

**HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE**  
**RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE**  
**ATENÇÃO INTEGRAL AO USUÁRIO DE DROGAS**

**RELATÓRIO FINAL DE CONCLUSÃO DA RESIDÊNCIA INTEGRADA**  
**MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE**

**REDUÇÃO DE DANOS EM UMA INTERNAÇÃO HOSPITALAR:**  
**PERCEPÇÕES DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL**

Carolina Melati Gandolfi

Orientadora: Ms. Paula Gonçalves Filippon

**Porto Alegre**

**2019**

Carolina Melati Gandolfi

**REDUÇÃO DE DANOS EM UMA INTERNAÇÃO HOSPITALAR:  
PERCEPÇÕES DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL**

Trabalho de Conclusão da Residência apresentado ao Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre como requisito para obtenção do título de Especialista em Atenção Integral ao Usuário de Drogas.

Orientadora: Ms Paula Gonçalves Filippon

**Porto Alegre  
2019**

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>8</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>11</b>
2.1 MODELOS DE TRATAMENTO E ACOMPANHAMENTO DE USUÁRIOS DE DROGAS: CONTEXTUALIZAÇÃO DE UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO .....	12
2.2 REDUÇÃO DE DANOS: CONCEITUAÇÃO E ESTRATÉGIAS DE PENSAR/AGIR	14
2.3 INTEGRALIDADE NO CUIDADO EM SAÚDE .....	18
2.4 EQUIPE MULTIPROFISSIONAL E TRABALHO INTERDISCIPLINAR: UMA ARTICULAÇÃO NECESSÁRIA.....	19
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>23</b>
3.1 GERAL .....	23
3.2 ESPECÍFICOS .....	23
<b>4 ARTIGO.....</b>	<b>24</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>45</b>
<b>6 REFERÊNCIAS .....</b>	<b>47</b>
<b>ANEXO 1 – Orientações para submissão do artigo na Revista Eletrônica Saúde Mental Alcool e Drogas (SMAD)<sup>[OBJ]</sup>.....</b>	<b>49</b>

## AGRADECIMENTOS

"Não se curem além da conta. Gente curada demais é gente chata. Todo mundo tem um pouco de loucura. Vou lhes fazer um pedido: Vivam a imaginação, pois ela é a nossa realidade mais profunda. Felizmente, eu nunca convivi com pessoas ajuizadas".

(Nise da Silveira)

Ao longo da residência, houveram pessoas que me marcaram diretamente e que pretendo levar os ensinamentos, brincadeiras, risadas e afeto pelo resto da vida. Pretendo citar todas de maneira específica ou ampla, mas a memória pode falhar e aproveito esse momento para agradecer a todos que passaram por mim durante esses dois anos, de alguma forma todos puderam contribuir com meu aperfeiçoamento pessoal e profissional.

Primeiramente, minhas guias de profissão, meus suportes e referência: Ana Cristina e Aline. Eu gostaria de dizer que aprendi um pouquinho com cada uma, mas aprendi muito com cada uma e com vocês duas juntas, ainda mais. Que sorte a minha ter vocês de exemplos de profissionais, muito competentes, plenas e focadas no trabalho a ser feito, mas nunca perdendo o bom humor e a zoeira. Com certeza a leveza de vocês é algo que vou levar pra minha vida como um todo. Eu amo vocês, maravilhosas.

Aos preceptores do programa Atenção Integral ao Usuário de Drogas: gostaria de agradecer a todos vocês, que de alguma forma durante esses dois anos me ensinaram a importância de uma equipe multiprofissional e como a saúde mental pode ser uma área mais leve, se temos com quem compartilhar o peso do dia a dia. Ainda, eu consegui me aproximar de áreas que nunca imaginei fazer parceria ou que sequer conhecia o trabalho e mudei muito minhas ideias sobre o que configura um trabalho multi e integral, realmente. Obrigado pelos puxões de orelha, risadas e discussões.

Às colegas do Serviço Social, minhas amadas R2 (incluindo aqui as eternas R2). Eu queria dizer muitas coisas lindas pra vocês, essa família que me adotou nessa cidade maluca. Vocês são algo de extraordinário, não consigo mensurar em palavras cada admiração e amor que tenho por vocês, mas vou tentar minimamente: Manu, a tua força, garra e resiliência me mostraram que dá sim pra ser combativa em todos os espaços, tu é a guria mais girl power que eu já conheci; Isa, teu afeto e cuidado me deixaram mais tranquila com o turbilhão da residência; Gessica, aquela que veio de outra cidade também, como foi bom te ter por perto pra compartilhar esse processo de mudança e

aprender a ter paciência com as coisas; Grazi, tu me mostra sempre como é possível problematizar várias coisas e como esse movimento é importante pra nós não perdermos nossa essência; Thaís, tua paciência e afeto me fortaleceram muito nesse processo, se não fosse teu chimarrão pra me salvar, eu teria enlouquecido mais. Bia e Lidi, esses amores que demonstram sempre que afeto não é estar perto no dia a dia, mas sim se fazer presente. Lola, te deixei por último porque eu te adotei como referência desde o início da residência e pudemos compartilhar tanto afeto, áudios enormes, raivas e ansiedades que mesmo que eu me mude pra lua, não vou te perder, tenho certeza. Eu amo muito todas vocês e agradeço imensamente todos os dias uma força maior por ter proporcionado esses encontros inesquecíveis.

Aos queridos R1's do programa: eu tinha muita expectativa com a chegada de vocês e adorei ter passado esse ano trocando experiências, histórias hilárias, zoeiras e papos sérios. Aproveitem o próximo ano com todo amor que puderem, ouçam isso de quem disse que queria que a residência logo acabasse e agora está se lamentando. Minha querida R1 (ou R3 né), Pri. Eu te esperei de braços abertos e que presente que foi te ter por perto. A parceria que a gente conseguiu estabelecer é algo pra além da residência, é algo que me segura na corda bamba da vida, várias e várias vezes. Tu é alguém sensacional, de verdade. Que maravilhoso foi te ter aqui esse tempo e saiba que não vai se livrar de mim tão fácil.

Aos meus colegas do programa, queridos R2 (logo Rrua): tivemos muitos percalços nesse caminho, subir essa montanha não foi nada fácil. Mas se teve algo que aprendi durante nossa convivência foi que se vamos juntos, nós vamos melhor e isso se concretizou muito nesse segundo ano. André, apesar de nossas dificuldades no começo, tu é um cara muito massa e que tem um futuro brilhante vindo aí. Te permite acreditar mais em ti e no teu potencial, tu vai longe! Laís, foi muito legal te conhecer e entender um pouco mais dessa profissão que eu mal conhecia e agora já considero muito importante! Tu é ótima! Gerson, as nossas trocas sempre foram de muito aprendizado, risadas e de música né, sempre muita música permeando nossos dias. Tu é um cara incrível, te admiro muito e vou ficar esperando na primeira fila pra ver teu sucesso. Suane, a nutri mais formiga que eu já conheci, obrigada pelos puxões de orelha com a minha alimentação, por cantar músicas antigas comigo e pela parceria do dia a dia. E agora, falta a minha melhor amiga, aquele que eu adoro incomodar e irritar, mas que eu carrego sempre comigo. Isabelle, tu é muito mais do que uma enfermeira, tu é um ser humano incrível! Sei que tu não é sentimental, como eu, e nem chora fácil, como eu,

mas já estou sentindo falta dos nossos papos malucos, áudios gigantes, xingamentos e coreografias. Eu aprendi a amar todos vocês, cada um do seu jeitinho.

À equipe do ambulatório: vocês são sensacionais. Me ensinaram tanta coisa nesse segundo ano que chega a ser difícil mensurar em palavras. Não vou colocar nomes porque tenho medo de esquecer alguém e depois ter que ouvir reclamações no nosso grupo. Porém, eu gostaria de dizer que eu amo todos vocês, de jeitos e formas diferentes, assim como todos vocês são tão únicos. Obrigada pelas brincadeiras, conversas sobre a vida, gestos e cantorias incríveis, memes no celular, fotos constrangedoras, parceria e trabalho em conjunto. Que essa equipe multi cresça cada vez mais e que eu possa ter contribuído com vocês da mesma forma que vocês fizeram comigo.

À minha orientadora, Paula: tu te enquadra em vários dos itens acima, mas não tinha como não falar de ti né. Queria te agradecer por ter aceitado fazer parte desse processo comigo, que, apesar de altos e baixos, puxões de orelha e percalços no caminho, foi bastante produtivo. A Carol que propôs o projeto de pesquisa não é a Carol que terminou esse artigo e relatório e por isso eu tenho que te agradecer imensamente.

“O conhecimento caminha lento feito lagarta.

Primeiro não sabe que sabe  
e voraz contenta-se com cotidiano orvalho  
deixado nas folhas vividas das manhãs.

Depois pensa que sabe  
e se fecha em si mesmo:  
faz muralhas,  
cava Trincheiras,  
ergue barricadas.  
Defendendo o que pensa saber  
levanta certeza na forma de muro,  
orgulha-se de seu casulo.

Até que maduro  
explode em vôos  
rindo do tempo que imagina saber  
ou guardava preso o que sabia.  
Voa alto sua ousadia  
reconhecendo o suor dos séculos  
no orvalho de cada dia.

Mas o vôo mais belo  
descobre um dia não ser eterno.  
É tempo de acasalar:  
voltar à terra com seus ovos  
à espera de novas e prosaicas lagartas.

O conhecimento é assim:  
ri de si mesmo  
E de suas certezas.  
É meta de forma  
metamorfose  
movimento  
fluir do tempo  
que tanto cria como arrasa  
a nos mostrar que para o vôo  
é preciso tanto o casulo  
como a asa”

(Mauro Iasi)

## 1 INTRODUÇÃO

Este relatório se constitui como o resultado do Trabalho de Conclusão da Residência - TCR, que é o método final de avaliação do processo de formação da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde. Perante o apresentado, faz-se necessário refletir sobre o processo de definição do tema para esta pesquisa. A definição pelo tema da redução de danos se deu através da possibilidade de continuidade dos estudos sobre redução de danos e sua aplicabilidade nos espaços de tratamento que a pesquisadora iniciou no Trabalho de Conclusão de Curso da graduação em Serviço Social. Diante disso, observa-se que já se possui embasamento teórico que objetiva pensar a redução de danos enquanto uma linha de cuidado dentro da Atenção Integral ao Usuário de Drogas.

Analisa-se aqui o que Petuco (2014, p. 145) problematiza quando considera a redução de danos não como “[...] uma lista fechada de estratégias, mas indicadores que permitissem avaliar a prática cotidiana, interrogando-a em sua própria existência, no que produz ou reproduz”. Essa análise se dá em consonância ao que o mesmo autor traz ao pensar a redução de danos enquanto uma ética do cuidado e da necessidade de se

[...] **operar de modo não prescritivo**, não colocando a abstinência como único objetivo. Esta Redução de Danos [...] apresenta-se como ponto de partida, compromisso ético, estético e político, e não como um guia preciso, roteiro fechado, receita de bolo, nem como uma partitura de ações sanitárias, mas como um **chamado ao compromisso**. [...]. Assumi-lo **não facilita em nada o trabalho: apenas o torna mais potente**. (PETUCO, 2014, p. 146)

Analisa-se a redução de danos não como um conjunto de estratégias pontuais, e sim como um processo de estabelecimento de uma linha de cuidado que pode atravessar o trabalho de qualquer profissional das políticas públicas, com intervenções que possam “[...] propiciar o estabelecimento de novas formas de relação com a droga, fortalecendo o protagonismo e promovendo a capacidade de transformação.” (ADAMY; SILVA, 2017, p. 153). Diante disso, a pesquisadora, por ter estado inserida em uma internação hospitalar, demonstrou interesse em pensar sobre o processo de trabalho neste local e discutir estratégias ou ações que teriam a redução de danos como paradigma central. Por vezes, a equipe de uma internação pode apresentar dificuldades de realizar esse movimento, sendo que estas podem advir de muitos pontos de partida: a não aproximação teórica dos membros da equipe multiprofissional sobre a redução de



danos; o descrédito com esta lógica de cuidado dentro do espaço de trabalho analisado, vislumbrando-a apenas em cenários de uso de drogas<sup>1</sup>, tendo em vista que a proposta da redução de danos tem origem nestes espaços.

