois se torna mais difícil cobrar dos profissionais essa coerência quando o próprio Estado apresenta incongruências.

Para confirmar a importância da Redução de Danos e de uma abordagem de cuidados continuados a usuários de álcool e drogas, retoma-se a pesquisa de Parthasarathy, Chi, Mertens & Weisner (2012). O estudo aborda a questão do custo financeiro de atendimentos a usuários de drogas e conclui que os pacientes que receberam cuidados continuados em saúde, mesmo estando em uso, tiveram menor custo em relação às intervenções de saúde do que aqueles que receberam menos cuidados. Aqueles que não receberam cuidados continuados tiveram custos de internação significativamente maiores, pois chegaram aos serviços com mais problemas de saúde. Percebe-se, dessa forma, que a Redução de Danos pode diminuir o custo com a saúde pública ao oferecer cuidados para que esse indivíduo melhore sua qualidade de vida e não apresente outros agravos à saúde.

Outro fator muito importante da classe que deu origem à categoria abordada neste artigo se refere à disposição das outras palavras em relação à palavra “danos”: quanto mais próximas as palavras, maior a coocorrência entre elas, principalmente se forem do mesmo grupo de cores, como demonstrado na Figura 2. Vale ressaltar também que o tamanho do vértice é proporcional à frequência da palavra na clas-

se e que o tamanho do texto do vértice é proporcional ao χ^2 da palavra na classe. O χ^2 mostra a associação da palavra com a classe.

A palavra “danos” se liga fortemente à palavra “redução”, formando a expressão “Redução de Danos”. Próximo à palavra redução encontram-se os verbos “usar” e “parar”, com o χ^2 respectivamente de 105,16 e 53,48. Comparando-se o χ^2 dessas duas palavras, percebe-se que os usuários de álcool e outras drogas não se adequam ao modelo de abstinência total no qual muitos profissionais credi-

tam. O verbo “continuar” e “querer” (no sentido de desejo de abstinência) apresentam, respectivamente, χ^2 de 45,15 e 7,51, o que reforça a ideia anterior. Em outro ramo, a palavra “uso” se encontra (χ^2 110,72) muito ligada ao verbo “diminuir” (χ^2 93,53), evidenciando que a intenção dos sujeitos em continuar usando é alta. Toda essa análise demonstra a importância de os profissionais oferecerem métodos que consigam aumentar o grau de liberdade e corresponsabilidade daquele que está se tratando (Brasil, 2003).

