

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO**

Zaira Letícia Tisott

**CUIDADO DE PESSOAS USUÁRIAS DE DROGAS: ESTUDO
FENOMENOLÓGICO NA PERSPECTIVA DO REDUTOR DE DANOS**

Santa Maria, RS
2018

Zaira Letícia Tisott

**CUIDADO DE PESSOAS USUÁRIAS DE DROGAS: ESTUDO FENOMENOLÓGICO
NA PERSPECTIVA DO REDUTOR DE DANOS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS) como requisito para obtenção do título de **Mestre em Enfermagem.**

Orientadora: Profa. Dra. Marlene Gomes Terra
Coorientadora: Profa. Dra. Leila Mariza Hildebrandt

Santa Maria, RS
2018

Tisott, Zaira Leticia

Cuidado de pessoas usuárias de drogas: estudo fenomenológico na perspectiva do Redutor de Danos. / Zaira Leticia Tisott.- 2018.

94 p.; 30 cm

Orientador: Marlene Gomes Terra

Coorientador: Leila Mariza Hildebrandt

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, RS, 2018

1. Redução do dano 2. Transtornos relacionados ao uso de substâncias 3. Usuários de drogas I. Gomes Terra, Marlene II. Hildebrandt, Leila Mariza III. Título.

**CUIDADO DE PESSOAS USUÁRIAS DE DROGAS: ESTUDO FENOMENOLÓGICO
NA PERSPECTIVA DO REDUTOR DE DANOS**

elaborado por

Zaira Letícia Tisott

como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Enfermagem

COMISSÃO EXAMINADORA

Marlene Gomes Terra, Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientadora)

Leila Mariza Hildebrandt, Dra. (UFSM)
(Coorientadora)

Annie Jeanninne Bisso Lacchini Dra. (UFCSPA)
(1ª Examinadora)

Carmem Lúcia Colomé Beck, Dra. (UFSM)
(2ª Examinadora)

Jairo da Luz Oliveira Dr. (UFSM)
(Suplente)

Santa Maria, 08 de Fevereiro de 2018.

DEDICATÓRIA

Ao meu querido e amado pai, sempre presente em todos os momentos de minha vida, dedico esta dissertação, que me ensinou que a paciência é uma das maiores virtudes. Obrigada por acreditar em mim e nos meus sonhos!

AGRADECIMENTOS

A Deus que me fortaleceu para caminhar nessa estrada do conhecimento.

A meu irmão, minha cunhada e minhas amadas sobrinhas Yasmim e Diovana, pela aceitação, apoio, compreensão e o amor incondicional, sempre presentes comigo até aqui.

Aos meus amigos fiéis Sabrina Oliveira, Gabriele Pinheiro, Diéli Burttet, Angelo Ramos Junior, Airton Magnago, Deise Pretto, Francine Freitas. E, também, as nossas pequenas Maria Clara, Laizie Lauren por me passar tranquilidade, apoio, alegria e confiança em todas as horas.

À Universidade Federal de Santa Maria, em especial ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, pelo aprendizado, incentivo e pela oportunidade de estudar em uma instituição de ensino de qualidade.

A minha querida professora orientadora Marlene Gomes Terra, pelo apoio, dedicação, paciência e compreensão. Muito obrigada por me fazer ver a saúde mental de uma maneira mais leve. Obrigada pela tua sensibilidade comigo e por ser esta pessoa maravilhosa.

À professora coorientadora e amiga atenciosa Leila Mariza Hildebrandt, quem me fez conhecer a Saúde Mental, desde a Graduação de Enfermagem. Obrigada por sempre estar ao meu lado, por me escutar e dedicar seu tempo para mim.

A Banca Examinadora, pela oportunidade de compartilhar conhecimentos, pela dedicação e simplicidade com que passam seu conhecimento.

Aos meus colegas de mestrado, em especial a minha querida amiga Iris Gomes, companheira de longas jornadas, obrigada pela oportunidade de conviver com todos vocês e compartilhar bons momentos de trocas e aprendizado.

Aos alunos do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, pela sensibilidade com as questões que envolvem a saúde mental. Obrigada pelo carinho e amizade.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior pela concessão da bolsa de mestrado.

Ao Grupo de Pesquisa “Cuidado em Saúde Mental e Formação em Saúde” (FORESM), pelos momentos de aprendizado, reflexão e crescimento compartilhados.

Ao Centro Regional de Referência de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas da Região Centro do Rio Grande do Sul pelo aprendizado e qualificação.

A Rede de Saúde Mental do município de Santa Maria, a qual transitei inúmeras vezes na busca incessante de aprendizado e trocas de experiência. Obrigada a todos os funcionários pelo interesse em construir uma rede melhor.

Aos amados Redutores de Danos, participantes dessa pesquisa, muito obrigada pela acolhida, por demonstrarem interesse no meu estudo e na minha caminhada, mas principalmente por me ensinarem ser uma pessoa melhor. Obrigada pela confiança.

Ao município de Pelotas e a Gabriela Lanzetta Haack, coordenadora da Rede de Álcool e outras Drogas, pelo carinho e oportunidade em desenvolver esse trabalho. Gratidão a todos que me ajudaram nesses dois anos de resiliência.