Quanto à relevância deste tema se presume ser necessária uma compreensão ampliada sobre a redução de danos e de que forma ela pode ser pensada no espaço de uma internação, tendo em vista que a redução de danos tem sua origem nos espaços conhecidos como “cenas de uso de drogas”. Tendo como base a Política Nacional de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Outras Drogas, publicada no ano de 2003, sugere-se a relevância deste estudo para o campo da saúde mental, compreendendo que este fornecerá subsídios para aproximação da equipe multiprofissional com a redução de danos. Assim como aos profissionais que já buscam se apropriar desta compreensão, o estudo propôs uma reaproximação com o tema com vistas a refletir sobre os processos de trabalho vivenciados pelas equipes. A contribuição deste trabalho à pesquisadora é de que ele propiciou uma retomada acerca da temática da redução de danos e uma reflexão guiada sobre os processos de trabalho em que a profissional se inseriu no período da residência.

Diante do exposto, justifica-se este estudo por sua relevância à Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, na medida em que a redução de danos, sendo compreendida enquanto uma linha de cuidado em saúde, alia-se ao cuidado integral ao sujeito, que é uma das diretrizes centrais do Sistema Único de Saúde. Ainda nesta perspectiva, observa-se a importância deste estudo para o Serviço Social, tendo em vista que o usuário de drogas transita pelos mais diversos dispositivos das políticas públicas, não apenas nos serviços de saúde mental ligados ao tratamento para o seu uso. Faz-se importante o profissional assistente social estar ciente deste tipo de abordagem ao realizar atendimento à essa população em específico, bem como do potencial deste tipo de trabalho para que se possa pensar, conjuntamente com o usuário das políticas públicas, possibilidades de aumento de sua autonomia e estímulo à novas formas de organizar seu uso e seu cotidiano, buscando despir-se de possíveis pré-conceitos ou estigmas relacionados ao usuário de drogas.

Para guiar a pesquisa, tomou-se como problema de pesquisa a seguinte questão: qual a compreensão da equipe multiprofissional acerca da redução de danos em uma

---

<sup>1</sup> Essa expressão se refere aos locais em que as pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas se encontram para comprar/utilizar a sua substância de preferência. A expressão será utilizada no decorrer do texto quando for necessário fazer referência a estes locais.

internação hospitalar especializada em adição? Este problema desdobrou-se nas seguintes questões norteadoras: a) qual a compreensão da equipe multiprofissional acerca dos conceitos e estratégias/ações de redução de danos? b) de que maneira a equipe compreende que a redução de danos é ou pode ser aplicada dentro de uma unidade de internação de adição? c) que estratégias utilizadas dentro de uma unidade de internação para adição podem ser consideradas inseridas no paradigma da redução de danos?

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

Diante da necessidade de se estabelecer categorias operacionais para análise dos dados coletados em entrevista, acredita-se que os eixos principais de análise elencados giram em torno dos seguintes temas: redução de danos; integralidade no cuidado em saúde; equipe multiprofissional em saúde. Cabe ressaltar que, durante o processo coleta e análise dos dados, foram elaboradas categorias empíricas através das falas dos participantes das entrevistas, sendo estas: Redução de danos: modos de agir/pensar em uma equipe multiprofissional; Possibilidades e entraves da redução de danos - concepções prévias e aplicabilidade; Complexidades e estratégias da redução de danos em uma internação especializada em adição. Essas novas categorias são apresentadas de maneira mais aprofundada no artigo produzido pela autora, enquanto resultado da pesquisa realizada.

A distinção entre categorias é trabalhada por Minayo (2010, p. 179) compreendendo as categorias operacionais como “[...] construídas com a finalidade de aproximação ao objeto de pesquisa [...], devendo ser apropriadas ou construídas com a finalidade de permitir a observação e o trabalho de campo.”; já as categorias empíricas são

[...] classificações com dupla forma de elaboração: [...] expressões classificatórias que os atores sociais de determinada realidade constroem, [...] emanam da realidade. Por outro lado, são elaborações do investigador, é sua sensibilidade e acuidade que lhe permitem compreendê-las e valorizá-las, à medida que vai desvendando a lógica interna do grupo (objeto) [...]

É importante ressaltar que, para se discutir o entendimento sobre as práticas de redução de danos, sobre a integralidade e o trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar, foi realizado um resgate bibliográfico sobre as obras referentes ao assunto. Entretanto, muitas obras elencadas não são publicações recentes na área, porém se consideram de grande relevância ao que se propõe neste momento, justificando seu uso.

Junto ao referencial teórico com as categorias operacionais que serão utilizadas para análise, apresenta-se uma breve contextualização sobre modelos de tratamento para Transtorno por Uso de Substâncias. Neste caso o enfoque será nos referenciais teóricos utilizados na unidade de internação onde a pesquisa foi realizada.

## 2.1 MODELOS DE TRATAMENTO E ACOMPANHAMENTO DE USUÁRIOS DE DROGAS: CONTEXTUALIZAÇÃO DE UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO

O programa de tratamento empregado na Unidade estudada foi desenvolvido por uma equipe multiprofissional juntamente com os próprios usuários desde a inauguração do serviço, tem sido constantemente reformulado com o intuito de promover uma melhor adesão destes. A motivação para a mudança, a prevenção da recaída, a psicoeducação, o manejo da fissura e a administração do ócio são os pilares do tratamento.

O programa de tratamento por vezes sofre mudanças em virtude da troca constante do perfil das pessoas que internam neste espaço. Entretanto, possui uma estrutura básica, em que o tratamento se estabelece em três fases: a primeira fase se constitui no momento de chegada à internação, em que o mesmo permanece restrito ao quarto até que seu organismo possa estar estabilizado, desintoxicado e adaptado suficientemente à medicação para que passe à fase seguinte.

Após avaliação por parte da equipe como um todo, o usuário pode evoluir para a etapa dois, sendo neste o momento em que eles recebem um manual de orientação, onde constam regras básicas de convivência e a descrição do funcionamento do programa. Junto com este manual, eles recebem um manual/diário, onde tem espaços destinados ao registro de pensamentos, sentimentos e comportamentos que identificam no dia-a-dia. Cabe ressaltar que este segundo manual é o local em que se pontua a participação nas atividades de grupo, realização de tarefas, autocuidado e respeito às regras da unidade. Cabe ressaltar que o registro da pontuação no manual está baseado na técnica de Manejo de contingência<sup>2</sup> e é realizado ao fim de cada turno. O usuário pode utilizar seus pontos para resgatar alguns prêmios como: telefonema, atividade física extra, corte de cabelo, visita extra fora da unidade, palavras cruzadas, rádio com fone para utilizar no quarto, etc.

A evolução para a etapa três ocorre quando se iniciam as atividades de projeto de vida, prevenção à recaída e preparação para a alta, também após indicação da equipe multiprofissional para essa inserção. As atividades que são realizadas na internação são organizadas em um cronograma, que está afixado em locais bem visíveis da unidade,

---

<sup>2</sup> O manejo de contingência pode ser caracterizado como “[...] um tratamento comportamental que visa a mudar o repertório do indivíduo, diminuindo ou extinguindo os comportamentos indesejáveis (p. ex., consumo de substância) e promovendo comportamentos desejáveis (p. ex., atividades familiares, procurar um trabalho)” (MIGUEL, 2011, p. 311).

para que a equipe e os usuários possam ter fácil acesso. Por fim, quando o usuário completa as atividades de prevenção à recaída e projeto de vida, a equipe assistencial avalia a inserção dele no Ambulatório de Adição do HCPA ou se o mesmo já é vinculado com outro serviço de média complexidade que atende usuários de álcool e outras drogas. Em casos que o usuário já é atendido em outro local, ele retoma seu atendimento naquele serviço e quando não há vínculo com nenhum serviço, analisa-se o território de moradia de cada um e se há um serviço de referência no território para se realizar encaminhamento para continuidade do tratamento.

Durante a criação do programa de tratamento, foram-se buscando evidências científicas que pudessem auxiliar na sua formatação, se chegando a alguns pontos principais que estruturam a internação atualmente, sendo estes a terapia cognitivo-comportamental e o manejo de contingência.

De maneira simplificada, podemos dizer que a terapia cognitivo-comportamental (TCC) é “[...] um conjunto de intervenções semiestruturadas, objetivas e orientadas para metas, considerando fatores cognitivos (e seus desdobramentos) e comportamentais [...]” (ZANELATTO, 2011, p. 252). Sabe-se que há fortes evidências do benefício da TCC ao tratamento do transtorno por uso de substâncias e de que existem estudos que apontam que “[...] o aumento da autoeficácia e a aquisição de habilidades de enfrentamento são preditores significativos da manutenção da abstinência.” (ZANELATTO, 2011, p. 252-253).

A internação possui esta estrutura pré-definida, porém a maioria das decisões que afetam diretamente o tratamento do usuário não são tomadas unicamente pela equipe. Toma-se aqui, por exemplo, a continuidade do tratamento após a alta hospitalar, em que a decisão do espaço em que cada um irá se vincular é realizada de forma coletiva, sempre buscando respeitar a divisão por territórios existente no município de Porto Alegre, os desejos da pessoa e compreendendo experiências anteriores que possam dificultar seu acesso/vínculo a algum local específico. Diante disso, pode-se observar que o respeito ao desejo do usuário, uma das premissas da redução de danos, é presente nas atividades da internação, o que propicia também a corresponsabilização do seu cuidado em saúde, que em outros momentos poderiam incumbir o seu cuidado em saúde apenas à equipe assistente. Entretanto, cabe ressaltar que esses movimentos as vezes são realizados a partir de alguns tensionamentos que profissionais da equipe buscam fazer.

## 2.2 REDUÇÃO DE DANOS: CONCEITUAÇÃO E ESTRATÉGIAS DE PENSAR/AGIR

Inicialmente, ao buscar sobre o tema da redução de danos, é possível observar suas mais diversas formas nos diferentes países que adotam esta enquanto uma linha de cuidado central aos usuários de drogas. Historicamente, a redução de danos no mundo começou a partir de intervenções realizadas junto aos usuários de drogas buscando prevenir a contaminação por HIV e outras doenças através da troca de seringas e outros métodos.

Há estudos internacionais, como o norte-americano de Wiessing et al (2017), que tem como objetivo discutir o desenvolvimento histórico de indicadores epidemiológicos bem-sucedidos e, utilizando indicadores adicionais de cobertura e qualidade dos serviços de redução de danos, buscar melhorar esses serviços, visando reduzir problemas de saúde e sociais entre as pessoas que usam drogas (HIV, hepatite C, crime e problemas legais, overdose e outras morbidades). Neste estudo fica claro que o funcionamento destes serviços de redução de danos possui um viés focado na redução da contaminação de doenças transmissíveis. Apesar de ser importante este trabalho de diminuir os casos de contaminação por essas doenças, em outros países se compreende de outra maneira o trabalho com a redução de danos como uma linha de cuidado, e não um modelo terapêutico alternativo à abstinência, por exemplo.

No Brasil a redução de danos foi elevada ao patamar de estratégia de produção da saúde que auxilia diretamente no atendimento e acolhimento dos usuários de qualquer droga.

