

Redução de Danos no CAPSAD: impasses e perspectivas sob o ponto de vista dos familiares dos usuários

Harm Reduction in the CAPSAd: impasses and perspectives under the point of view of the users' relatives

Reducción de daños en el CAPSAd: impasses y perspectivas bajo el punto de vista de los familiares de los usuarios

Thais Munique Guimarães Silva Coelho¹
Ricardo Wagner Machado da Silveira²

1- Discente do curso de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia
2- Docente do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia

RESUMO

Este trabalho refere-se a uma pesquisa que investigou a estratégia de redução de danos (RD) em um CAPSad de uma cidade de porte médio de Minas Gerais. O objetivo da pesquisa foi investigar o que os familiares dos usuários atendidos em um CAPSad sabem sobre a RD e o que consideram serem práticas de RD. A pesquisa de tipo qualitativa utilizou a entrevista semiestruturada como meio de coleta de dados e a análise de conteúdo para tratamento dos dados coletados nas entrevistas realizadas. Foram entrevistadas 10 mulheres com idade entre 43 a 72 anos. A partir dos resultados observados percebeu-se que a lógica da abstinência ainda se faz muito presente, aparecendo como um objetivo a ser alcançado em todas as entrevistas e que o conhecimento acerca de políticas de saúde não chega até a população em geral evidenciando a necessidade de estratégias de conscientização a respeito dessas políticas.

Palavras-chave: Luta antimanicomial; Centro de Atenção Psicossocial – álcool e outras drogas (CAPSad); Redução de Danos (RD).

ABSTRACT

This work refers to a research that investigated the harm reduction (HR) in a CAPSad in the midsized city of Minas Gerais. The research's objective was to investigate what the relatives of the served users in a CAPSad know about the HR and what they consider being HR practices. The qualitative research was conducted using the semi-structured interview as the data collecting means and content analysis for the collected data processing in the interviews. Ten women in ages from 43 to 72 years old were interviewed. From the observed results it was perceived that the abstinence logic is still very present, appearing as a goal in all the interviews and that the health policies knowledge doesn't goes to all the population, evidencing the need of strategies of awareness about those policies.

Key words: Anti Asylum fight; Psychosocial Attention Center – Alcohol and other drugs (CAPSad); Harm Reduction (HR).

RESUMEN

Este trabajo se refiere a una investigación que investigó la reducción de daños en um CAPSad en la ciudad mediana de Minas Gerais. El objetivo de la investigación fue investigar lo que los familiares de los usuarios atendidos en um CAPSad conocen sobre la Reducción de Daños (RD) y lo que consideran prácticas de RD. La investigación cualitativa se realizó utilizando la entrevista semiestructurada como medio de recopilación de datos y análisis de contenido para el procesamiento de datos recopilados en las entrevistas. Diez mujeres en edades de 43 a 72 años fueron entrevistadas. A partir de los resultados observados, se percibió que la lógica de la abstinencia aún se hace muy presente, que aparece como un objetivo en todas las entrevistas y que el conocimiento de las políticas de salud no llega hasta la población en general, lo que evidencia la necesidad de estrategias de concientización sobre esas políticas.

Palabras-clave: lucha anti asilo; Centro de Atención Psicossocial - Alcohol y otras drogas (CAPSad); Reducción de daños (RD).

INTRODUÇÃO

O uso de drogas, lícitas ou ilícitas, não é algo atual, em geral as drogas sempre estiveram presentes na sociedade e existem várias formas que a sociedade utiliza para avaliar tal consumo (Machado & Boarini, 2013). No início do século XIX, foram adotados por diversos países medidas referentes às drogas ilícitas que possuíam como principais métodos de intervenção a repressão, o proibicionismo e uma estratégia de guerra às drogas, a qual procura reduzir a oferta de drogas e prevenir o seu uso tendo como base principal o modelo moral, criminal e de doença, que julgam que o enfrentamento das drogas é realizada através do encarceramento do usuários e a dependência tratada como uma patologia (Alves, 2009).