REDUÇÃO DE DANOS

"(...) ela se deitou sobre o balanço, apoiada sobre o estômago e com os pés no chão. Andava em pequenos círculos, torcendo as correntes do balanço o quanto podia. Levantava então seus pés do chão, fazendo com que as correntes do balanço se desdobrassem, numa grande velocidade, o que fazia com que ela girasse sobre si mesma (...). No momento em que as correntes do balanço se desdobravam, a cabeça dela (...) passava a poucos centímetros dos pés de ferro do balanço (...). Eu poderia ter dito para ela parar de brincar, mas, obviamente, ela estava se divertindo muito com a brincadeira e gostando da sensação de ficar tonta (...). Assim, eu preferi dizer-lhe para dobrar bem a cabeça de modo que, quando ela rodasse, a mantivesse a uma margem segura dos pés do balanço (...). Havia uma clara decisão a ser tomada - proibição ou redução do dano, ou seja, proibir, o que não teria grande sucesso em se tratando de uma atividade prazerosa, ou reconhecer o valor da atividade para ela e tentar reduzir os riscos daí decorrentes e, com isso, prevenir o dano."

(Pat O'Hare - "Redução de danos: alguns princípios e a ação prática")

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

Autora: Enf^a Md^a Zaira Letícia Tisott
Orientadora: Prof^a Dr^a Marlene Gomes Terra
Coorientadora: Prof^a Dr^a Leila Mariza Hildebrandt
Data e Local da Defesa: Santa Maria, 08 de fevereiro de 2018.

O uso de álcool e outras drogas sempre estiveram presentes na história da humanidade, de diferentes formas e em diversos contextos culturais sem que trouxessem, em princípio, malefícios a saúde. A política de Redução de Danos se constitui em uma estratégia de intervenção com a finalidade de minimizar os riscos à saúde dos usuários de álcool e outras drogas. Tem-se como questão fenomenológica: como os Redutores de Danos agem para cuidar de usuários de drogas? E, como objetivos: descrever as ações desenvolvidas pelo Redutores de Danos ao cuidar de usuários de drogas; apreender os motivos para das ações do Redutores de Danos ao cuidar de usuários de drogas; compreender o típico da ação do Redutor de Danos ao cuidar de usuário de drogas. Trata-se de uma pesquisa qualitativa com abordagem da Fenomenologia Social de Alfred Schütz. Os participantes foram 17 Redutores de Danos, que realizam ações de cuidar de usuários de drogas, distribuídos em um Consultório na Rua e oito composições de Redução de Danos no município de Pelotas, no Rio Grande do Sul. A produção de dados ocorreu no período de abril a maio de 2017, por meio da entrevista fenomenológica a qual foi encerrada quando houve a suficiência de significados. Foram respeitados os aspectos éticos seguindo a Resolução N° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que diz respeito a pesquisas sobre seres humanos. Assim, desvelaram-se a construção das categorias concretas do vivido dos motivos para: espera de uma mudança positiva para seus acessados diante de suas ações; expectativa de contribuir para uma sociedade melhor; finalidade de suas ações como satisfação pessoal; aprendizado como expectativa pessoal na relação com o outro. Desvelou-se que os Redutores de Danos agem de maneira empática e com respeito às pessoas que fazem uso/abuso de drogas. Possuem para isso, uma atitude natural diferente de seu grupo social. O Redutor de Danos contribui para o cuidado por meio de ações relacionadas ao usuário, mas também para a sociedade. Sente-se gratificado com o retorno positivo de suas ações. E, ainda, coloca-se na posição de aprendiz, em que leva ensinamentos para sua vida pessoal. Esse estudo contribui para a construção do conhecimento relacionada à temática, além de fornecer apoio para os Redutores de Danos que fazem suas ações no espaço da rua e por meio de visitas domiciliares.

Palavras-chaves: Redução do dano. Transtornos relacionados ao uso de substâncias. Usuários de drogas. Enfermagem. Enfermagem Psiquiátrica. Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

Master Dissertation
Program of Pos-Graduation in Nursing
Federal University of Santa Maria

Author: Enfa Mda Zaira Letícia Tisott
Advisor Professor: Dra Marlene Gomes Terra
Co-advisor Professor: Dra Leila Mariza Hildebrandt
Date and place of the defense: Santa Maria, February 8th, 2018.

The use of alcohol and other drugs have always been present in the history of humanity, in different ways and in several contexts without bringing, firstly damages to the health. The Damage Reduction Policy is constituted by an intervention strategy which has the aim to minimize the risks to the health of the alcohol users and other drugs. As the phenomenological issue: how do the Damage Reductor act to take care of the drug users? And, as objectives: to describe the actions developed by the Damage Reductor when taking care of drug users; to learn the reasons for the actions of the Damage Reductor when taking care of the drug users; to understand the thypical of the action of Damage Reductor when takinh care of the drug users. It is a qualitative research with approaching on Social Phenomenology by Alfred Schütz. The participants were 17 Damage Reductors, who carried out actions to take care of drug users, distributed at a Street Office and eight compositions of Damage Reductions in the municipality of Pelotas, in the state of Rio Grande do Sul. The data production occured from April to May 2017, by the phenomenological interview which was finished when there were enough meanings. They were respected the ethical aspects following the Resolution N° 466/2012 of the National Health Council which concerns researches on human beings. This way, they were revealed the constructions of the concrete categories of the lived and reasons to: Wait for a positive change for their accessed before their actions; An expectance of contribution for a better society; Aiming their actions as personal satisfaction; Learning as a personal expectance in relation to the other. It was found out that the Damage Reductor acts with kindness and with respect on the people who use/abuse drugs. For that they have a natural treatment different from their social group. The Damage Reductor contributes to the care by actions related to the user and also the society. They feel thankful for the positive result of their actions. And still put themselves as apprentices when they take those experiences to their personal life. This study contributes to the building of the knowledge related to the issue, besides providing support to the Damage Reductors which perform their actions on the street and going home to home.

Key words: Damage Reduction. Disorders caused by the use of substances. Drug users. Nursing. Psychiatric nursing. Qualitative research.