Proposta inicialmente como uma estratégia de prevenção ao HIV entre usuários de drogas injetáveis – Programa de Troca de Seringas (PTSs) – a Redução de Danos foi ao longo dos anos se tornando uma **estratégia de produção de saúde alternativa às estratégias pautadas na lógica da abstinência, incluindo a diversidade de demandas e ampliando as ofertas em saúde para a população de usuários de drogas**. A diversificação das ofertas em saúde para usuários de drogas sofreu significativo impulso quando, a partir de 2003, as ações de RD deixam de ser uma estratégia exclusiva dos Programas de DST/AIDS e se tornam uma estratégia norteadora da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas e da política de Saúde Mental. (PASSOS; SOUZA, 2011, p. 154, grifo nosso)

Em vista disso, Mesquita e Bastos (1994 *apud* ALMEIDA, 2003, p. 54) referem que se levou certo tempo para que as práticas da redução de danos fossem compreendidas enquanto uma atitude eficiente com relação aos efeitos nocivos das drogas e, especialmente, no controle da disseminação da epidemia da AIDS. A primeira

iniciativa de implantar um programa de redução de danos que se tem notícia no Brasil se refere à experiência na cidade de Santos, que não pôde ser levada em frente na época em virtude da sua rejeição por parte da sociedade e da instauração de um processo judicial que a contrapunha.

É interessante refletir que a redução de danos, mesmo contestada a partir de uma concepção moralista, religiosa e/ou preconceituosa dentro de alguns contextos, se mantém enquanto prática de saúde pública, cujo objetivo central é

[...] preservar a vida de milhares de pessoas expostas a [...] infecções durante o ato de consumir drogas ou devido aos estados alterados de consciência por elas propiciados, e que não desejam, ou se desejam não conseguem, através dos recursos habitualmente disponíveis, abandonar o seu consumo. (ANDRADE, 2010, p. 88).

Entretanto, cabe trazer à tona o princípio apresentado por Silva (2014) de que toda clínica se dá em um determinado contexto e também que toda clínica é política. E mais, introduz a mudança da clínica pensada para o usuário de drogas a partir da concepção de Claude Olievenstein, em que seria necessária uma análise já reconhecida nas práticas de redução de danos: a triangulação entre o sujeito, a droga e a sociedade em seu determinado período histórico.

Pode-se considerar, especialmente que, quando não é pensado no contexto histórico societário bem como o contexto de vida do sujeito, facilmente ocorre “a construção de políticas de governo e também de uma clínica em que a marca é a **simplificação e a precariedade do pensamento.**” (SILVA, 2014, p. 122, grifo nosso).

Ante o apresentado, acredita-se ser necessário problematizar um princípio fundamental da redução de danos: o respeito ao desejo do usuário.

Direito este [...] interditado pelo preconceito e pela atenção excessivamente focada na repressão às drogas ilícitas, os quais de certa forma dão respaldo às arbitrariedades cometidas contra usuários de drogas, mesmo em culturas onde a legislação vigente, em momento algum, proíbe ao indivíduo o uso pessoal de qualquer produto e/ou substância ainda que supostamente lhe sejam nocivos [...]. (ANDRADE, 2010, p. 88).

Este direito acaba por ser violado em inúmeros momentos no cuidado em saúde a esse usuário, sendo um deles quando se pressupõe o discurso único do usuário de drogas, como uma personalidade pré-determinada de todos os sujeitos que fazem uso. Ou seja,

Diz-se que “dependente químico é assim mesmo, manipulador”, “Cuidado pra não ser manipulado...” e “Eles não costumam falar, não subjetivam...”. Essas observações a respeito de uma suposta personalidade do dependente

**apontam para uma leitura moral que envies a o olhar e toda tentativa de construção de vínculo.** (SILVA, 2014, p. 123, grifo nosso)

Diante disso, pensa-se que, por vezes, mantendo esse discurso em mente, os profissionais que realizam o cuidado aos usuários de drogas acabam adotando posturas confrontativas ou combativas, que pouco ou nada contribuem com a integralidade do cuidado e com o vínculo terapêutico a ser estabelecido. Ainda, sabe-se que há uma questão central ao tratamento, com relação à motivação individual do usuário para ter o acompanhamento de uma equipe de saúde. Entretanto, em certos momentos, o discurso da motivação limita o trabalho pois

**Caso esperemos que isto esteja dado, pronto, resvalamos em uma ingênua exigência que nada contribui aos tempos do tratamento.** Há um time, sobre o qual é valioso estarmos atentos. Um ritmo tecido no calor do encontro e do entorno. Este tempo é singular. E vivo. Mais próximo do jazz que da sinfonia. (SILVA, 2014, p. 126)

É importante também ressaltar que a redução de danos apresenta o caminho de que é possível

[...] intervir junto ao usuário, ainda que o mesmo não deseje ou não consiga interromper o uso de drogas. **Subverte um refrão repetido ao modo de um cacoete nessa clínica, segundo o qual só é possível tratar se a pessoa quer parar de usar drogas.** Aposta que é possível **produzir cuidado a partir do lugar e do desejo do outro**, muito próximo de algo que Paulo Freire (2005) defendia como um norte para a educação: uma dialogicidade verdadeira. (SILVA, 2014, p. 128, grifos nossos)

A redução de danos se apresenta enquanto uma das principais diretrizes do trabalho com esses sujeitos, conforme a Política de atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas (2003, p. 10, grifo nosso), que a caracteriza da seguinte forma:

[...] 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. Vemos aqui que **a redução de danos oferece-se como um método (no sentido de métodos, caminho) e, portanto, não excludente de outros. Mas, vemos também, que o método está vinculado à direção do tratamento e, aqui, tratar significa aumentar o grau de liberdade, de co-responsabilidade daquele que está se tratando. Implica, por outro lado, no estabelecimento de vínculo com os profissionais, que também passam a ser corresponsáveis pelos caminhos a serem construídos pela vida daquele usuário, pelas muitas vidas que a ele se ligam e pelas que nele se expressam.**

Tendo a RD enquanto um caminho, uma diretriz a ser seguida na clínica pensada para o usuário de drogas, é interessante analisar o que Gandolfi (2016, p. 44, grifo nosso) traz com relação à dificuldade de os profissionais adotarem uma postura condizente com a redução de danos, tendo em vista que



[...] existem profissionais que aparentemente não se apropriaram de forma suficiente quanto à esta estratégia. Esse ponto pode ser observado em **posturas por vezes autoritárias dos profissionais perante os usuários**, culpabilizando-os quando há “recaída” no uso de SPA ou quando deixam de comparecer ao serviço por longos períodos, por exemplo. Aqui é possível problematizar até a utilização do termo recaída, que pressupõe que o uso de drogas, por si só, coloca o sujeito em uma posição inferior, “caída”, com relação ao resto da população, já estabelecendo uma relação de poder e violência.

Em alguns espaços, a redução de danos é visualizada como uma prática possível apenas de ser utilizada em cenários de uso junto aos sujeitos, e não uma clínica a ser pensada em todos os espaços de tratamento desta população. Silva (2014, p. 130) analisa a RD enquanto um mecanismo de resistência, em que busca “entre as narrativas dominantes, cavar brechas, brechas por onde passem dissonâncias, se teçam diferenças, possibilidades de ser e existir no mundo mais largas, mais livres”. Por vezes existe resistência no sentido de não aceitação por parte dos profissionais na medida de que é necessário desapegar do tradicional “ideal” de saúde, o que pode gerar certo grau de impotência e frustração, porque as ações do profissional se limitam aos desejos e possibilidades de cada usuário, não sendo possível “salvar” as pessoas (GANDOLFI, 2016, p. 43).

Para a utilização da redução de danos enquanto horizonte do trabalho, concorda-se plenamente com o que Petuco (2014, p. 144, grifo nosso) traz, de que é necessário

**Uma postura humilde, desprovida de receitas prontas, desconfiada de teorias que desenham os usuários de drogas a partir de perfis dados, é mais importante do que qualquer conhecimento técnico, teórico ou empírico.** Não que as experiências não sejam importantes! Elas são, e muito, e é justamente por isto que é preciso manter-se sempre aberto, para que novas experiências permitam a construção de novos saberes.

Tendo em vista o abordado por Petuco (2014), faz-se relevante pensar sobre a integralidade no cuidado em saúde e como ela está diretamente ligada às práticas de redução de danos, diante do contexto de trabalho das equipes que lidam com os usuários de drogas. A redução de danos é vislumbrada, aqui, enquanto uma ferramenta efetiva para a conquista do cuidado integral ao usuário de drogas, quando busca acolher o usuário com suas particularidades e desejos individuais, construindo de forma conjunta o cuidado em saúde. Assim, percebe-se que, ao respeitar a individualidade do sujeito usuário de drogas, o profissional de saúde consegue estabelecer vínculos e linhas de cuidado mais efetivas, conforme apresentado anteriormente.

## 2.3 INTEGRALIDADE NO CUIDADO EM SAÚDE

A integralidade em saúde, além de ser um princípio central do trabalho no SUS, advém da necessidade de reconhecer o conceito ampliado de saúde, para além do processo saúde-doença. Aqui pensamos a integralidade enquanto um conjunto de ações que são articuladas com o objetivo de constituir processos de trabalho que deem conta das necessidades de saúde da população. Sendo assim,

A 'integralidade' como fim na produção de uma cidadania do cuidado refere-se ao ato de cuidar integral que tem as práticas de saúde como eixos políticos-organizativos, formas de construir inovações e novas tecnologias de atenção aos usuários no SUS. (PINHEIRO, s/ano, s/p.)

Diante deste conceito, é necessária a reflexão que Cecílio (2009, p. 117) realiza, de que “a luta pela equidade e pela integralidade implica, necessariamente, repensarmos aspectos importantes da organização do processo de trabalho, gestão, planejamento e construção de novos saberes e práticas em saúde”. Ou seja, a constante revisão dos processos de trabalho em que o profissional está inserido, bem como da constituição da política de saúde é estritamente necessária, para que se efetive o cuidado integral em saúde.

Quando se discute o tema da integralidade, se passa pela análise de que a área da saúde tem construído “[...] muitos tipos distintos de saberes nessa direção, não sendo privilégio de nenhum, em particular, ser eficaz e efetivo no cumprimento dessa missão, pois são muitas as formas de realizá-la.” (MERHY, 2005, p. 5). Tendo isso em vista, apresenta-se a discussão que Merhy (2005) traz, sobre a desterritorialização dos saberes, a fim de construir um cuidado em saúde integrado, sem fragmentar o sujeito.

Ao se pensar esse processo de desterritorialização, discute-se a importância de ultrapassar as fronteiras de cada profissão para que se possa realizar um cuidado integral aos sujeitos que acessam os serviços de saúde. Entretanto, quando se utiliza o termo cuidado em saúde, cabe ressaltar o conceito utilizado, sendo este

[...] uma dimensão da integralidade em saúde que deve permear as práticas de saúde, não podendo se restringir apenas às competências e tarefas técnicas, pois o acolhimento, os vínculos de intersubjetividade e a escuta dos sujeitos compõem os elementos inerentes à sua constituição. (PINHEIRO, s/ano, s/p.)

Assim, é possível olhar de maneira ampliada para as práticas em saúde e repensar estas práticas a partir da implicação de uma equipe multiprofissional, que busca identificar as necessidades de saúde de um determinado usuário, família, território, buscando respondê-las da melhor forma possível. Ainda, pode-se pensar o

cuidado como “[...] designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde” (AYRES, 2004, p. 22)

Perante o que reflete o autor, pode-se pensar que o cuidado em saúde não se limita à política de saúde em si, pois a “[...] integralidade não se realiza nunca em um único serviço: integralidade é objetivo de rede” (CECÍLIO, 2009, p. 122). Assim, para dar conta das necessidades de saúde da população, é necessário o fortalecimento da rede intersetorial também, juntamente com a participação dos usuários na tomada de decisões quanto a essas políticas, o que fortalece os princípios do SUS.