Tais métodos, considerados proibicionistas, impõem a abstinência como uma exigência para ingressar em programas de tratamentos. Os resultados dessas estratégias passaram a ser questionados uma vez que o consumo de drogas continuava aumentando. As pessoas que não conseguiam ou não queriam parar de usar drogas eram estigmatizadas e a elas não era oferecido atendimento em saúde (Machado & Boarini, 2013).

As políticas públicas do Brasil direcionadas às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas são de certa forma recentes, na década de 20 ainda não havia regulamentações sobre as drogas ilícitas, esse período que foi marcado pela industrialização foi o marco inicial do controle sobre as drogas e acarretou a publicação de uma lei restritiva ao consumo de drogas além de punições aos usuários. Essa medida e outras que se seguiram propostas pela justiça e segurança pública requeriam que os usuários de drogas ilícitas passassem por internação e isolamento social (Machado & Miranda, 2007).

A partir da década de 80, com a constatação de que a estratégia de guerras às drogas não era efetiva, somado ao aumento da variedade e do uso e apoiado pelos movimentos sociais em

prol dos direitos humanos, o Estado brasileiro passou a criar políticas públicas voltadas às pessoas que usam drogas, especialmente as ilícitas (Machado & Boarini, 2013).

Em 2003, o Ministério da saúde assumiu o compromisso de encarar os problemas relacionados ao consumo de álcool e outras drogas, num documento sobre política nacional onde propuseram práticas que seguiam a lógica da redução de danos (RD) em consonância com os princípios do SUS, com a implementação de Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas (CAPS ad). Trata-se de um marco nessa história, uma vez que rompe com as estratégias reducionistas (Alves, 2009).

O CAPSad atende ao usuário de álcool e outras drogas, e busca a diminuição do estigma e preconceito associados ao uso de substâncias psicoativas utilizando medidas que permitem projetos terapêuticos flexíveis que se adequam a singularidade de cada indivíduo, isso se dá através de atividades de caráter preventivo/educativo baseadas na lógica de RD (Delbon, Ros & Ferreira, 2006).

Além disso, objetiva estimular a rede de assistência do usuário, enfatizando a reabilitação e reinserção social amparada em dispositivos comunitários, integrados ao meio cultural, articulados à rede de saúde mental e aos princípios da Reforma Psiquiátrica. Com isso, a participação familiar no cotidiano dos serviços também é um dos objetivos do CAPS, as ações dirigidas às famílias procuram estimular a construção de projetos voltados a reinserção familiar. Segundo o Ministério da Saúde (2004), através da aproximação com a família o tratamento se torna mais humanizado e viável.

O CAPSad utiliza a Redução de Danos (RD) como estratégia para minimizar as consequências do uso de álcool e outras drogas. A RD é uma estratégia de baixa exigência, sendo mais flexível e não possui a abstinência total como meta do tratamento dos usuários (Ministério da Saúde, 2004; Dias, Ribeiro, Bastos, & Page, 2014). “Essa política tem seus princípios básicos de atuação pautados nas diretrizes do SUS, que são Universalidade,

Integralidade e Equidade, além de visar participação social e autonomia do sujeito ao longo do tratamento.” (Silveira & D’ôlis, 2016, p. 80).

Nesse sentido, a RD pode ser definida como:

mais uma maneira de se abordar o usuário de drogas, descentrando o foco do problema da erradicação e da abstinência e privilegiando o direito à saúde de todos e o respeito à liberdade individual daquele que não deseja ou não consegue interromper o uso da droga (Machado & Boarini, 2013, p. 585).

A estratégia de (RD) teve origem na Inglaterra, em 1926, através do Relatório de Rolleston, onde se concluiu que os usuários poderiam minimizar as consequências mais danosas à saúde (Santos, Soares, & Campos, 2010). A partir da década de 80 a RD passou a ser considerada uma estratégia de saúde junto aos usuários de drogas e passou a ser difundida, principalmente, em função da prevenção da AIDS e assim se tornou uma estratégia importante sendo difundida por diversos países (Berridge, 1993; Reale, 1997; Bastos, 1998; Fonseca, 2005, citado por Santos et al., 2010). No Brasil, a cidade de Santos, em 1989, foi pioneira na utilização da estratégia de RD (Mesquita, 1998; Bueno, 1998 citado por Santos et al., 2010), nessa época, Santos era conhecida como “capital da AIDS” e era um ponto estratégico para o tráfico internacional de drogas (Mesquita, 1991 citado por Passos & Souza, 2011).