LISTA DE SIGLAS

ABORDA - Associação Brasileira de Redutores de Danos.

ACS - Agentes Comunitários de Saúde.

AIDS - Acquired Immuno Deficiency Syndrome.

BDENF - Banco de Dados em Enfermagem.

BDTD - Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações.

CAPES - Banco de Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.

CAPS - Centros de Atenção Psicossocial.

CAPSad - Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas.

CASE - Centro de Atendimento Socioeducativo.

CCS - Centro de Ciências da Saúde.

CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas.

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa.

CEPEn - Centro de Estudos e Pesquisa em Enfermagem.

CID - Classificação Internacional de Doenças.

CID - Classificação Internacional de Doenças.

CnR - Consultório na Rua.

CNS - Conselho Nacional de Saúde.

CRAS - Centro de Referência de Assistência Social.

CRRD - Centro de Referência de Redução de Danos.

CRS - Coordenadoria Regional de Saúde.

DSM - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.

EPS - Educação Permanente em Saúde.

ESF - Estratégia de Saúde da Família.

FORESM - Cuidado em Saúde Mental e Formação em Saúde.

GAP - Gabinete de Projetos.

HIV - Human Immunodeficiency Virus.

IBCIT - Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia.

IEPAS - Organização Não Governamental Instituto de Estudos e Pesquisas em AIDS de Santos.

IST - Infecção Sexualmente Transmissível.

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde.

MEDLINE - Medical Literature Analysis and Retrieval System Online.

MS - Ministério da Saúde.

OMS - Organização Mundial da Saúde.

ONGs - Organizações Não Governamentais.

ONU - Organizações das Nações Unidas.

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.

PRD - Programa de Redução de Danos.

PRDs - Programas de Redução de Danos.

PsycInfo - American Psychological Association.

PTS - Programa de Troca de Seringas.

RAPS - Redes de Atenção Psicossocial.

RD - Redução de Danos.

RETRATE - Projeto Reabilitação Trabalho e Arte Retrate.

SENAD - Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas.

SIE - Sistema de Informações para o Ensino.

SMRD - Serviço Municipal de Redução de Danos.

SPA - Substâncias Psicoativas.

SRT - Serviço Residencial Terapêutico.

SUS - Sistema Único de Saúde.

TCC - Trabalho de Conclusão de Curso.

TCLE - Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

UAA - Unidade de Acolhimento Adulto.

UAI - Unidade de Acolhimento Infante Juvenil.

UBS - Unidade Básica de Saúde.

UDI - Usuários de Drogas Injetáveis.

UFPEL - Universidade Federal de Pelotas.

UFMS - Universidade Federal de Santa Maria.

UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo.

URD - Unidade de Redução de Danos.

VD - Visitas Domiciliares.

VER-SUS - Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Imagem de Alfred Schütz.....	42
Tabela 1 - Relação dos artigos selecionados para a Revisão de Literatura.....	36
Tabela 2 - Relação do número de Redutores de Danos por municípios no Rio Grande do Sul.....	47

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A - Roteiro da entrevista fenomenológica.....	89
Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	90
Apêndice C - Termo de Confidencialidade.....	92

LISTA DE ANEXOS

Anexo A – Parecer de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria.....	93
--	----

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	12
1.2 OBJETO DO ESTUDO, QUESTÃO NORTEADORA E OBJETIVOS	17
2 CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA	19
2.1 REDUÇÃO DE DANOS: CONHECER PARA COMPREENDER.....	19
2.2 POLÍTICAS PROIBICIONISTAS E O OLHAR DA SAÚDE PERANTE O USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.....	25
2.3 CONTEXTOS HISTÓRICOS E AS MOTIVAÇÕES PARA O USO DE DROGAS PELA SOCIEDADE.	29
2.4 USO, ABUSO E DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS E DADOS EPIDEMIOLÓGICOS.....	31
2.5 PRODUÇÕES CIENTÍFICAS NA TEMÁTICA DE REDUÇÃO DE DANOS NO CONTEXTO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.	35
2.5.1 DESAFIOS NA IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS..	38
2.5.2 CONSTRUÇÕES DE ESTRATÉGIAS DE REDUÇÃO DE DANOS POR PROFISSIONAIS E USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.	39
3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO: FENOMENOLOGIA SOCIAL DE ALFRED SCHÜTZ.	42
4 PERCURSO METODOLÓGICO	45
4.1 TIPO DE PESQUISA	45
4.2 LOCAL DA PESQUISA	45
4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	48
4.4 ETAPA DE CAMPO E PRODUÇÃO DOS DADOS	49
4.4.1 APROXIMAÇÃO E AMBIENTAÇÃO	49
4.4.2 PRODUÇÃO DE DADOS	51
4.4.3 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DAS INFORMAÇÕES	52
4.4.4 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	53
5 ANÁLISE FENOMENOLÓGICA.....	56
5.1 SITUAÇÃO BIOGRÁFICA DO REDUTOR DE DANOS.....	56
5.2 AÇÕES DESENVOLVIDAS PELO REDUTOR DE DANOS AO CUIDAR DOS USUÁRIOS DE DROGAS	61
5.3 CATEGORIAS CONCRETAS DO VIVIDO	63
5.3.1 CATEGORIAS CONCRETAS DO VIVIDO DOS MOTIVOS PARA.....	63
5.3.1.2 EXPECTATIVA DE CONTRIBUIR PARA UMA SOCIEDADE MELHOR.....	64
5.3.1.3 A SATISFAÇÃO PESSOAL COMO UM MOTIVO DE SUAS AÇÕES	65
5.3.1.4 APRENDIZADO COMO EXPECTATIVA PESSOAL NA RELAÇÃO COM O OUTRO	66
6 INTERPRETAÇÃO COMPREENSIVA DOS MOTIVOS PARA	67