Dentro deste tema, ainda cabe ressaltar o que Ayres (2009, p. 63, grifo nosso) refere sobre o momento assistencial e sua relação ao cuidado em saúde:

O momento assistencial pode (e deve) fugir de uma objetivação “dessubjetivadora”, quer dizer, de uma interação tão obcecada pelo “objeto de intervenção” que deixe de perceber e aproveitar as trocas mais amplas que ali se realizam. [...]. Nesse sentido, **o Cuidar põe em cena um tipo de saber que se distingue da universalidade da técnica e da ciência, como também se diferencia do livre exercício de subjetividade criadora de um produtor de artefatos.**

Tendo clareza sobre essa análise do autor, se percebe a necessidade de conceber o cuidado em saúde de maneira mais ampliada, conforme abordado anteriormente, sendo necessária a intersetorialidade e, ainda mais, a atuação de uma equipe multiprofissional que possibilite um trabalho realmente interdisciplinar.

#### 2.4 EQUIPE MULTIPROFISSIONAL E TRABALHO INTERDISCIPLINAR: UMA ARTICULAÇÃO NECESSÁRIA

Tendo em vista as reflexões trazidas nas categorias anteriores, analiso aqui o conceito de trabalho interdisciplinar e sua relação direta com a equipe multiprofissional. Pensando nos princípios do Sistema Único de Saúde, sendo o mais tratado neste trabalho a Integralidade, é possível realizar uma relação direta entre a Integralidade no cuidado e o trabalho interdisciplinar. Para Vasconcelos (2015), equipe multiprofissional entende-se por um conjunto de profissionais, de áreas diversas que trabalham de forma isolada, onde não há comunicação a não ser através da proposta de referência e contra-referência. Esta reflexão é importante para apresentar o que o autor entende como níveis de trabalho em equipe, conforme apresentado no quadro abaixo:

Quadro 1: Níveis de prática do trabalho em equipe

Definição Geral	Tipo de Sistema
MULTIDISCIPLINARIDADE: gama de disciplinas que propomos simultaneamente, mas sem fazer aparecer as relações existentes entre elas.	Sistemas de um só nível e de objetivos únicos; nenhuma cooperação.
PLURIDISCIPLINARIDADE: justaposição de diversas disciplinas situadas geralmente no mesmo nível hierárquico e agrupadas de modo a fazer aparecer as relações existentes entre elas.	Sistema de um só nível e de objetivos múltiplos; cooperação, mas sem coordenação.
INTERDISCIPLINARIDADE AUXILIAR: utilização de contribuições de uma ou mais disciplinas para o domínio de uma disciplina já existente, que se posiciona como campo receptor e coordenador das demais.	Sistema de dois níveis; coordenação e objetivos hegemonizados pela disciplina encampadora.
INTERDISCIPLINARIDADE: axiomática comum a um grupo de disciplinas conexas, definida no nível hierarquicamente superior, introduzindo a noção de finalidade, tendendo (mas não necessariamente) para a criação de campo de saber “autônomo”.	Sistemas de dois níveis e de objetivos múltiplos; coordenação procedendo do nível superior; tendência à horizontalização das relações de poder.
TRANSDISCIPLINARIDADE: coordenação de todas as disciplinas e interdisciplinas do campo, sobre a base de uma axiomática geral compartilhada; criação de campo com autonomia teórica, disciplinar ou operativa próprias.	Sistemas de níveis e objetivos múltiplos; coordenação com vistas a uma finalidade comum dos sistemas; tendência à horizontalização das relações de poder.

Fonte: VASCONCELOS, 2015, p. 45-46.

Diante do quadro acima, é possível analisar que o trabalho em equipe tem (ou pode ter) o objetivo de alcançar a transdisciplinariedade. Entretanto, esse objetivo não é alcançado na maioria dos espaços em que se possui uma equipe multiprofissional, podendo se levantar hipóteses relacionadas a esse fenômeno, como: a prevalência da coordenação do trabalho em equipe em apenas uma profissão; a verticalização das

relações de trabalho; diferença de objetivos no cuidado em saúde; ou até compreensões distintas sobre o conceito ampliado de saúde.

Todas estas hipóteses podem ser pensadas, pois a dificuldade de se alcançar um trabalho transdisciplinar advém também de uma lógica muitas vezes estabelecida nos espaços de saúde: o trabalho setorizado por categoria profissional. Sobre isso, Merhy (2005, p. 5, grifo nosso) traz que a

[...] grande missão do campo da saúde é considerar-se como **território de saberes e práticas** tecnológicas, **produtoras de distintas maneiras de cuidar em saúde**, envolvido com a construção de homens e mulheres cada vez mais autônomos e qualificados para apostarem na produção da vida, como valor de uso inestimável para si e para os outros, em todas as suas formas de expressões e dimensões. **Ao tomarem para si tal complexidade, como objeto e finalidade, os vários atores que constituem o campo de práticas da saúde devem procurar compreender como, no seu dia-a-dia, com seu fazer mais simples, estão criando intervenções em processos que prometem tanto.**

Ao se falar de trabalho em saúde, é sabido que todas as categorias profissionais possuem atribuições específicas para a efetivação do cuidado em saúde, entretanto, quando essas categorias, por diversos fatores, não vislumbram o trabalho das demais, o cuidado ao sujeito se torna setorizado, ou seja, cada profissional dá conta de sua demanda individual, não buscando discutir as situações de forma mais ampla.

Pode se pensar que, dentro da proposta multidisciplinar, o trabalho é pensado claramente de forma isolada, sem ocorrer cooperação e a comunicação entre os membros da equipe é dificultada, pela especificidade com que cada núcleo profissional trabalha. Dentro também do que o quadro apresenta, a prática pluridisciplinar poderia ser pensada pela prática de reuniões puramente clínicas, nos quais não há uma discussão ampla dos casos e cada trabalhador permanece discutindo as questões estritamente de seu núcleo.

Propõe-se aqui uma reflexão de pensar a interdisciplinaridade como algo possível de ser aplicado, dentro dos espaços de trabalho em equipe, tendo em vista as dificuldades dadas do trabalho transdisciplinar, por exemplo. Quando se pensa sobre interdisciplinaridade, utiliza-se o conceito de trabalho multiprofissional de Peduzzi (2001, p. 108, grifo nosso) que consiste em

[...] uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na **relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais**. Por meio da comunicação, ou seja, da mediação simbólica da linguagem, dá-se a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação.

Diante disso, acredita-se que o trabalho multiprofissional é ponto essencial para a efetivação da interdisciplinaridade, entendendo esta como “[...] um dos elementos, ou um dos caminhos que possibilita aproximações de uma prática de atenção integral em saúde” (SAUPE, 2005, p. 534). Portanto, para fins deste estudo, o conceito de interdisciplinaridade será o utilizado para análise dos dados coletados.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 GERAL**

Conhecer as compreensões da equipe multiprofissional acerca da redução de danos em uma internação hospitalar especializada em adição.

#### **3.2 ESPECÍFICOS**

- Identificar o entendimento da equipe multiprofissional sobre a concepção e as estratégias/ações de redução de danos;
  
- Analisar a compreensão da equipe sobre a aplicabilidade da redução de danos dentro de uma unidade de internação de adição;
  
- Reconhecer as estratégias utilizadas dentro da internação de uma unidade de adição que podem ser consideradas inseridas no paradigma da redução de danos;

## 4 ARTIGO

### **Redução de danos em uma internação hospitalar: percepções da equipe multiprofissional**

**Resumo:** Esta pesquisa objetivou conhecer a compreensão da equipe multiprofissional acerca da redução de danos em uma unidade de internação hospitalar. Trata-se de uma pesquisa com caráter qualitativo, em que se utilizou a entrevista semiestruturada como ferramenta metodológica de coleta de dados, realizada através de um roteiro de questões. Após a coleta, o conteúdo obtido foi revisto a partir da técnica de análise de conteúdo, tendo como referência as categorias teóricas e empíricas, sendo estas advindas das falas dos participantes. Como considerações deste estudo, traz-se que, apesar da redução de danos por vezes ser invisível no ambiente de uma internação, os profissionais realizam o movimento de olhar para seu processo de trabalho e sua inserção na equipe multiprofissional e de que forma esta tem trabalhado junto aos usuários. Ainda, observou-se que a redução de danos se apresenta como uma metodologia acolhedora e horizontal de trabalho, possível de ser inserida em uma internação hospitalar.

**Palavras-chave:** Redução de danos; Integralidade em saúde; Equipe multiprofissional; Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias;

---

### **Introdução**

A pesquisadora, ao estar inserida em uma internação hospitalar, demonstrou interesse em pensar sobre o processo de trabalho neste local e discutir estratégias ou



ações que teriam a redução de danos como eixo central. Para a construção deste estudo, utilizou-se a compreensão da redução de danos como uma abordagem que visa aumentar o grau de corresponsabilidade e liberdade do usuário, baseado nos vínculos que os profissionais estabelecem<sup>(1)</sup> e não como “[...] uma lista fechada de estratégias, mas indicadores que permitissem avaliar a prática cotidiana, interrogando-a em sua própria existência, no que produz ou reproduz”<sup>(2)</sup>. A autora levantou as seguintes hipóteses para este estudo que poderiam dificultar a análise do processo de trabalho pela equipe, tendo em vista o observado no campo de prática em que esteve inserida: a não aproximação teórica dos membros da equipe multiprofissional sobre a redução de danos e um possível; e descrédito com esta lógica de cuidado dentro do espaço de trabalho analisado, ~~vislumbrando a apenas em cenários de uso de drogas~~. Presume-se ser necessária uma compreensão ampliada sobre a redução de danos e de que forma ela pode ser pensada no espaço de uma internação hospitalar, tendo em vista que a redução de danos tem sua origem nos espaços conhecidos como “cenários de uso de drogas”. Considerando a Política Nacional de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Outras Drogas, que traz a redução de danos como eixo condutor das práticas e planejamentos da atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, sugere-se a relevância deste estudo para o campo da saúde mental, compreendendo que este fornecerá subsídios para aproximação da equipe multiprofissional com a redução de danos. Assim como aos profissionais que já buscam se apropriar desta compreensão, o estudo propõe uma reaproximação com o tema com vistas a contribuir para reflexões sobre os processos de trabalho vivenciados pelas equipes. Ainda nesta perspectiva, observa-se a importância deste estudo para o Serviço Social, tendo em vista que o usuário de drogas transita pelos mais diversos dispositivos das políticas públicas, não apenas nos serviços de saúde mental ligados ao tratamento para o seu uso. Faz-se importante o profissional assistente

social estar ciente desta abordagem ao realizar atendimento à essa população, bem como do potencial deste trabalho para que se possa pensar, conjuntamente com o usuário das políticas públicas, possibilidades de aumento de sua autonomia e estímulo a novas formas de organizar seu uso e seu cotidiano, buscando despir-se de possíveis pré-conceitos ou estigmas relacionados ao usuário de drogas.

Para guiar a pesquisa proposta, toma-se como problema de pesquisa a seguinte questão: qual a compreensão da equipe multiprofissional acerca da redução de danos em uma internação hospitalar especializada em adição? Este problema desdobra-se nas seguintes questões norteadoras: qual a compreensão da equipe multiprofissional acerca dos conceitos e estratégias/ações de redução de danos? De que maneira a equipe compreende que a redução de danos é ou pode ser aplicada dentro de uma unidade de internação de adição? Que estratégias utilizadas dentro de uma unidade de internação para adição podem ser consideradas inseridas no paradigma da redução de danos?

## **Métodos**

Este estudo de natureza qualitativa é regido pela perspectiva dialética, a qual consiste em “[...] ver a vida como movimento permanente, como processo e provisoriedade, o que precisa ser contemplado na análise das formas e fenômenos sociais, de modo a superar uma visão estagnada de estados na medida em que se reconhece o movimento, o devir, que será novamente negado para que o próprio movimento siga seu curso”<sup>(3)</sup>. Para tanto, é necessário reconhecer a teoria e a prática como indissociáveis, tendo em vista o que traz Marx<sup>(3)</sup>, de que é na atividade prática que o homem deve mostrar sua verdade e o poder do seu pensamento, sendo essa prática sempre orientada por uma teoria, com finalidade pré-estabelecida.