Os princípios da RD se sustentam na consideração que o consumo de drogas sempre foi e sempre será presente na humanidade, sendo assim o sentido de uma sociedade ideal livre de drogas se perde, partindo desse pressuposto de que o consumo de drogas não pode ser suprimido da sociedade, estratégias podem ser traçadas para que os danos relacionados a tal consumo reduzam, tanto para o usuário quanto para a sociedade (Alves, 2009).

Percebe-se então que a RD favoreceu a construção de um modelo de assistência mais democrático, propiciando um caminho promissor uma que vez que encoraja o protagonismo do usuário de drogas no seu processo terapêutico respeitando também sua singularidade, assim

o tratamento pode possibilitar uma maior liberdade e corresponsabilidade daquele que está em tratamento (Delbon et al., 2006).

Com isso, o objetivo da pesquisa foi investigar a percepção dos familiares dos usuários dos serviços de um CAPSad de um município mineiro de médio porte, acerca da concepção da prática da redução de danos, buscando compreender como eles veem a estratégia de redução de danos e os conhecimentos que possuem em relação a ela.

METODO

A pesquisa foi desenvolvida como pesquisa qualitativa. A pesquisa qualitativa parte de interesses amplos que vão se definindo juntamente com o desenvolvimento do estudo, a partir dos dados coletados durante a investigação. Nessa abordagem o pesquisador entra em contato com o ambiente e a situação que está sendo estudada, pois se considera que o fenômeno é melhor observado e compreendido no contexto em que ocorre e que todos os dados da realidade são importantes e por isso devem ser observados como um todo (Godoy, 1995).

Participantes

As entrevistas foram realizadas com 10 participantes, com idade entre 43 a 72 anos (Tabela 1), apesar de não ter sido um requisito todas as entrevistas foram realizadas com mulheres. O que é esperado uma vez que nos remete à ideia de que a prática de cuidado é atribuída prioritariamente à mulher na sociedade. A presença do gênero feminino no acompanhamento no tratamento do usuário de drogas nos serviços de saúde mental é um achado natural nos vários estudos correlatos sobre participação familiar (Azevedo e Miranda, 2010), em um estudo realizado por Silva e Azevedo (2015) em um CAPSad, indicou que as mães são maioria (64%) no apoio ao tratamento.

IDENTIFICAÇÃO DO FAMILIAR	IDADE	TEMPO DE TRATAMENTO DO USUÁRIO
------------------------------	-------	-----------------------------------

Entrevistada A	53 anos	10 anos
Entrevistada B	51 anos	8 meses
Entrevistada C	61 anos	7 meses
Entrevistada D	60 anos	6 meses
Entrevistada E	69 anos	2 anos
Entrevistada F	72 anos	4 anos
Entrevistada G	48 anos	5 anos
Entrevistada H	54 anos	9 meses
Entrevistada I	43 anos	5 anos
Entrevistada J	63 anos	4 anos

Tabela 1 – referente aos dados das entrevistadas

Instrumentos de coleta de dados

Para coleta dos dados, foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada (Anexo I), formado por questões de caracterização da entrevistada e questões norteadoras que desenvolveram uma conversa sobre a RD. A entrevista semiestruturada é composta de questões que permitem a verbalização do sujeito, abordando suas atitudes, fatos e comportamentos (Ribeiro, 2008). A entrevista permite compreender a realidade humana através dos discursos, sendo apropriada para investigações cujo objetivo é conhecer a percepção das pessoas (Fraser & Gondim, 2004). As entrevistas foram gravadas com um aparelho de áudio e posteriormente transcritas e utilizadas para a análise dos dados coletados.