6.1 TÍPICO DA AÇÃO DO REDUTOR DE DANOS AO CUIDAR DE PESSOAS USUÁRIAS DE DROGAS	73
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	75
REFERÊNCIAS	78
APÊNDICE A - ROTEIRO DA ENTREVISTA FENOMENOLÓGICA.....	89
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	90
APÊNDICE C - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE	92
ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA.....	93

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Questões relacionadas às drogas no mundo vêm sendo debatidas há muito tempo. Sabe-se, que o uso de diversas drogas faz parte da história da humanidade o qual assume diferentes significados em diferentes ocasiões (MACRAE, 2001) e tem sido referido como uma característica da sociedade moderna de consumo na busca do prazer imediato (CONCEIÇÃO; OLIVEIRA, 2008).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera como droga qualquer substância não produzida pelo organismo e que possui propriedade de produzir alterações no funcionamento de um ou mais sistemas do corpo humano (BRASIL, 2001b). De acordo com a lista de substâncias na Classificação Internacional de Doenças (CID), as drogas podem ser chamadas de psicotrópicas ou Substâncias Psicoativas (SPA), dentre elas estão: opióides (morfina, heroína, codeína e diversas substâncias sintéticas), barbitúricos, benzodiazepínicos, anfetaminas, substâncias relacionadas à cafeína, alucinógenos, solventes voláteis, canabinóide (maconha), cocaína, tabaco e o álcool (BRASIL, 1997). Entretanto, na Política Nacional de Atenção Integral pode ser identificada como álcool e outras drogas (BRASIL, 2004a)¹.

Podem ser divididas em lícitas e ilícitas, as lícitas são liberadas por lei e aceitas socialmente, como bebidas alcoólicas, tabaco, entre outras. Porém são restritas em algumas situações como o uso de álcool para menores de 18 anos e o de certos medicamentos que só podem ser adquiridos por meio de prescrição médica. Entretanto, as ilícitas são todas aquelas proibidas por lei como, por exemplo, maconha, cocaína, opióides (BRASIL, 2013a).

Dados epidemiológicos mostram que o álcool se configura como a droga lícita mais utilizada no Brasil e também a mais prejudicial, tanto para si como para os outros. A primeira droga ilícita com maior prevalência de consumo na população brasileira é a maconha, com 3,4% entre adolescentes e 2,5% em adultos (BRASIL, 2014b), entretanto, umas das mais inofensivas relacionadas a riscos para si e para os outros (NUTT; KING; PHILLIPS, 2010). Em segundo, está a cocaína com 1,7% e, em terceiro lugar, os estimulantes com 0,9% em adolescentes e 1,1% na população adulta. Já, em menor percentual encontra-se o crack, com 0,15% em adolescentes e na população adulta 0,7% (BRASIL, 2014b).

As vulnerabilidades e possíveis danos que o abuso de álcool e outras drogas produzem nos usuários, por vezes, podem ser tanto individuais como coletivos. Esses podem ser relacionadas à ilegalidade da droga e à vivência do tráfico, aos efeitos psíquicos e físicos da

¹Nessa dissertação optou-se utilizar, por vezes a nomenclatura, drogas e por vezes álcool e outras drogas.

droga, comportamento sexual desprotegido, violência, acidentes, perda de vínculos, estudos e trabalhos (RIBEIRO; SANCHEZ; NAPPO, 2010).

No entanto, as primeiras intervenções do governo brasileiro, relacionadas à temática, se direcionam ao controle do uso e do tráfico de drogas, com a intenção de garantir a segurança do país. Esse modelo proibicionista adota uma abordagem repressiva ao usuário de álcool e outras drogas, configurando o uso como um ato criminoso (MACHADO; MIRANDA, 2007). Além disso, impunha a abstinência como meta única de tratamento (ALVES, 2009).

A partir de movimentos pensados nos direitos humanos e na saúde do usuário constroem-se políticas públicas que trazem articulações diferentes das primeiras intervenções. Diante disso, o usuário é visto como protagonista de seu cuidado, como uma pessoa de direitos perante a sociedade, que precisa ser inserido em práticas de reabilitação psicossocial, por meio de serviços substitutivos de saúde, articulados em Redes de Atenção Psicossocial (RAPS), em contraposição ao modelo hospitalocêntrico, o qual se caracteriza por possuir o hospital como a única forma de tratamento, cujos cuidados estão centrados no profissional médico (BRASIL, 2004a). O usuário necessita ser assistido por meio de ações terapêuticas, preventivas e educativas, incluindo a família nesse processo. Essas ações precisam ser realizadas por intermédio da reinserção social, bem como na liberdade de escolha da assistência do usuário por meio da Redução de Danos (RD) (BRASIL, 2004a).

A RD é uma estratégia de saúde pública que respeita os direitos humanos e visa ações sociais e de saúde aos usuários, assim tem como objetivo, reduzir danos que podem estar associados ao uso de álcool e outras drogas. As ações de RD levam em consideração as vulnerabilidades em que as pessoas estão expostas e está embasada na autonomia, a qual propicia ao usuário a decisão sobre a melhor forma de construir sua história (BRASIL, 2005).