A pesquisa foi realizada na Unidade de Adição de um hospital universitário de Porto Alegre, sendo esta uma unidade fechada, de caráter voluntário e destinada a atender o público masculino. O nome Unidade de Adição é utilizado neste local (e ao longo deste artigo) considerando a particularidade de uma internação hospitalar que tem como foco o tratamento para pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas e que se destaca das demais unidades de internação em saúde mental. Este local tem capacidade para acolher até 22 usuários, sendo 20 leitos públicos e 2 particulares, com idade superior a 18 anos e dispõe de uma equipe multiprofissional composta por médicos psiquiatras, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistente social, psicóloga, terapeuta ocupacional, professor de educação física, nutricionista, farmacêutica, técnicos administrativos, profissionais de segurança e higienização, além dos residentes médicos e residentes multiprofissionais. O programa de tratamento empregado neste local foi desenvolvido por uma equipe multiprofissional juntamente com os próprios usuários e, desde a inauguração do serviço, tem sido constantemente reformulado com o intuito de promover uma melhor adesão destes. A motivação para a mudança, a prevenção da recaída, a psicoeducação, o manejo da fissura e a administração do ócio são os pilares do tratamento e são abordados em diversas modalidades de grupos terapêuticos, coordenados pelos profissionais contratados e também pelos residentes multiprofissionais.

Para a limitação da amostra foi utilizado o critério de proporcionalidade a partir do número de profissionais existentes em cada segmento, para que não se tenha disparidade ou desequilíbrio entre profissões. Para o processo de seleção dos participantes, foi realizado um sorteio, com base na listagem de todos os profissionais de cada área específica que atuam na unidade. Foram entrevistados oito sujeitos, considerando separadas as categorias profissionais de técnico de enfermagem e

enfermagem. Como critério de inclusão, foi utilizada a seguinte determinação: profissionais da saúde, contratados, que realizam a assistência aos usuários internados na unidade de adição e suas famílias; já de exclusão, se utilizou: profissionais da saúde contratados que não possuem ligação direta com a unidade ou que realizam procedimentos apenas através de consultorias para atendimento às demandas nesta unidade.

A coleta de dados foi realizada através de uma técnica de pesquisa qualitativa, denominada entrevista semiestruturada, a partir de um roteiro com questões elaboradas pela pesquisadora com base nos objetivos do estudo, tendo sido realizado um pré-teste. Para análise dos dados coletados, utilizaram-se técnicas de análise de conteúdo, que se constituem no seguinte processo: (a) decompor o material a ser analisado em partes; (b) distribuir as partes em categorias; (c) fazer uma descrição do resultado da categorização (expondo os achados encontrados na análise); (d) fazer inferências dos resultados; (e) interpretar os resultados obtidos com auxílio da fundamentação teórica adotada.<sup>(4)</sup>

Este é um movimento que possibilita uma aproximação e reconhecimento dos significados da investigação, para que se possa preservar a cientificidade da proposta metodológica, sendo que foram utilizadas categorias teóricas e empíricas para decodificação dos dados coletados.

Por ser uma pesquisa envolvendo seres humanos, foram assegurados os aspectos éticos de pesquisa, obedecendo a Resolução de número 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde e a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do respectivo hospital universitário. Considerando que a participação do sujeito no estudo era voluntária, foi apresentado aos participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes de cada entrevista. Após apresentação e leitura conjunta do termo, o mesmo foi assinado em duas vias, sendo que uma fica com a pesquisadora e

outra pertence ao entrevistado. Neste momento, também era informado ao participante da possibilidade de desistência da participação, a qualquer momento e sem ônus. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas, respeitando o sigilo de identificação dos participantes, sendo que para os fins de análise deste estudo, os sujeitos serão identificados a partir de cores. Justifica-se essa escolha pela multiplicidade existente de cores e pelos diferentes tons e a diversidade que compõe uma equipe multiprofissional.

## Resultados

Para melhor compreensão da temática e da análise dos dados coletados neste estudo, a apresentação dos resultados se dará a partir de três categorias principais, que emergiram das falas dos sujeitos participantes: **Redução de danos - modos de agir/pensar em uma equipe multiprofissional; Possibilidades e limites da redução de danos - concepções prévias e aplicabilidade; Complexidades e estratégias da redução de danos em uma internação especializada em adição.** Diante disso, elaborou-se a figura a seguir, para melhor exemplificar a conexão existente entre as categorias elencadas, considerando a linha pontilhada entre os círculos da imagem uma representação da fluidez entre uma categoria e outra, sendo que cada uma não é excludente da outra e influenciam-se mutuamente.

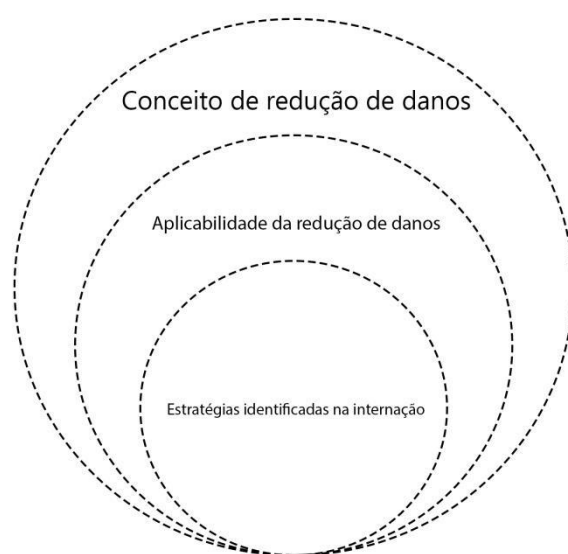


Figura elaborada pela autora - Categorias de análise

Há uma organização lógica na disposição das categorias, compreendendo que o primeiro nível é o conceito de redução de danos, pois o mesmo é considerado o ponto mais amplo de discussão neste trabalho. Em seguida, a categoria da aplicabilidade da redução de danos, como intermediária, pois propõe um aprofundamento com relação à possibilidade (ou não) de aplicação da redução de danos, a partir do conceito. Por fim, a categoria com relação às estratégias identificadas na internação, que é o ponto em que sintetiza as duas categorias anteriores em um resultado final, possibilitando a identificação (ou não) de estratégias.

Cabe ressaltar que ao longo deste artigo será utilizado o termo “*usuário*” quando forem feitas referências as pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, considerando o entendimento de que estes se constituem enquanto usuários dos serviços de saúde do SUS e que a utilização desta palavra denota a posição com relação à defesa da saúde pública e coletiva por parte das autoras. Entretanto, nas falas dos profissionais, os mesmos se utilizam do termo “*paciente*”, considerando o contexto hospitalar em que estão inseridos e também uma definição dos próprios usuários deste serviço, que em geral preferem a denominação “paciente” pelo termo usuário se confundir com usuário de álcool e outras.

### **Redução de danos - modos de agir/pensar em uma equipe multiprofissional**

O conceito de redução de danos foi trazido de maneira ampla pelos participantes da pesquisa, o que pode indicar os vários vieses de pensamento que esta estratégia de cuidado pode suscitar. Uma característica recorrente nos relatos dos profissionais foi a percepção de um ponto principal de práticas de redução de danos, no caso, o processo de escuta do desejo do usuário e sobre a realidade que o mesmo vive. Ainda, foi possível observar que os participantes, em sua maioria, realizavam a reflexão de não

haver “receita de bolo” quando se trata da redução de danos e que esta parte de um princípio mais amplo, uma compreensão de trabalho multiprofissional distinta do que por vezes é possível visualizar no dia a dia. Mais da metade dos profissionais trouxeram à tona como um modo de agir da redução de danos: realizar o processo de decisão junto ao usuário, o que sugere ruptura com o cuidado verticalizado e a relação cuidador/cuidado, conforme os relatos a seguir:

*“cabe a redução de danos ter essa **escuta** né...de como é que é a vida do sujeito, como é que ele vive a vida dele e o que que ele escolhe pra ele...e ai tu poder convidá-lo a alguns cuidados né”* (entrevistado azul)

*“essa questão assim, do paciente vinculado ao serviço ser responsável por aquele serviço que ele tá usando, por aquela tecnologia que tá sendo disponível pra ele, de ele se apropriar dos resultados disso né, porquê **a vida é dele e nós somos um apoio** né”* (entrevistado vermelho)

*“no meu entendimento redução de danos tu vai **fazer o que é possível para a pessoa continuar tendo uma vida e se reconhecer enquanto sujeito e fazer as mudanças possíveis** para aquele momento de vida”* (entrevistado rosa)

É possível se chegar à conclusão de que, de alguma forma, todos os profissionais entrevistados já tiveram algum contato com o conceito de redução de danos e/ou já se aproximaram de alguma maneira com as estratégias de redução de danos. Ainda, cabe analisar que muitas vezes os profissionais realizaram uma reflexão também sobre seu próprio processo de trabalho, e a maneira como se colocam diante do cuidado do usuário, o que está diretamente ligado à percepção de possibilidades e limites de aplicabilidade da redução de danos, tratada no item a seguir.

### **Possibilidades e limites da redução de danos - concepções prévias e aplicabilidade**

Foi possível observar que os participantes perceberam práticas que já eram realizadas na internação e que de alguma forma poderiam ser compreendidas como parte do cuidado da redução de danos, além das limitações e possibilidades de inserção

da redução de danos enquanto prática da equipe multiprofissional naquele local. Três dos participantes referiram o saber biomédico como uma das principais questões limite à implementação do cuidado à partir da redução de danos, assim como a falta de compreensão sobre o tema e sobre a redução de danos não ser a direção do serviço em que estão inseridos. Ainda, um participante fez menção a uma possível dificuldade dos profissionais em trabalhar com a responsabilização do usuário no seu processo de cuidado: *“trabalhar com essa responsabilidade do usuário, que me parece as vezes que a psiquiatria de uma forma geral assim não consegue, parece que ela não entende que essa pessoa pode também fazer suas escolhas né...e se as decisões não são o que a psiquiatria recomenda, aí não vai dar certo”* (entrevistado laranja). Outro entrevistado alerta quanto ao risco em relação à posição que a equipe pode assumir com os usuários, levando por vezes uma postura e um cuidado verticalizado e sem considerar o processo de escuta dos mesmos: *“as pessoas vão, decidem e resolvem... um espaço de problematizar é muito complicado, muito difícil...é uma coisa meio engessada assim, então a pessoa decide pelo outro”* (entrevistado azul)

Com relação as possibilidades de aplicabilidade da redução de danos em uma internação, mais da metade dos entrevistados relataram questões como o acesso à informação, a promoção de debates e a inserção dos residentes multiprofissionais nas atividades com os usuários enquanto estratégias que facilitariam o cuidado pautado na redução de danos: *“obviamente que a gente vai orientar no sentido da abstinência, mas sempre promovendo debate pra ver se é isso mesmo que o cara quer”* (entrevistado vermelho)

Ao problematizar a aplicabilidade da redução de danos em uma internação, poderia se levantar a hipótese de que muitos dos profissionais identificariam mais dificuldades do que efetivas possibilidades desta inserção. Entretanto, durante a análise dos dados coletados, foi possível observar que, apesar de citarem entraves à essa aplicabilidade, os profissionais buscavam identificar alternativas que pudessem inserir esse cuidado no espaço da internação. O apontado neste item torna-se contraditório com



relação ao item anterior quando se observa que os profissionais apresentaram certa facilidade em conceituar e identificar estratégias de redução de danos, porém quando passam a analisar essas estratégias na prática cotidiana, identificavam vários obstáculos e limitações com relação às práticas. Entretanto, a identificação de possibilidades acaba por se constituir como um fio condutor da discussão realizada no item seguinte, com relação às estratégias de redução de danos que já ocorrem no espaço de cuidado estudado.