Procedimento de coleta de dados

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética (CAAE: 68978017.0.00005152), entrou-se em contato com o CAPSad para apresentação da pesquisa. Para recrutar os participantes, a cada visita ao serviço foi feito um convite aos presentes e de acordo com o interesse e disponibilidade de cada um. As entrevistas aconteciam em uma sala disponibilizada pelo serviço ou nos domicílios dos entrevistados, conforme a preferência dos mesmos. No começo de cada entrevista foi entregue o termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

em duas vias, após o entendimento do documento e de sua assinatura com o consentimento do entrevistado a entrevista era realizada seguindo o roteiro elaborado.

Metodo de análise de dados

Utilizamos nesta pesquisa o método de análise de conteúdo. Para Bardin (2009), a análise de conteúdo, enquanto método, torna-se um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens (Farago & Fofonca 2013, p.2). O método da análise de conteúdo é uma ferramenta para a compreensão da construção de significado que os atores sociais exteriorizam através do discurso, permitindo ao pesquisador entender as representações que o indivíduo apresenta em relação a sua realidade e a interpretação que faz sobre o que vive (Silva, Gobbi, & Simão, 2011).

A utilização da análise de conteúdo nos permite interpretação e análise das falas dos entrevistados, sendo possível maior compreensão acerca do tema abordado, e, segundo Manzini (1990), as informações obtidas com as entrevistas semiestruturadas aparecem de maneira mais espontânea e livre, de modo que as respostas não se tornem condicionadas a determinados padrões ou alternativas.

RESULTADOS

A análise dos dados coletados aponta que as definições sobre a RD podem ser divididas em quatro categorias compostas por temas que apresentam o conteúdo chave das informações trazidas na fala das entrevistadas. São elas: “julga a RD importante para o tratamento, mas vê a abstinência total como o objetivo final”; “entende a RD como uma redução do uso da droga ou a troca por uma droga ‘mais fraca’”; “define a RD como algo que diz respeito a todos e não somente relacionado a droga ou ao usuário” e “não possui nenhum conhecimento ou definição sobre a RD”. Tais categorias foram identificadas, aparecendo mais de uma delas em cada entrevista.

As entrevistadas que julgam a **RD importante para o tratamento, mas vêm a abstinência total como o objetivo final** reconhecem a importância da RD, compreendem o fato de que a abstinência é difícil, mas a esperam como passo final no tratamento.

É importante, mas o trabalho tem que ser contínuo, reduzir pode ser fácil, mas tem que ser trabalhado psicologicamente, porque ir parando aos poucos pode dar muito certo, até chegar a parar. (Entrevistada I)

Por enquanto a RD tá melhor mas acredito que daqui uns tempos ele não vai usar mais nada, acho que se parar de uma vez a pessoa fica doida. Apesar de achar melhor ele parar de uma vez, sei que ele não dá conta. (Entrevistada B)

A RD não é contra a abstinência, porém, ela procura ter uma visão realista de que o uso de drogas ocorre e que nem todos os usuários estão dispostos ou não conseguem mudar, acredita que todos devem ter acesso aos serviços de saúde e que a recusa ao tratamento não deve ser motivo para a exclusão do usuário, afinal, todos merecem ter acesso a informações e formas de tratamento disponíveis (Dias et al, 2003).

Essa estratégia se contrapõe com as estratégias proibicionistas, sendo mais humanitária, permitindo que o usuário participe do seu tratamento, desenvolvendo seu projeto terapêutico de maneira singular juntamente com os profissionais, assim, ela é embasada no estabelecimento de vínculos entre os profissionais e o usuário (Ministério da Saúde, 2013).

Na RD é necessário que se pergunte ao usuário “quais malefícios o consumo de drogas está lhe causando e como poderíamos diminuir ou eliminar alguns desses malefícios”, sendo assim, o profissional não julga o que é melhor para o usuário, ele constrói juntamente com ele uma maneira de melhorar a sua vida respeitando seus limites (Ministério Da Saúde, 2013) ou seja, a abstinência pode ser alcançada desde que faça parte do processo de tratamento construído, do Projeto Terapêutico Singular (PTS).