É neste contexto que o Redutor de Danos ou Agente Social², além de outros atores que podem estar envolvido em ações de RD, se insere, a fim de reduzir danos sociais e à saúde dos usuários de álcool e outras drogas. Os Redutores de Danos acompanham de modo contínuo os usuários em diferentes espaços onde costumam frequentar e, assim, promovem ações de forma itinerantes aliadas à rede de serviços de saúde. O trabalho do Redutor de Danos é delicado, pois necessita da criação de vínculo e de confiança para assim construir laços com os usuários, para então realizar ações de promoção e de educação em saúde e de cuidado (BRASIL, 2010a).

²Para esse estudo, optei em utilizar a nomenclatura Redutor de Danos para os profissionais que trabalham como Redutores de Danos.

A educação em saúde necessita ser compreendida como uma proposta que busca desenvolver no indivíduo e no grupo a capacidade de avaliar de forma crítica a sua realidade. Também, promove ações conjuntas para solucionar problemas e modificar situações de forma a organizar, bem como de realizar ações e avaliá-las de modo reflexivo (SANTOS, 2006).

O cuidado caracteriza-se pela “maneira pela qual qualquer realidade, no caso o cuidado, se torna um fenômeno para a nossa consciência, se mostra em nossa experiência e molda a nossa prática” (BOFF, 2000, p.89). O cuidado consiste em um fenômeno, pois não se pode dizer que é algo fora da realidade humana, mas faz parte do ser humano, no sentido que antes de cuidar, o ser humano é cuidado. O cuidado é o caminho para que haja “uma relação amorosa, respeitosa e não agressiva para com a realidade e, por isso, não destrutiva” (BOFF, 2012, p. 20). Assim, “cuidar é mais do que um ato; é uma atitude [...]” que envolve afetividade pelo outro (BOFF, 2000, p. 33). Com esse propósito do cuidado, optei pelo Curso de Graduação em Enfermagem e busquei, na área da saúde mental, uma relação harmoniosa, visando respeito e dedicação. Sentia a necessidade de escutar os usuários. Desejava compreendê-los a partir de suas histórias, do contexto social em que viviam e das suas angústias para propiciar um cuidado diferenciado.

Em relação à temática, o interesse surgiu no decorrer da minha formação acadêmica no Curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) - Campus Palmeira das Missões, quando participei de uma visita no Grupo Hospitalar Conceição em Porto Alegre, no ano de 2012. Na oportunidade, conheci também algumas instituições de saúde mental, como Instituto Psiquiátrico Forense e Hospital São Pedro, bem como um Programa de Redução de Danos. Observei nesses locais como que se produzia saúde Mental, então comecei a refletir sobre o cuidado nesses espaços, então, busquei realizar leituras acerca das questões relacionadas à saúde de pessoas em situação de rua, pessoas com transtorno mental, usuários de drogas, acampados sem terra entre outras populações que estão em situação de marginalidade e exclusão social.

Nesta perspectiva, a saúde mental passou a ser o foco de meus estudos e de minhas lutas por meio da participação em movimentos sociais e projetos como Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), promovido pela Rede Unida. Os estágios e vivências constituem um espaço de aprendizagem no cotidiano de trabalho das organizações e serviços de saúde, bem como tem o princípio educativo para desenvolver processos de luta dos setores no campo da saúde, possibilitando a formação de profissionais comprometidos ético e politicamente com as necessidades de saúde da população.

O VER-SUS proporciona o despertar de uma visão ampliada do conceito de saúde, abordando temáticas sobre Educação Permanente em Saúde (EPS), quadrilátero da formação, aprendizagem significativa, interdisciplinaridade, Redes de Atenção à Saúde, reforma política, discussão de gênero e movimentos sociais. Estas são questões que estão intrinsecamente relacionadas à saúde, ao Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2016).

Desde então, inquieta-me as questões relacionadas a como promover o acesso à saúde dessa população, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida, tratando-os como sujeitos de sua história, respeitando-os como cidadãos. A proposta da RD tem me ajudado a pensar em uma prática profissional e social de inclusão e respeito às pessoas, em que procuro direcionar um olhar atento para sua singularidade e promoção de autonomia.

Com a finalidade de compreender a política de RD, realizei o meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) com enfoque nessa temática, o qual me possibilitou embasamento teórico e, também, reflexões sobre o contexto que envolve o tema álcool e outras drogas, bem como lacunas para o campo da pesquisa. O estudo realizado mostrou as dificuldades para a efetivação da Política de RD, tanto pelas equipes de saúde como os gestores municipais e sociedade que foram apontadas na precariedade dos financiamentos, nas ações de RD centralizadas apenas nos redutores de danos e na falta de preparo dos profissionais para o desempenho dessas atividades. Nesse processo, se pensa na intersetorialidade e na implicação das equipes de saúde ao articular novos saberes e propostas inovadoras a esse projeto de vida, que é a política de RD (TISOTT *et al.*, 2015).

Assim, buscando construir conhecimento e implicada nas propostas e desafios tanto da Política de RD como nas questões relacionadas à saúde mental, ingressei, em 2014, no Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental da UFSM onde tive a oportunidade de exercer atividades de residente, como enfermeira, em uma Unidade de Internação Psiquiátrica no Hospital Universitário de Santa Maria. Nesse sentido, o profissional enfermeiro, nos espaços de atenção à saúde mental, vem como um aliado na assistência, no intuito de colaborar no processo de transformação e mudanças que ocorrem na saúde, bem como na sociedade. O enfermeiro que atua na saúde mental permite-se conhecer uma nova proposta que envolve convivência afetiva com o usuário e família, que o possibilita a refletir para além das práticas tradicionais, mas também de realizar um acompanhamento humanizado em saúde (LUZ *et al.*, 2014)

Nessa expectativa de cuidado humanizado em saúde, aproximei-me do trabalho de dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) direcionados à reabilitação psicossocial de usuários de álcool e outras drogas, bem como da história da inserção de RD no município de

Santa Maria e do trabalho dos redutores de danos. Essa aproximação despertou-me ainda mais na busca por respostas referentes à RD.