### **Complexidades e estratégias da redução de danos em uma internação especializada em adição**

Os entrevistados trouxeram à tona dificuldades de se ter práticas de redução de danos dentro do serviço em análise, apesar de identificarem algumas estratégias já existentes, tais como: o trabalho com alguns comportamentos dos usuários, o restabelecimento/reforço do vínculo deles com sua rede de apoio, as regras de convivência existentes na internação, construídas e revisadas em conjunto com os usuários, a psicoeducação realizada nas atividades e, algo que foi citado por mais de um participante, a inserção de vários grupos organizados e coordenados pelos residentes multiprofissionais nesta unidade. Acredita-se que estas possibilidades são relevantes e, como alguns entrevistados reforçaram, já acontecem dentro da unidade. Apesar disso, dois dos entrevistados trouxeram que já ocorreram tentativas de agregar estratégias de redução de danos ao programa de atividades da internação mais diretamente, mas que não sentiram um “eco” com relação a isso na equipe multiprofissional. Ainda, por vezes a lógica biomédica possui algumas durezas e a necessidade de se ter protocolos fechados dentro da unidade, como um entrevistado ponderou, dificulta a aplicabilidade da redução de danos. Por fim, um entrevistado traz um ponto importante,

compreendendo que a redução de danos pressupõe uma reflexão em conjunto da equipe multiprofissional e do usuário e que, por vezes, o poder de decisão é concentrado em uma única pessoa (que não é o usuário).

*“acho que os grupos da residência multiprofissional eles são menos engessados nesse sentido”*  
(entrevistado laranja)

*“as vezes fazer algumas ações, **formar parcerias e tentar desenvolver trabalhos com mais flexibilidade, com mais escuta, procurando fomentar mais a liberdade, a responsabilidade e autonomia dos usuários mesmo sabendo das dificuldades que eles tem em ter essa autonomia**”* (entrevistado laranja)

*“eu acho que seria mais por convicção pessoal das chefias em geral né, do tratamento aqui...porque se viesse das chefias assim: **ah, vamos trabalhar com redução de danos, ser mais flexível, acho que os outros iriam fazer conforme orientação...**”* (entrevistado marrom)

*“acho que a redução de danos existe pela **formação de cada um e pela sua posição**, o que ela sustenta nela e que talvez faça diferença na abordagem e no contato”* (entrevistado azul)

*“acho que é pela questão da metodologia que a gente usa, pelas práticas do próprio programa, manejo de contingência, prevenção à recaída, manejo da raiva...**tudo isso é protocolo, tudo isso é fechado sim**, então eu não vejo nesse programa de hoje tendo dentro desses critérios...e não se fala abertamente sobre isso né”* (entrevistado roxo)

Nas falas analisadas fica evidente o destaque dado às atividades realizadas pelos residentes multiprofissionais dentro da internação e de como estas tem potencial de seguirem a diretriz da redução de danos. Ao se pensar na inserção destes residentes e nas atividades que conduzem, pode-se refletir como os próprios grupos desenvolvidos (atividades lúdicas, Grupo Qualidade de Vida e Grupo Tecendo Redes) já seguem a linha da redução de danos, no sentido de refletir sobre os temas trabalhados com os usuários, de maneira horizontal, o que auxilia no estabelecimento deles como corresponsáveis por seu tratamento e reinserção pós-internação na sociedade.

## **Discussão**

Quando se realiza uma reflexão sobre o tema da redução de danos, é importante ressaltar a percepção que se utiliza para a análise pretendida. Neste estudo, toma-se a compreensão da redução de danos como uma ética do cuidado e que esta parte da necessidade de se “[...] operar de modo não prescritivo, não colocando a abstinência como único objetivo. Esta Redução de Danos [...] apresenta-se como ponto de partida, compromisso ético, estético e político, e não como um guia preciso, roteiro fechado, receita de bolo, nem como uma partitura de ações sanitárias, mas como um chamado ao compromisso. [...]. Assumi-lo não facilita em nada o trabalho: apenas o torna mais potente”<sup>(2)</sup>. Tendo essa diretriz em vista, podem-se observar algumas similaridades com os resultados apresentados neste estudo, ou seja, a compreensão dos profissionais com relação ao conceito e estratégias de redução de danos e seu amplo espectro de possibilidades que serão discutidos a seguir.

Em especial se destacam os termos que giram em torno da escuta qualificada do desejo do usuário e do ambiente onde ele está inserido, considerando que toda clínica se dá em um determinado contexto e também que toda clínica é política<sup>(4)</sup>. Tal concepção introduz a mudança da clínica pensada para o usuário de drogas a partir do referencial forjado por Claude Olievenstein, em que seria necessária uma análise já reconhecida nas práticas de redução de danos: a triangulação entre o sujeito, a droga e a sociedade em seu determinado período histórico.

Diante dessa percepção de triangulação do sujeito, droga e contexto, é possível fazer uma correlação com o relatado pelos profissionais, que consiste em não se ter um modelo pronto com relação às práticas de redução de danos, necessitando também de um olhar multiprofissional sobre cada sujeito que se propõe a realizar um cuidado junto a um serviço de saúde. Quando se fala em cuidado em saúde por uma equipe multiprofissional, pode-se analisar a partir da integralidade do cuidado a redução de

danos considerando a reflexão de Emerson Merhy, de que a área da saúde tem construído “[...] muitos tipos distintos de saberes nessa direção, não sendo privilégio de nenhum, em particular, ser eficaz e efetivo no cumprimento dessa missão, pois são muitas as formas de realizá-la”<sup>(6)</sup>. Tendo isso em vista, o autor ainda discute sobre a necessidade da desterritorialização dos saberes, a fim de construir um cuidado em saúde integrado, sem fragmentar o sujeito.

Os tópicos do cuidado em saúde e integralidade no cuidado estão interligados e podem ser desvelados nas práticas de redução de danos. O cuidado em saúde pode ser analisado a partir da dicotomia cuidador/cuidado, vendo este como algo verticalizado, sem participação do sujeito. Entretanto, o conceito utilizado aqui compreende o cuidado como “[...] uma dimensão da integralidade em saúde que deve permear as práticas de saúde, não podendo se restringir apenas às competências e tarefas técnicas, pois o acolhimento, os vínculos de intersubjetividade e a escuta dos sujeitos compõem os elementos inerentes à sua constituição.”<sup>(7)</sup> Considerando este conceito, entende-se a conexão entre integralidade e cuidado, pois ambos abrangem um conjunto de ações que são articuladas com o objetivo de constituir processos de trabalho que busquem dar conta das necessidades em saúde da população, que vão além do processo saúde-doença, envolvendo dimensões culturais, econômicas, políticas e de vulnerabilidade social em que aquela população se encontra.

Reflete-se que os participantes da pesquisa parecem ter compreensão sobre o que seriam estratégias de redução de danos, mas quanto a aplicabilidade da mesma em uma internação especializada em adição, por vezes se encontram divergências. No local em que a equipe participante está inserida, foi possível que eles identificassem estratégias como sendo pertencentes ao cuidado da redução de danos, mas também identificaram limites, apresentados nos resultados deste artigo. Com relação a identificação de

estratégias, um outro estudo<sup>(8)</sup> com objetivo parecido foi realizado em outros serviços que compõe a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e obteve resultados similares: as ações de redução de danos eram identificadas, porém pareciam ser utilizadas “apenas em último caso”, quando não havia a alternativa de abstinência. Essa constatação vem ao encontro da fala de alguns dos participantes inseridos nesta pesquisa e pode reforçar a ideia de que a redução de danos tem um determinado “espaço” no cuidado, sendo uma medida alternativa quando não se atinge o objetivo que muitos profissionais estabelecem aos sujeitos, no caso, a abstinência total.

Ainda sobre os limites e potencialidades apresentados nas entrevistas, traz-se, principalmente, a percepção dos profissionais de que a redução de danos não é a direção do serviço em que estão inseridos e que esse seria um obstáculo principal à sua aplicabilidade. Cabe ressaltar que a unidade em que a pesquisa foi realizada tem como diretriz a terapia cognitivo-comportamental (TCC), sendo que esta se constitui como “[...] um conjunto de intervenções semiestruturadas, objetivas e orientadas para metas, considerando fatores cognitivos (e seus desdobramentos) e comportamentais [...]”<sup>(9)</sup>. Apesar de estudos apontarem essa abordagem como efetiva<sup>(9)</sup>, pode-se pensar sobre de que maneira a TCC inclui (ou não) práticas de redução de danos ou se constituiria enquanto “oposta” a este cuidado. Ponderando a partir das respostas dos entrevistados, foi possível identificar que a percepção é que seriam formas de cuidar distanciadas, sem relação, entretanto, quando se referem às práticas de redução de danos já existentes na unidade, a maioria dos entrevistados apontou, além de outras questões, ferramentas utilizadas dentro da terapia cognitivo comportamental, como manejo de contingência, intervenções com relação a comportamentos dos usuários.

A Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas, normativa organizada pelo Ministério da Saúde no Brasil, determina que a redução de danos seja o

fiu condutor do cuidado às pessoas que usam álcool e outras drogas, sendo que ela é caracterizada como “[...] um método (no sentido de *methodos*, caminho) e, portanto, não excludente de outros. Mas, vemos também, que o método está vinculado à direção do tratamento e, aqui, tratar significa aumentar o grau de liberdade, de corresponsabilidade daquele que está se tratando. Implica, por outro lado, no estabelecimento de vínculo com os profissionais, que também passam a ser corresponsáveis pelos caminhos a serem construídos pela vida daquele usuário, pelas muitas vidas que a ele se ligam e pelas que nele se expressam”<sup>(10)</sup>. Então, com relação a redução de danos em uma internação, pode-se avaliar que é uma estratégia de cuidado possível e que em algum nível já é utilizada, tendo em vista a questão do vínculo entre usuário e profissional, pontuada pela maioria dos entrevistados como algo imprescindível no trabalho com pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas.

Apesar disso, a redução de danos por vezes não é a estratégia que muitos profissionais, especialmente gestores do serviço onde ocorreu a pesquisa, compreendem que seria mais efetivo com essa população, conforme a maioria dos entrevistados referiu. Contudo, as internações se constituem enquanto serviços que compõem a RAPS<sup>(11)</sup>, sendo que o processo de internação pode estar previsto no plano terapêutico de cada usuário em seu serviço de origem, sendo a internação por período breve, tendo o objetivo de estabilização do quadro clínico.

Tendo em vista que a internação é parte integrante da RAPS, cabe refletir sobre como ela se insere nessa rede e de que forma desenvolve seu trabalho, se é em consonância com o que os demais serviços preconizam ou se difere, de acordo com a compreensão da equipe multiprofissional que trabalha ali. Ressaltam-se os entraves encontrados nas falas dos profissionais da equipe, que dizem respeito, além do já apresentado, a certas dificuldades que a equipe pode ter com o processo de

responsabilização do usuário pelo seu cuidado e de lidar com as expectativas dos mesmos.

Percebe-se que a redução de danos por vezes pode ser vista como uma oposição com relação aos tratamentos que teriam a abstinência como objetivo final, apesar de a abstinência ser uma possibilidade a ser pensada dentro do plano terapêutico de cada usuário. Por vezes o discurso da abstinência como objetivo único para as pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas perpassa a percepção de profissionais inseridos nos espaços de cuidado, embora os mesmos profissionais em outro momento possam se posicionar a partir da redução de danos.<sup>(12)</sup> A compreensão dessa contradição é necessária para que a leitura com relação a equipe não se torne reducionista e culpabilizadora, tendo em vista que os processos de formação e compreensão de cada sujeito são singulares e, apesar dos participantes terem clareza com relação ao que acreditam ser redução de danos, o discurso de cada um pode diferir da prática cotidiana e das intervenções enquanto equipe terapêutica como um todo.