Algumas entrevistadas entendem a **RD como uma redução do uso da droga ou a troca por uma droga mais “fraca”**. Nessa categoria os familiares definem a RD como sendo apenas a troca ou redução do uso, visando ainda assim a abstinência.

...por exemplo, uma pessoa que cheira um pó e não quer mais cheirar pó então começa a fumar maconha. (Entrevistada A)

Entendo assim, igual ele, ele parou de usar o pó mas de vez em quando eu pego ele fumando maconha, já não é tão forte, pra mim redução de danos é isso. (Entrevistada B.)

Os tratamentos de substituição também fazem parte da RD, eles incluem a troca de drogas legais ou ilegais por outras legais, buscando a redução do uso e dos danos de uma determinada droga, a satisfação do desejo do usuário, o cuidado com a saúde, o respeito aos direitos individuais e coletivos.

Embora não busque a abstinência, a RD reconhece tais tratamentos como indicados para aqueles que estão em sofrimento e desejam ajuda para interromper ou organizar o uso, portanto para a RD, a abstinência pode fazer parte do processo, dependendo da escolha do sujeito (Campos & Siqueira, 2003).

Outras entrevistadas definem a **RD como algo que diz respeito a todos e não somente relacionado à droga ou ao usuário**, elas apontaram que a RD é importante pois visa a saúde em geral, como uma redução de algo que é prejudicial, não focando somente na redução de danos focada exclusivamente no uso de drogas.

Diminuir as coisas que prejudicam a nossa vida, não só a dele mas os familiares também, quando ele ta sem beber eu fico feliz, quando ele toma os remédios certinho, então eu entendo por RD isso, uma melhoria nos acontecimentos na vida de todo mundo. (Entrevistada E)

É quando melhora algo que ta te prejudicando na sua vida, pra mim é o que eu to fazendo porque também faço tratamento psicológico e psiquiátrico. (Entrevistada F)

RD é uma forma da gente poder tá diminuindo uma perda, uma dor, reduzir o sofrimento. (Entrevistada I)

Segundo a Associação Brasileira de Redutores de Danos (ABORDA) a RD agora é melhor expressa como um movimento social, com isso ela pode ser utilizada para qualquer situação onde haja a busca pela redução de prejuízos, onde se busca um estado de maior bem-estar social para todos, com ou sem uso de drogas. “A RD contribui na busca daquele estado de maior bem-estar social para todos (...) contradizendo o discurso sanitarista (...) orientado exclusivamente para o controle de doenças, sem buscar saúde integral, ou distanciado dos direitos humanos” (Campos & Siqueira, 2003, p. 388).

Metade dos familiares entrevistados disseram não possuir **nenhum conhecimento sobre a RD**, após uma explicação sobre a temática, duas entrevistadas reconhecem a dificuldade da abstinência, mas ainda a julgam como o melhor caminho para o tratamento e as outras três se dizem contra ou não aceitam a política de RD, dizendo que a única solução é a abstinência total.

Podemos atribuir esse desconhecimento a respeito da RD ao fato de ela ainda ser uma política recente no país, comumente desconhecida pela comunidade e que as equipes dos CAPS ad ainda pouco conhecem e difundem. A RD passou a ser considerada como política e estratégia de saúde somente a partir da década de 90, tendo sido utilizada no Brasil pela primeira vez em 1989 (Mesquita, 1998; Bueno, 1998 citado por Santos et al.2010).

CONCLUSÃO

A partir dos resultados observados percebe-se que a lógica da abstinência ainda se faz muito presente, aparecendo como um objetivo a ser alcançado em todas as entrevistas, sendo

um reflexo da nossa cultura proibicionista. Além disso, em metade das entrevistas ocorreu o desconhecimento sobre a RD, esse desconhecimento e confusão sobre a RD pode ser consequência do fato de que ela ainda é uma política e uma prática social recentes e como tal, ela reflete diferentes concepções em disputa nos âmbitos das práticas e das abordagens utilizadas em saúde, nos levando a entender que existem várias RDs (Santos et al, 2010).