Soma-se a isso, em 2014, tive a oportunidade de participar do Grupo de Pesquisa "Cuidado em Saúde Mental e Formação em Saúde" (FORESM), do Departamento de Enfermagem/UFSM. Dentre as várias questões discutidas no grupo, senti a necessidade de trabalhar com RD para fins de construção de conhecimento do grupo e, também, de estimular a pesquisa para essa temática. Além disso, senti a necessidade de buscar na literatura científica, produções acerca da temática de RD com o objetivo de identificar, nas produções científicas, a referida temática analisar e descrever as estratégias e desafios da redução de danos para profissionais e usuários.

Assim, foi realizada uma pesquisa nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Banco de Dados em Enfermagem (BDENF), American Psychological Association (PsycInfo) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), de 2005 a 2015. Os achados revelaram fragilidades nas redes de serviço, falta de compreensão e de engajamento dos profissionais de saúde, bem como dos usuários perante a proposta de RD. Ainda, os estudos evidenciaram as principais estratégias de RD que estão sendo realizadas com os usuários de álcool e outras drogas. Entretanto, os estudos não mostraram o redutor de danos como população de estudo e nem dos significados que os mesmos atribuem para as ações que realizam. Do mesmo modo, mostraram que, apesar da pesquisa de abordagem qualitativa predominar, há lacuna em relação aos estudos de natureza fenomenológica.

Somado a isto, foi desenvolvida uma busca bibliográfica, no período de 2005 e 2015, realizada no Banco de Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD)/Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT) e Banco de teses e dissertações da CEPEn (Centro de Estudos e Pesquisa em Enfermagem), com o objetivo de analisar as produções acadêmicas da área da saúde relacionadas à temática do estudo. Os resultados mostraram também a predominância de abordagens qualitativa, entretanto no que diz respeito às de natureza fenomenológica foi possível evidenciar lacuna.

Os estudos revelaram as desinformações, dificuldades de reflexão e implementação da Política de RD, além da falta de articulação entre redes e de investimentos financeiros com a política. Porém, outros estudos evidenciaram a compreensão dos profissionais do CAPS Ad sobre a temática, bem como o trabalho humanizado, acolhedor e mediador entre usuários e

serviços de saúde, do trabalho das equipes da Unidade de Redução de Danos (URD) e Consultório na Rua (CnR).

Os estudos evidenciam discussões sobre as estratégias de RD, por vezes, pensadas na prevenção da Acquired Immuno Deficiency Syndrome (AIDS), mas que o Programa de Troca de Seringas (PTS) não é a única estratégia de RD e sim na busca de transformações relacionadas a direitos humanos, a busca de estudo, trabalho e moradia. Alguns profissionais ainda pensam que a abstinência é a melhor forma de tratamento, contrapondo-se às ações de RD. Também, as pesquisas identificam os profissionais da saúde, mais especificamente os do Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPSad), como maioria entre os participantes dos estudos e o redutor de danos como uma minoria nas pesquisas.

Diante disso, mostra-se relevante realizar pesquisa nessa temática dando voz aos redutores de danos, pois poderá colaborar para a construção do conhecimento referente às ações que realizam. Aliado a isto, a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde refere à importância da pesquisa em Saúde Mental, além das estratégias de prevenção e redução de danos para uso abusivo de álcool e outras drogas lícitas e ilícitas (BRASIL, 2015).

Espera-se com esta pesquisa prover contribuições para reflexões acerca das ações realizadas por toda a equipe de saúde mental, gestores e demais profissionais da área da saúde referente à temática e, assim, promover a melhoria do cuidado em seus espaços de trabalho, a fim de contribuir no planejamento de ações de RD. Ainda, cooperar na construção do entendimento e sensibilização da proposta de RD por parte de usuários, família, profissionais e sociedade, para que possam atuar de maneira conjunta referente a essa nova política frente ao uso de álcool e outras drogas.

1.2 Objeto do estudo, Questão Norteadora e Objetivos

Diante disso, tem-se como **objeto de estudo**: ação de cuidado realizada pelo Redutor de Danos a pessoas usuárias de drogas. E, como **questão de pesquisa**: como o Redutor de Danos age para cuidar de pessoas usuárias de drogas?

Para tanto, **objetiva-se**:

- descrever as ações desenvolvidas pelo Redutor de Danos ao cuidar de pessoas usuárias de drogas;
- apreender os motivos para das ações do Redutor de Danos ao cuidar de pessoas usuária de drogas;

- compreender o típico da ação do Redutor de Danos ao cuidar de pessoas usuárias de drogas.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA

Este capítulo versa acerca de elementos teóricos necessários à construção da problemática de investigação, sendo elaborados os seguintes eixos: Redução de Danos: conhecer para compreender; políticas proibicionistas e o olhar da saúde perante o usuário de álcool e outras drogas; contextos históricos e as motivações para o uso de drogas pela sociedade; uso, abuso e dependência de álcool e outras drogas e dados epidemiológicos; por fim, produções científicas na temática de Redução de Danos no contexto de álcool e outras drogas.

2.1 Redução de Danos: conhecer para compreender

A Redução de Danos (RD) foi um movimento que teve origem na Inglaterra em 1926, com o Relatório Rolleston, o qual possibilitava que os médicos prescrevessem legalmente certos opiáceos para dependentes dessa droga como uma forma de reduzir os sintomas da abstinência e, gradualmente, os danos relacionados ao consumo. Na década de 1980, as ações baseadas neste princípio foram sistematizadas em programas (FERNANDES; RIBEIRO, 2002).