Pode-se levar em conta aqui uma “imagem” estigmatizada do usuário de álcool e outras drogas, caracterizado como manipulador, de difícil acesso e vínculo, com dificuldade de subjetivar os sentimentos e relações, apontando diretamente para uma leitura moral da situação deste usuário, o que não auxilia no estabelecimento de vínculo necessário ao trabalho nesta área<sup>(4)</sup>. Tendo essa imagem em vista, uma equipe pode apresentar várias restrições ao trabalho com redução de danos, por exemplo, quando se refere ao respeito aos desejos individuais do usuário e de como este quer se inserir no espaço de tratamento. Ainda, alguns programas de tratamento podem apresentar alguns engessamentos, que poderiam se constituir enquanto uma limitação à redução de danos nos espaços.

Com relação ao trabalho em equipe multiprofissional, entende-se esta como “[...] uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Por meio da comunicação, ou seja, da mediação simbólica da linguagem, dá-se a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação.”<sup>(13)</sup> Então, considerando que uma equipe multiprofissional é composta a partir da multiplicidade de saberes e que o trabalhador possui certa autonomia sobre seu processo de trabalho, identifica-se que os profissionais apresentam potencial para pensar “[...] novos dispositivos aos serviços de saúde, muda[r] as práticas, aciona[r] novos modos de produzir o cuidado se isto fizer parte dele, tanto do seu aprendizado técnico, quanto do seu desejo de fazer.”<sup>(14)</sup> Quando se fala da importância da multiplicidade de saberes implicada a uma equipe multiprofissional, discute-se sobre os problemas que levam um usuário a buscar um serviço de saúde, vislumbrando estes como complexos e que necessitam mais do que o olhar de apenas uma categoria profissional. Por fim, traz-se aqui uma percepção de uma metodologia para a mudança dentro de um processo de trabalho já estabelecido previamente, considerando o “processo quente”<sup>(15)</sup>, ou seja, a mudança partiria de discussões, problematizações e mobilizações da própria equipe de trabalhadores bem como dos usuários que frequentam o serviço. Diante disso, pode-se observar disponibilidade e desejo por parte dos profissionais em continuar discutindo seu processo de trabalho e também da lógica que organiza o serviço.

### **Considerações Finais**

Acredita-se que por muitas vezes práticas de redução de danos possam ser invisíveis dentro de uma internação, parecendo que neste espaço não se trabalha com tal lógica. Quando se discute sobre esse tema, até o termo redução de danos apresenta-se



como um “tabu” para a equipe, sendo de difícil conceituação e identificação de estratégias. Contudo, a maioria dos entrevistados parece ter olhado para seu processo de trabalho de maneira crítica, observando de que maneira sua profissão e o conjunto da equipe multiprofissional por vezes realiza estratégias dentro da redução de danos e não as identifica como tal.

Apesar dos possíveis entraves com relação à redução de danos em uma internação especializada, ela se torna uma forma possível de se conduzir o cuidado em saúde dos usuários, se apresentando enquanto uma metodologia mais acolhedora e horizontal de trabalho, tendo em vista que a mesma busca ter práticas pautadas na autonomia do sujeito e na garantia de direitos.

Neste estudo, não se objetivou esgotar a discussão com relação a esta temática dentro das internações de adição, mas se buscou dar luz à um espaço distinto dos demais serviços da RAPS e que tem potencial para repensar suas práticas profissionais. Por fim, serão necessárias novas abordagens e olhares multiprofissionais para que se possa alcançar novos aspectos de discussão, a partir da experiência de outros locais e de outras equipes multiprofissionais, assim possibilitando uma discussão ampla sobre o tema.

## **Referências**

<sup>1</sup>BRASIL. Ministério da Saúde. A política do ministério da saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília – DF/Brasil, 2003.

<sup>2</sup>PETUCO, D R S. Redução de Danos: das técnicas à ética do cuidado. Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas. 1 ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. p. 133-148.

<sup>3</sup>PRATES, J C. O método marxiano de investigação e o enfoque misto na pesquisa social: uma relação necessária. In: Textos e Contextos. Porto Alegre, v. 11, n. 1, p. 116-128, jan-jul. 2012.

<sup>4</sup>GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis, Rio de Janeiro. Vozes, 2016.

<sup>5</sup>SILVA, F F L. Afirmar a clínica com pessoas que usam drogas desde um lugar de resistência. Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas. 1 ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. p. 119-132

<sup>6</sup>MERHY, E E. Integralidade: Implicações em Xequê. Gestão em Redes: tecendo os fios da integralidade. IMSUERJ, CEPESC, 2006, p. 97 – 109.

<sup>7</sup>PINHEIRO, R. Cuidado em saúde. Dicionário da educação profissional em saúde. FIOCRUZ. Rio de Janeiro. Disponível em <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/cuisau.html>. Acesso em 20 de setembro de 2017.

<sup>8</sup>CARVALHO, B. DIMENSTEIN, M. Análise do Discurso sobre Redução de Danos num CAPSad III e em uma Comunidade Terapêutica. Trends in Psychology / Temas em Psicologia – Junho 2017, Vol. 25, nº 2.

<sup>9</sup>ZANELATTO, N. Terapia cognitivo-comportamental aplicada à dependência química. DIEHL, Alessandra et al. Dependência química: prevenção tratamento e políticas públicas. Porto Alegre, Artmed, 2011.

<sup>10</sup>BRASIL. Ministério da Saúde. A política do ministério da saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília – DF/Brasil, 2003.

<sup>11</sup>BRASIL. Portaria 3.088, de 23 de Dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)>. Acesso em 10 de Outubro de 2018.

<sup>12</sup>SANTOS, V E et al. Redução de danos: análise das concepções que orientam as práticas no Brasil. Physis - Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro. p. 995-1015, 2010.

<sup>13</sup>PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Revista de Saúde Pública, V. 35, N 1, p. 103-109, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n1/4144.pdf>>

<sup>14</sup>FRANCO, T B. O trabalhador de saúde como potência: ensaio sobre a gestão do trabalho. FRANCO, Túlio Batista Franco. MERHY, Emerson Elias. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde. 1. Ed. São Paulo. Editora Hucitec, 2013

<sup>15</sup>FRANCO, T B. MERHY, E E. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. FRANCO, Túlio Batista Franco. MERHY, Emerson Elias. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde. 1. Ed. São Paulo. Editora Hucitec, 2013

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“[...] porque o único sentido oculto das coisas é elas não terem sentido oculto nenhum. É mais estranho do que todas as estranhezas, e do que o sonho de todos os poetas, e os pensamentos de todos os filósofos, que as coisas sejam realmente o que parecem ser e não haja nada que compreender. Sim, eis o que os meus sentidos aprenderam sozinhos - **as coisas não têm significação: têm existência.**”

(Fernando Pessoa)

O processo de inserção em uma residência multiprofissional integrada em saúde perpassa a compreensão da importância de uma formação em serviço e do potencial que esta tem para agregar nos futuros processos de trabalho em que cada profissional virá a se inserir. Tendo isso em vista, é interessante realizar uma retrospectiva sobre as experiências vivenciadas neste período pela autora e de como estas contribuíram para a sua formação pessoal e profissional.

A residência é uma conquista para a formação de trabalhadores do SUS, considerando que contribui para a ampliação da compreensão do conceito ampliado de saúde, bem como para a busca da atenção integral aos usuários dos serviços que compõe a rede de saúde. Diante disso, a residência ampliou a percepção da autora especialmente no que diz respeito ao trabalho multiprofissional.

Quando se discute sobre o trabalho em saúde mental, especificadamente, entende-se ser de suma importância a articulação entre todas as profissões, pois as questões de saúde mental que perpassam a vida das pessoas não podem ser amplamente atendidas por apenas um profissional. Ainda, a inserção do assistente social nesta equipe multiprofissional é muito importante, pois o sofrimento psíquico é multicausal e muitas vezes está interligado com expressões da questão social. Na área de atenção ao usuário de drogas, uma ramificação dentro da área da saúde mental, também é essencial a presença de uma equipe multiprofissional. Durante o período de residência, a autora se inseriu em dois espaços distintos com relação à atenção ao usuário de drogas: uma internação especializada em adição, no primeiro ano e um ambulatório especializado em adição, no segundo ano.

A experiência do primeiro ano contribuiu diretamente com a mudança de percepção da autora com relação ao mecanismo de cuidado que é uma internação para usuários de drogas, pois por ter vivenciado espaços de cuidado com a característica de “portas abertas” havia se instaurado certa resistência com relação a esse local. Também,

foi possível modificar o entendimento de rede de atenção psicossocial que a autora possuía, em que não se evidenciava esse local como pertencente a uma rede de cuidado e se tinha a percepção deste como possível reprodutor de práticas manicomiais.

Já o segundo ano contribuiu com relação à percepção de um trabalho em equipe muito mais próximo e ampliado, vendo o usuário que está sendo acompanhado no ambulatório como um ser complexo e que tem vários aspectos de sua vida que também precisam de cuidado. Também, a equipe ensinou diretamente sobre a necessidade de tornar o ambiente mais leve, para que o trabalho não se torne mais denso do que já é para a saúde mental dos trabalhadores.

Por fim, entende-se ser importante pontuar com relação à inserção da autora nos espaços específicos do núcleo do serviço social e também dos espaços coletivos de residentes, que contribuíram diretamente para reforçar a compreensão de cuidado em saúde no trabalho do assistente social e a organização coletiva dos residentes e como esta tem força quando há um mesmo objetivo a ser alcançado.

## 6 REFERÊNCIAS

ADAMY, Paula Emília. SILVA, Rosane Neves. Redução de danos e linhas de cuidado: Ferramentas possíveis para o cuidado em saúde mental, álcool e outras drogas. In: **Descriminalização do Cuidado: Políticas, Cenários e Experiências em Redução de Danos**. Porto Alegre, RS: Rede Multicêntrica, 2017. 380p

ALMEIDA, Cíntia Bortolotto. Conceito de redução de danos: uma apreciação crítica. In: **Boletim da Saúde / Secretária da Saúde do Rio Grande do Sul**; Escola de Saúde Pública. – v. 17, n. 1, 2003 – Porto Alegre.

ANDRADE, Tarcísio Mattos de. **Redução de danos: um novo paradigma?** 2010.

AYRES, José Ricardo C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. In: **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 16 – 29, set-dez, 2004.

AYRES, José Ricardo C. M. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. 1ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A política do ministério da saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília – DF/Brasil, 2003.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde**. 2009.

GANDOLFI, Carolina Melati. **Paradigmas e desafios das políticas públicas sociais brasileiras no trato do álcool e outras drogas: da marginalização à redução de danos**. Trabalho de Conclusão de Curso de Serviço Social. Caxias do Sul, 2016.

PETUCO, Dênis Roberto da Silva. Redução de Danos: das técnicas à ética do cuidado. In: **Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas**. 1 ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. p. 133-148.

MERHY, Emerson Elias. Integralidade: Implicações em Xeque. In: **Gestão em Redes: tecendo os fios da integralidade**. IMSUERJ, CEPESC, 2005, p. 97 – 109.

MIGUEL, André de Queiroz Constantino. Manejo de Contingência. In: DIEHL, Alessandra et al. **Dependência química: prevenção tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre, Artmed, 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio da pesquisa social. In: **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, Rio de Janeiro. Vozes, 2016.

PASSOS, Eduardo Henrique. SOUZA, Tadeu Paula. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. In: **Psicologia & Sociedade**, 23(1), p. 154-162.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. In: **Revista**

**de Saúde Pública**, V. 35, N 1, p. 103-109, 2001. Disponível em:  
<<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n1/4144.pdf>>

PINHEIRO, Roseni **Integralidade em saúde**. Dicionário da educação profissional em saúde. FIOCRUZ. Rio de Janeiro. Disponível em:  
<<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>.> Acesso em 20 de setembro de 2017.