Com isso, compreende-se que o conhecimento acerca de políticas de saúde não chega até a população em geral evidenciando a necessidade de estratégias de sensibilização e conscientização a respeito dessas políticas e a produção de mais estudos sobre esse tema.

REFERÊNCIAS

Alves, V. S. (2009). Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cadernos de Saúde Pública*, 25, 2309-2319.

Azevedo, D. M. D., & Miranda, F. A. N. D. (2010). Práticas profissionais e tratamento ofertado nos CAPSad do município de Natal-RN: com a palavra a família. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 14(1), 56-63.

Campos, M. A., & Siqueira, D. J. R. (2003). Redução de danos e terapias de substituição em debate: contribuição da Associação Brasileira de Redutores de Danos. *J. Bras. Psiquiatria*, 52, 387- 393.

Delbon, F., Da Ros, V., & Ferreira, E. M. A. (2006). Avaliação da disponibilização de kits de redução de danos. *Saúde e Sociedade*, 15, 37-48.

Dias, A., Ribeiro, J. M., Bastos, F. I., & Page, K. (2014). Políticas de redução de danos no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19, 147-158.

Dias, J. C. et al. (2003). Redução de danos: posições da Associação Brasileira de Psiquiatria e da Associação Brasileira para Estudos do Álcool e Outras Drogas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 52(5), 341-348.

Farago, C. C.; Fofonca, E. (2013). A análise de conteúdo na perspectiva de Bardin: do rigor metodológico à descoberta de um caminho de significações. *Revista Linguagem*, 18(7), p. 45-117.

Fraser, M. T. D., & Gondim, S. M. G. (2004). Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. *Paidéia*, 14(28), 139-152.

Godoy, A. S. (1995). Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. *Revista de administração de empresas*, 35(2), 57-63.

Machado, A. R., & Carneiro Miranda, P. S. (2007). Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 14(3), 801-821

Machado, L. V., & Boarini, M. L. (2013). Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. *Psicologia: ciência e profissão*, 33(3), 580-595.

Manzini, E. J. (1990). A entrevista na pesquisa social. *Didática*, 26, 149-158.

Ministério Da Saúde. (2004). *Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde.

Ministério Da Saúde. (2013). *Guia de Saúde Mental atendimento e intervenção com usuários de álcool e outras drogas*. Ministério Da Saúde.

Passos, E. H., & Souza, T. P. (2011). Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de " guerra às drogas". *Revista Psicologia & Sociedade*, 23, 154 – 162.

Ribeiro, E. A. (2008). A perspectiva da entrevista na investigação qualitativa. *Revista Evidência*, 4(4), 129-148

Santos, V. E. D., Soares, C. B., & Campos, C. M. S. (2010). Redução de danos: análise das concepções que orientam as práticas no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 20, 995-1015.

Silva, C. R., Gobbi, B. C., & Simão, A. A. (2011). O uso da análise de conteúdo como uma ferramenta para a pesquisa qualitativa: descrição e aplicação do método. *Organizações rurais & agroindustriais*, 7(1), 70-81.

Silva, R. S., & Azevedo, C. S. (2015). A importância da família no tratamento do dependente químico. *Encontro: Revista de Psicologia*, 16(25), 151-162.

Silveira, R. W. M., & D'Tôlis, P. O. A. O. (2016). Impactos da ação de agentes redutores de danos segundo profissionais da rede SUS. *Revista da Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies*, 22(1), 79-88.

ANEXO I**MODELO DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS****Roteiro de Entrevista semiestruturada para os familiares**

Para os Familiares:

- 1) Qual sua idade?
- 2) A quanto tempo o seu familiar faz tratamento?
- 3) A quanto tempo o seu familiar faz tratamento no CAPSad?
- 4) Você está satisfeito com o tratamento recebido pelo seu familiar no CAPSad? Explique.
- 5) O que você entende por Redução de Danos?
- 6) Você acha que a Redução de Danos é importante ou não para o tratamento do seu familiar?
Explique.