O primeiro programa surgiu na Holanda, por meio de Programa de Troca de Seringa (PTS), a partir da iniciativa de uma associação de usuários de drogas, denominada *Junkiebond* (Liga de Dependentes). Os usuários se reuniram para debater questões voltadas para o descaso à saúde, visto que não havia nenhum tipo de medida preventiva à contaminação de doenças transmitidas pelo compartilhamento de seringas (FERNANDES; RIBEIRO, 2002).

As intervenções ocorridas até o momento consistiam na repreensão aos usuários, não atendendo suas necessidades, mas marginalizando-os. A partir de 1985, os dependentes passaram a dispor de serviços de saúde e ações que incluíam troca de seringas e educação em sua comunidade (FERNANDES; RIBEIRO, 2002).

Em um cenário de uma política de guerra às drogas é que ocorreram as primeiras ações de RD no Brasil, em 1989, no município de Santos, em São Paulo. Nessa época, Santos era conhecida como “capital da AIDS”, os dados epidemiológicos indicavam que 51% dos casos de contaminação de Human Immunodeficiency Virus/ Acquired Immuno Deficiency Syndrome (HIV/AIDS), estavam relacionados ao compartilhamento de seringas para o uso de drogas injetáveis. Aconteceu, então, a primeira tentativa de fazer troca de seringas, contudo,

uma intervenção judicial interrompeu a ação, interpretada como incentivo ao uso de drogas (MESQUITA, 1991).

Assim, em meio ao cenário de lutas pela Reforma Sanitária e da militância da Reforma Psiquiátrica, as quais buscavam ruptura de paradigmas morais e vigentes, a participação e o controle social e princípios como equidade e universalidade, nasceram aliados ao movimento social, às discussões referentes à RD e de sua inserção como proposta do SUS (RIGONI, 2006).

Em 1990, a Organização Não Governamental Instituto de Estudos e Pesquisas em AIDS de Santos (IEPAS) teve a iniciativa de distribuir seringas

para os Usuários de Drogas Injetáveis (UDI), ensiná-los a limpar os equipamentos de uso de droga injetável com hipoclorito de sódio e orientá-los a não compartilhar sua seringa. Mais tarde, o governo de Santos implantou o primeiro projeto no Brasil, o qual criou a figura dos Redutores de Danos como agentes de promoção e prevenção em saúde (TRIGUEIROS; HAIEK, 2006).

O Redutor de Danos se caracterizam, geralmente, por serem pessoas da própria comunidade, os quais podem ser usuários de drogas ou usuários em recuperação ou ainda pessoas da rede de relações sociais de usuários, lideranças comunitárias, profissionais de nível médio e universitário e outras pessoas que tenham facilidade na comunicação e contato com a população específica. O treinamento desses atores é realizado por meio de oficinas de capacitação, estágios em campo, grupos de estudo do próprio projeto e participação em encontros técnico-científicos (SANTA CATARINA, 2009).

Com o apoio do governo, nos anos 90, por meio do Programa Nacional DST/AIDS³, vários estados brasileiros começaram a realizar suas ações por meio da realização de trocas de seringas. Quatro anos depois iniciou um projeto de articulação política em torno da interface AIDS e drogas. Assim, a RD foi inserida em diferentes programas e secretarias que criaram, junto ao projeto drogas, diversas linhas de intervenção, principalmente a criação dos Programas de Redução de Danos (PRDs). Como na Holanda, os PRDs foram fundados, em muitos casos, por usuários de drogas envolvidos com o processo, sendo denominados de Redutores de Danos (MARQUES; DONEDA, 1998).

As primeiras ações de RD, no Rio Grande do Sul, na cidade de Porto Alegre, foram voltadas à prevenção do contágio de Infecção Sexualmente Transmissível (IST) por UDI, no ano de 1995. As ações foram desenvolvidas inicialmente em uma Unidade Básica de Saúde

³Nome dado ao Programa na época, a sigla DST significa, Doenças Sexualmente Transmissível, hoje a nomenclatura foi mudada para Infecções Sexualmente Transmissível (IST).

(UBS), logo após foi oficializado o primeiro projeto de Redução de Danos financiado pelo município. Com a iniciativa e apoio da Escola de Saúde Pública, teve início o Centro de Referência de Redução de Danos (CRRD), o qual incentivava e financiava as ações de RD no estado (SIMONI *et al.*, 2015).

O CRRD desenvolveu, ao longo dos anos, cursos, encontros, grupos de estudo e assessorias, sendo referência no assunto para os atores envolvidos, em especial, redutores de danos, trabalhadores e gestores que apostaram na RD. O Grupo de Estudos sobre Redução de Danos, criado pelo CRRD, se mantém até hoje (SIMONI *et al.*, 2015).

Com a função de capacitar e articular os PRDs, foi fundada em 1996, a Associação Brasileira de Redutores de Danos (ABORDA). Esta associação tem como proposta mobilizar os Redutores de Danos e usuários de álcool e drogas a fim de lutar, politicamente, por seus espaços e direitos. Os Redutores de Danos militavam por mais autonomia dentro dos PRD e pelos usuários não serem mais identificados como doentes ou criminosos. As mobilizações fundaram várias Organizações Não Governamentais (ONGs) em todo o país (BRASIL, 2003).

A ABORDA se consolidou como um movimento social, a qual buscava se articular com outros movimentos sociais como luta antiproibicionista, luta das pessoas com de HIV, luta dos gays, das travestis, profissionais do sexo e luta antimanicomial. Assim, a RD se colocou como uma ação articuladora baseada na comunicação entre lutas (PASSOS; SOUZA, 2011).