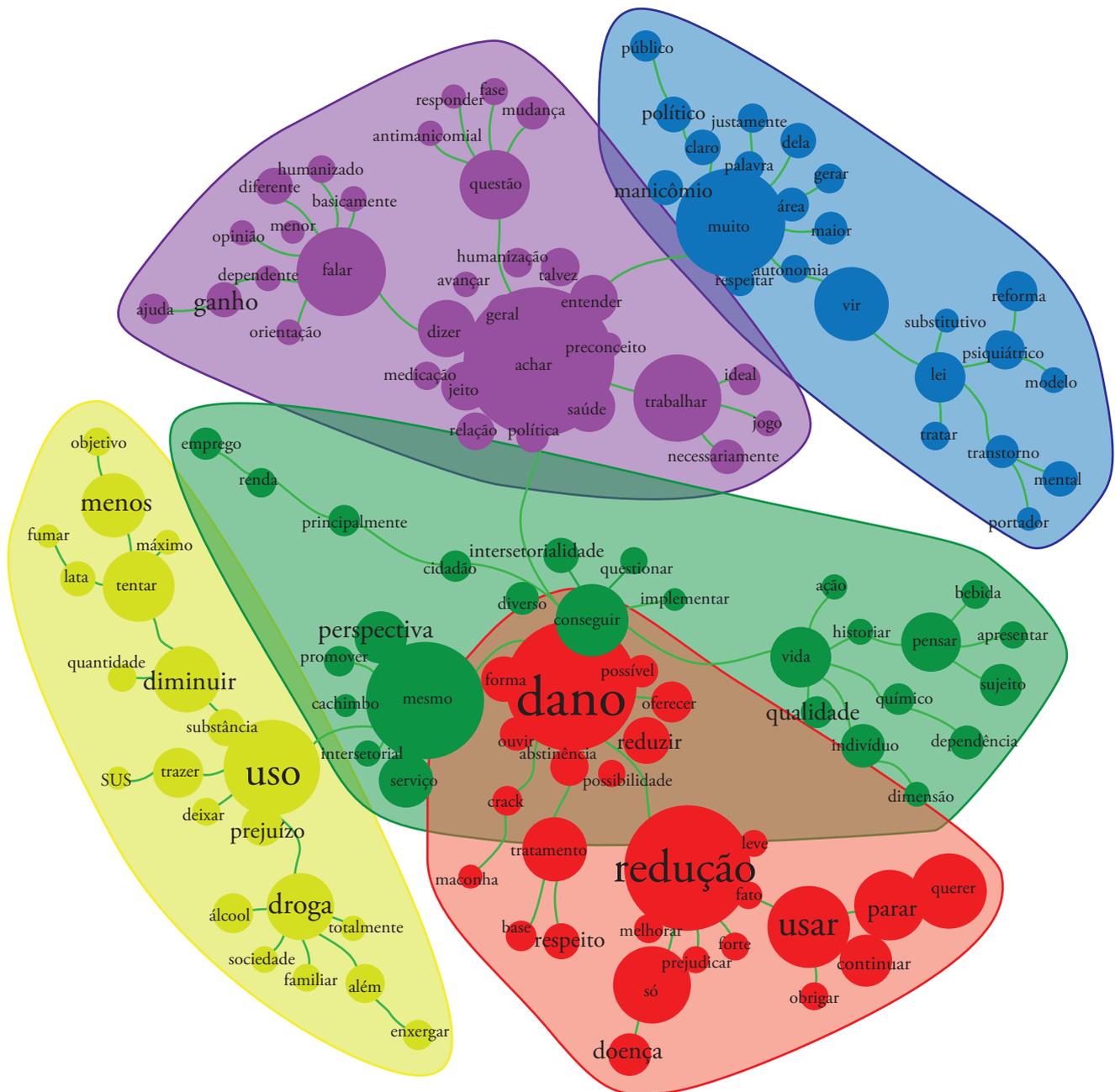


Figura 2
Grafo de similitude.

A palavra “intersectorialidade” aparece de forma não significativa, com χ^2 de 26,75. Esses dados demonstram que a Redução de Danos não contempla a intersectorialidade e ainda está muito ligada à visão de abstinência, além de nos conduzir ao questionamento de como a rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas está se estruturando no Distrito Federal.

Considerações finais

O presente artigo teve como objetivo discutir, por meio da perspectiva dos Direitos Humanos, como os profissionais dos CAPS AD II do Distrito Federal compreendem a Redução de Danos e como essa prática se efetiva no cotidiano dos serviços.

A classe aqui apresentada demonstra que as práticas de Redução de Danos nos serviços não conduzem a uma mudança epistemológica. Apesar de os profissionais conhecerem diversas estratégias de Redução de Danos, o posicionamento ainda gira em torno da abstinência. Falta, nesse ponto, uma visão integradora, o respeito às escolhas do sujeito e percebê-lo verdadeiramente como corresponsável pelo tratamento.

Constata-se, com os resultados deste estudo, que o fundamento último do Estado brasileiro, qual seja, a promoção dos direitos e da dignidade da pessoa humana — que se alcança com o desenvolvimento das necessidades e capacidades de todos, por meio de acesso apropriado aos direitos sociais, civis, políticos e afetivos —, não está internalizada nas práticas dos profissionais pesquisados.

Isso leva à conclusão de que é imprescindível ter um arcabouço legislativo arrojado para os usuários de álcool e drogas, como apresentado ao longo do texto. No entanto, a longa cultura de exclusão social, repressão e violência, assim como a visão proibicionista em relação às drogas, dificulta a construção de um contexto institucional e social que acolha o usuário de álcool e drogas em sua singularidade, com respeito a sua liberdade e autonomia. Com efeito, o imaginário dos profissionais também está povoado por uma visão de busca da normalidade do ser humano que fortalece a ideia da abstinência, em vez de pensar o uso de álcool e outras drogas em uma perspectiva histórica que aponte seu uso como prática milenar, mesmo não sendo saudável, tampouco recomendável.

Por fim, os resultados remetem à possibilidade de ir além do discurso da “beleza” da Reforma

Psiquiátrica e refletir sobre a prática cotidiana, seus limites e necessidades de intervenção para que efetivamente funcione. Afinal, não basta dizer que o serviço atua com base nos princípios dos Direitos Humanos, da Reforma Psiquiátrica e da Redução de Danos; é necessário que as equipes tenham condições de realizar um trabalho verdadeiramente efetivo. Somente assim pode-se dizer que as singularidades de cada indivíduo são respeitadas.