\_\_\_\_\_. **Cuidado em saúde**. Dicionário da educação profissional em saúde. FIOCRUZ. Rio de Janeiro. Disponível em  
<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/cuisau.html>. Acesso em 20 de setembro de 2017.

SAUPE, Rosita et al. Competências dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. In: **Revista Interface com saúde**. V6, N.18, set-dez, 2005.

SILVA, Flávia Fernando Lima. Afirmar a clínica com pessoas que usam drogas desde um lugar de resistência In: **Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas**. 1 ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. p. 119-132

VASCONCELOS, Eduardo Mourão (org.). **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 5 edição, São Paulo. Cortez. 2015.

WIESSING, Lucas et al. “Monitoring Quality and Coverage of Harm Reduction Services for People Who Use Drugs: A Consensus Study.” In: **Harm Reduction Journal** Ed. 14, n. 19, 2017.

ZANELATTO, Neide. Terapia cognitivo-comportamental aplicada à dependência química. In: DIEHL, Alessandra et al. **Dependência química: prevenção tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre, Artmed, 2011.



## **ANEXO 1 – Orientações para submissão do artigo na Revista Eletrônica Saúde Mental Alcool e Drogas (SMAD)**

### **1. Estrutura**

Embora se respeite a criatividade e estilo dos autores na opção pelo formato do manuscrito, sua estrutura é a convencional, contendo introdução, materiais e métodos ou casuísticas e métodos, resultados, discussão e conclusão, com destaque às contribuições do estudo para o avanço do conhecimento na área da enfermagem.

O arquivo do artigo não deve conter o nome dos autores e os agradecimentos, estes devem estar na Title Page (ver Documentos para Submissão).

A Introdução deve ser breve, definir claramente o problema estudado, destacando sua importância e as lacunas do conhecimento. Incluir referências que sejam estritamente pertinentes.

Os Materiais e Métodos ou Casuística e Métodos empregados, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção devem ser descritos de forma objetiva e completa.

Os Resultados devem estar limitados somente a descrever a análise do material (quantitativo ou qualitativo). O texto complementa e não repete o que está descrito em tabelas e figuras.

A Discussão enfatiza os aspectos novos e importantes do estudo, faz interpretações que advêm deles e comparações com outras literaturas não citadas na introdução. Para os estudos experimentais, é útil começar a discussão com breve resumo dos principais achados, depois explorar possíveis mecanismos ou explicações para esses resultados, comparar e contrastar os resultados com outros estudos relevantes. Explicitar as contribuições trazidas pelos artigos publicados na SMAD, referenciando-os no texto, quando pertinente, as limitações do estudo e explorar as implicações dos achados para pesquisas futuras e para a prática clínica.

A Conclusão ou Considerações Finais deve estar vinculada aos objetivos do estudo, mas evitar afirmações e conclusões não fundamentadas pelos dados. Especificamente, evitar fazer afirmações sobre benefícios econômicos e custos, a não ser que o manuscrito contenha os dados e análises econômicos apropriados. Evitar reivindicar prioridade ou referir-se a trabalho ainda não terminado. Estabelecer novas hipóteses quando for o caso, mas deixar claro que são hipóteses.

### **2. Formatação do texto**

Formatação. Arquivo no formato Word (doc ou .docx) papel tamanho A4 (21 cm x 29,7 cm ou 8,3” x 11,7”) . Margens superiores, inferiores e laterais de 2,5 cm (1”) . Fonte Times New Roman 12pt (em todo o texto, inclusive nas tabelas). Espaçamento duplo entre linhas desde o título até as referências, com exceção das tabelas que devem ter espaçamento simples. Para destaques utilizar itálico. Não são permitidas no texto: palavras em negrito, sublinhado, caixa alta, marcadores do editor de texto.

### **3. Quantidade de Palavras**

Na contagem de palavras não incluir: tabelas, figuras e referências

- Artigos Originais e de Revisão: 5000 palavras.

### **4. Resumo**

- Fonte Times New Roman 12, espaçamento duplo entrelinhas.
- Incluir o objetivo da pesquisa, procedimentos básicos (seleção dos sujeitos, métodos de observação e analíticos, principais resultados) e as conclusões. Deverão ser destacadas as contribuições para o avanço do conhecimento na área da enfermagem.
- Estruturar explicitamente em "Objetivos", "Método", "Resultados" e "Conclusão".
- Os Ensaios clínicos devem apresentar o número do registro de ensaio clínico ao final do resumo.
- Itens não permitidos: siglas, exceto as reconhecidas internacionalmente, e citações de autores.

### **5. Descritores**

- Mínimo de 4 e máximo de 6, em português, inglês e espanhol.
- Utilizar os rótulos "Descritores" (português), "Descriptors" (inglês) e "Descriptor" (espanhol).
- Separados entre si por ponto e vírgula.
- Primeiras letras de cada palavra do descritor em caixa alta, exceto artigos e preposições.
- Selecionados da lista do Medical Subject Headings (MeSH) ou vocabulário Descritores em Ciências da Saúde (DeCS).

### **6. Título do Artigo**

- Apresentados em português, inglês e espanhol; - Localizados antes de cada resumo; Conciso e informativo com até 15 palavras e em negrito. Itens não permitidos: caixa alta, siglas, abreviações e localização geográfica da pesquisa.

### **7. Seções**

- Nome das Seções: "Introdução", "Método", "Resultados", "Discussão" e "Conclusão"

- Negrito e em caixa alta somente na primeira letra
- Itens não permitidos: itálico, caixa alta, subseções, listas numeradas e listas com marcadores do MS Word
- Introdução - Deve ser breve, definir claramente o problema estudado, destacando sua importância e as lacunas do conhecimento. Incluir referências atualizadas e de abrangência nacional e internacional. Descrever o(s) objetivo(s) no final desta seção
- Método - Descrever o tipo de estudo, o local, o período, a população, os critérios de inclusão e exclusão, amostra, as variáveis do estudo, o(s) instrumento(s), a forma da coleta de dados, a organização dos dados para análises e aspectos éticos
- Resultados - Limitados a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações ou comparações. O texto contempla e não repete o que está descrito em tabelas e figuras
- Discussão - Enfatizar os aspectos novos e importantes do estudo. Comparar e contrastar os resultados com os de outros estudos atuais e apresentar possíveis mecanismos ou explicações para os resultados obtidos. Apresentar as limitações do estudo e os avanços ao conhecimento científico
- Conclusão/Considerações Finais - Responder os objetivos do estudo, restringindo-se aos dados encontrados. Não citar referências ou nomes de autores.

## **8. Falas de Sujeitos**

- Fonte Times New Roman, tamanho 10, itálico, sem aspas, na sequência do texto
- Identificadas/Codificadas ao final de cada fala, a identificação/codificação deve estar entre parênteses e sem itálico

## **9. Siglas (no texto)**

- Descritas por extenso na primeira vez em que aparecem no texto
- Não são permitidas siglas no título do artigo e no resumo

## **10. Tabelas e Figuras**

- Até 5 itens entre tabelas e figuras, contendo título informativo, claro e completo, indicando o que se pretende representar.
- Devem ser inseridas logo após a primeira menção no texto e não no final do artigo ou em arquivos separados.
- Notas de Rodapé nas Tabelas e Figuras devem ser indicadas pelos símbolos sequenciais \*, †, ‡, §, ||, ¶, \*\*, ††, ‡‡ apresentando-os tanto no interior da figura quanto na

nota de rodapé, e não somente em um dos dois lugares. Nas figuras que são imagens deverão estar em formato de texto e não no interior da imagem.

- Todas as siglas presentes em tabelas e figuras devem ser explicitadas em notas de rodapé.

## **Tabelas**

- Título deve ser localizado acima da tabela, indicando o que se pretende representar na tabela e também contendo participantes do estudo, variáveis, local (cidade, estado, país) e período da coleta de dados.

- Devem ser elaboradas com a ferramenta de tabelas do MS Word.

- Os dados devem ser separados por linhas e colunas de forma que cada dado esteja em uma célula.

- Traços internos somente abaixo e acima do cabeçalho e na parte inferior tabela.

- Fonte Times New Roman, tamanho 12pt, e espaçamento simples entrelinhas.

- O cabeçalho deve estar em Negrito e sem células vazias.

- Descrever a fonte da informação quando se tratar de dados secundários.

## **Figuras**

- São figuras: Quadros, gráficos, desenhos, esquemas, fluxogramas e fotos.

- O título deve estar localizado abaixo da figura sempre em formato de texto (mesmo em figuras que se tratem de imagens).

- Autorização da fonte quando extraídos de outros trabalhos, indicando-a em nota de rodapé da figura.

- Em caso de imagens, devem estar em alta resolução (mínimo de 900 dpi).

- Tamanho máximo de 16x10cm.

- Em caso de Quadros (tabelas que contenham dados textuais e não numéricos), devem ser fechados nas laterais e contendo linhas internas. Devem ser construídos com a ferramenta de tabelas do Editor de Texto e poderão ter o tamanho máximo de uma página, e não somente 16x10cm como as demais figuras.

- Em caso de Gráficos, devem ser plenamente legíveis e nítidos. Tamanho máximo de 16x10cm. Se necessário utilizar cores optar por tons claros. Vários gráficos em uma só figura só serão aceitos se a apresentação conjunta for indispensável à interpretação da figura.

- Em caso de desenhos, esquemas, fluxogramas, devem ser construídos com ferramentas adequadas, de preferência com a intervenção de um profissional de artes gráficas. Lógicos e de fácil compreensão. Plenamente legíveis e nítidos.

- Fotos devem ser plenamente legíveis e nítidas. Fotos contendo pessoas devem ser tratadas para que as mesmas não sejam identificadas.

## **11. Citações no Texto**

Formatação - Números arábicos, sobrescritos e entre parênteses. Ordenadas consecutivamente, sem pular citação.

Citações de referências sequenciais: separadas por traço e não por vírgula, sem espaço entre elas. Exemplo: ...literatura(12-15).

Citações de referências intercaladas: separadas por vírgula, sem espaço entre elas. Exemplo: ...literaturas(3,6,16,21).

Quando inseridas ao final do parágrafo ou frase devem estar antes do ponto final e quando inseridas ao lado de uma vírgula devem estar antes da mesma.

Citações “ipsis literes” devem estar entre aspas, sem itálico, tamanho 12, na sequência do texto.

Itens não permitidos:

- Espaço entre a citação numérica e a palavra que a antecede. Exemplo: ...Cândida albicans (3,6,16,21).

- Indicação da página consultada. Exemplo:...Cândida albicans(3:p.431).

- Indicação de nomes de autores no texto, exceto os que forem referencial teórico da pesquisa.

## **12. Falas de participantes (sujeitos)**

- Fonte Times New Roman, tamanho 10pt, itálico, sem aspas e na sequência do texto.

- Identificadas/Codificadas ao final de cada fala, a identificação/codificação deve estar entre parênteses e sem itálico (fonte Times New Roman, tamanho 10pt, itálico, sem aspas e na sequência do texto).

## **13. Notas de Rodapé (no texto)**

- Indicadas por asterisco(s) e iniciadas a cada página (\*,\*\*,\*\*,...).

- Restritas ao mínimo necessário.

## **14. Referências**

Estilo Vancouver ([https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)) . Sem limite máximo desde que todas adequadas ao texto e com link de acesso para

averiguação de pertinência ao texto. Referências com mais de 6 autores: seis primeiros seguidos de et al. . Citar a versão do documento em inglês. Inserir DOI ou link de acesso em todas as referências.

A veracidade dos dados que compõem cada referência e a exatidão do formato são de responsabilidade dos autores.

As citações de autores e de periódicos nas bases de dados é altamente relacionada à exatidão das referências informadas pelos autores nos artigos publicados, portanto, solicita-se máximo cuidado e atenção à este item.

- Para o formato das referências, seguir o Citing Medicine, 2ª edição - Estilo Vancouver ([https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html));

- Quantidade: não há limite de referências.

- Citar a versão do documento em inglês, quando disponível.