Referências

- Amarante, P. (1998). *Loucos Pela Vida: A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Andrade, T. M. de. (2011). Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4665-4674. doi:10.1590/S1413-81232011001300015
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo* (70th ed.). São Paulo.
- Brasil. Comitê Nacional de Educação em Direitos Humanos. (2007). *Plano Nacional de Educação em Direitos Humanos*. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos; Ministério da Educação.
- Brasil. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. (2010). *Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas no Brasil*. Brasília: Ministério da Justiça.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. (2005). *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. (2009). *O HumanizaSUS na atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de: http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza_sus_atencao_basica.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e AIDS. (2003). *A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de: http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. (1987). *I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Recuperado de: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cns_m_relato_final.pdf
- Brasil. Presidência da República. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Recuperado de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
- Bucher, R. (1992). *Drogas e drogadição no Brasil*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Camargo, B. V., Bousfield, A. B. da S., Giacomozzi, A. I., & Koelzer, L. P. (2014). Representações sociais e adesão ao tratamento antirretroviral. *Liberabit*, 20(2), 229-238.
- Camargo, B. V., & Justo, A. M. (2013a). *Iramuteq: Tutorial para uso do software de análise textual IRaMuTeQ*. Santa Catarina: Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição – LACCOS/Universidade Federal de Santa Catarina. Recuperado de: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>
- Camargo, B. V., & Justo, A. M. (2013b). *IRaMuTeQ: Um software gratuito para análise de dados textuais*. *Temas Em Psicologia*, 21(2), 513-518. doi:10.9788/TP2013.2-16
- Davis, A. K., & Rosenberg, H. (2013). Acceptance of non-abstinence goals by addiction professionals in the United States. *Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 27(4), 1102-1109. doi:10.1037/a0030563
- De Oliveira, E. (2005). *O desafio de assistir aos pacientes com transtornos decorrentes de uso prejudicial e/ou dependências de álcool e outras drogas*, Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo. Recuperado de: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7134/tde-07122006-152446/pt-br.php>
- Demo, P. (2012). *Pesquisa e informação qualitativa* (5ª ed.). Campinas: Papirus.
- Fonsêca, C. J. B. da. (2012). Conhecendo a redução de danos enquanto uma proposta ética. *Psicologia & Saberes*, 1(1), 11-36. Recuperado de: <http://revistas.cesmac.edu.br/index.php/psicologia/article/view/42/21>
- Goldenberg, M. (2007). *A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais* (10ª ed.). Rio de Janeiro: Record.
- Melo Júnior, R. V. (2011). *Redução de danos e o saber-fazer de profissionais de um CAPS ad em Natal-RN*, Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal. Recuperado de: https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/14737/1/RaimundoVMJ_DISSERT.pdf
- Moraes, A. de. (2003). *Direito constitucional* (13ª ed.). São Paulo: Atlas.
- ONU. (1948). *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Paris: Organização das Nações Unidas. Recuperado de: <http://www.dudh.org.br/wp-content/uploads/2014/12/dudh.pdf>
- Parthasarathy, S., Chi, F. W., Mertens, J. R., & Weisner, C. (2012). The role of continuing care in 9-year cost trajectories of patients with intakes into an outpatient alcohol and drug treatment program. *Medical Care*, 50(6), 540-546. doi:10.1097/MLR.0b013e318245a66b
- Passos, E. H., & Souza, T. P. (2011). Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. *Psicologia & Sociedade*, 23(1), 154-162. doi:10.1590/S0102-71822011000100017
- Pinho, H. (2009). *Os desafios na atenção aos usuários de álcool e outras drogas e a reabilitação psicossocial*, Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Richardson, R. J., Peres, J. A. de S., Wanderley, J. C. V., Correia, L. M. & Peres, M. de H. de M. (2012). *Pesquisa social: métodos e técnicas* (3ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Rossi, A. (2006). Ampliando o conceito de redução do dano? Uma visão desde a América Latina. *Cadernos de Ciências Humanas - Especiaria*, 9(15), 33-57. Recuperado de: http://www.uesc.br/revistas/especiarias/ed15/15_2_ampliando_o_conceito_de_reducao_de_danos.pdf
- Rotelli, F., Leonardis, O. de & Mauri, D. (2001). Desinstitucionalização, uma outra via. A reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “países avançados”. In: Nicácio, M. F. (Org.), *Desinstitucionalização* (2ª ed., p. 112). São Paulo: HUCITEC.
- Santos, E. V. (2014). *Representações sociais da estética negra: um estudo sobre padrões de beleza e relações interétnicas*, Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Sergipe.
- Silva, J. P. da. (2014). *Representações sociais da hipertensão arterial sistêmica e relação com práticas de controle da doença*, Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

Silveira, D. X. da. (2008). Reflexões sobre a prevenção do uso indevido de drogas. In: Niel, M. & Silveira, D. X. da (Orgs.), *Drogas e redução de danos: uma cartilha para profissionais de saúde* (1ª ed., p. 96). São Paulo: UNIFESP.

Lelliott, P., Tulloch S., Boardman, J., Harvey S., Henderson M. & Knapp, M. (2008). *Mental Health and Work*. London: Royal College of Psychiatrists. Recuperado de: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/212266/hwwb-mental-health-and-work.pdf

Endereço para correspondência:

Glacy Daiane Barbosa Calassa
Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas, Secretaria de Saúde do Distrito Federal e Escola de Saúde, Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia, Universidade Católica de Brasília Alameda Gravatá, Quadra 301, Conj. 07, Lt. 1, 3 e 5, Residencial Luiza I, Apto. 705
CEP: 71903540 – Águas Claras (Norte)/DF
E-mail: glacydaiane@gmail.com

Recebido em 31/07/2015

Revisto em 07/10/2015

Aceito em 19/11/2015