Nota-se, desde as primeiras experiências da RD com os PTS, que a estratégia já sinalizava uma alternativa diante das políticas criminalizadoras instauradas e cristalizadas para os usuários de drogas. Assim, esse projeto trouxe, além de uma história de fatos e acontecimentos, a consolidação de um método clínico-político, por intermédio dos modelos de gestão participativa criados, das redes nacionais de redutores de danos e da inclusão dos usuários de drogas como atores de uma nova proposta de cuidado, que se consolidava como uma nova proposta clínica e política para os usuários de álcool e outras drogas (RIGONI, 2006).

Nesse sentido, a Política de RD, por meio da Portaria N° 1.028/2005, conduz suas ações pautadas na RD sociais e a saúde aos usuários de álcool e outras drogas, por meio da informação, educação, aconselhamento, distribuição de insumos entre outros. A portaria enfatiza que, em todas as ações de RD, devem ser preservadas a liberdade de decisão do usuário em relação à prevenção, diagnóstico e tratamento. Assim, a Política de RD não se opõe e nem incentiva formas de tratamentos pré-estabelecidos, por exemplo, a abstinência (BRASIL, 2005).

Nesse contexto, a RD se inseriu como uma estratégia com o objetivo de minimizar as consequências procedentes do abuso de álcool e outras drogas, tendo como princípio fundamental o respeito à liberdade de escolha do indivíduo e o acesso aos serviços de saúde (ANDRADE, 2011). Os programas ou projetos de RD visam atividades que promovam a diminuição da vulnerabilidade associada ao consumo de drogas. A RD se configura nesse modo, no trabalho realizado com cada usuário em sua singularidade, na construção de Projetos Terapêuticos que proporcione a ele, liberdade, autonomia e corresponsabilidade, tendo como foco estimular a reflexão sobre sua relação com o uso de drogas, bem como o aprendizado e cuidado.

A Política de RD constitui-se como uma diretriz para qualquer trabalhador de saúde que compõe os diferentes serviços de saúde. Além disso, deve integrar a rede intersetorial que engloba a saúde, a assistência social, a previdência social, a educação, a cultura, o trabalho, a segurança, a justiça, os direitos humanos e outros setores (RIO GRANDE DO SUL, 2014). A intersetorialidade consiste na articulação entre sujeitos de diversos setores e com diferentes saberes, com o objetivo de enfrentar problemas complexos. Pode ser entendida também como uma forma articulada de trabalho que almeja superar a fragmentação do conhecimento e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população (FEUERWERKER; COSTA, 2000).

As ações da Política de RD deverão incluir trabalho voltado para populações específicas que fazem parte do município. Dentre elas, infância e adolescência, indígena, quilombola, de assentamentos, em situação de rua, trabalhadores sazonais (rurais e urbanos), pessoas em situação de privação de liberdade e outras populações, de acordo com a realidade local (RIO GRANDE DO SUL, 2014).

O trabalho de campo de RD consiste em uma estratégia de cuidado que parte da aproximação dos trabalhadores às cenas de uso de drogas, avaliação da dinâmica do território e estabelecimento de vínculo com os usuários para promoção de saúde. Recomenda-se que este seja realizado em dupla de trabalhadores, em horários pautados de acordo com o fluxo de pessoas nas cenas de uso, o qual costuma intensificar-se à noite (RIO GRANDE DO SUL, 2014).

O trabalho de campo realizado pelas Composições de Redução de Danos poderá também ser realizado por trabalhadores das Estratégias de Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde, Núcleos de Apoio à Saúde da Família, Núcleos de Apoio à Atenção Básica, Agentes Comunitários de Saúde, trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial,

Educadores Sociais da Assistência Social, Consultório na Rua e outros trabalhadores do território (RIO GRANDE DO SUL, 2014).

A Portaria Nº 122/2011 instituiu o Consultório de Rua em que são desempenhadas atividades *in loco*, de forma itinerante, no contexto da rua, com foco no atendimento a saúde mental, em que busca desenvolver ações compartilhadas e integradas à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), de acordo com a necessidade do usuário (BRASIL, 2011e). Vinculado à Política Nacional de Saúde Mental até 2012, o Consultório de Rua passou para a Política Nacional de Atenção Básica, o que representou uma mudança de nomenclatura (Consultório “de” para Consultório “na” Rua) (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014).

Assim, configura-se em um serviço destinado tanto uma atenção em relação à especialidade da saúde mental, como a disposição de práticas da Atenção Básica, como de prevenção de doenças e promoção da saúde. Para viabilizar o cuidado presencial para a população de rua, o gestor municipal de saúde deve disponibilizar veículo para o deslocamento da equipe (BRASIL, 2011e).

As equipes de Consultório na Rua (CnR) são formadas por profissionais de nível médio e superior, multiprofissionais, podendo ser composta por: enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, médico, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, agente social e, também, poderão agregar Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (BRASIL, 2011e).

A figura do Redutor de Danos é trazida pela Portaria Nº 122/2011, Art.4, como Agente Social, que se caracteriza por ser um “profissional que desempenha atividades que visam garantir a atenção e a defesa às pessoas em situação de risco pessoal e social, assim como aproximar as equipes dos valores, modos de vida e cultura das pessoas em situação de rua” (BRASIL, 2011e, p.1). Este possui como atribuição o trabalho contíguo junto ao usuário de álcool e outras drogas, o qual necessita agregar conhecimentos básicos sobre RD, uso, abuso e dependência.

Assim, o Redutor de Danos trabalha com ações educativas e culturais, dispensação de insumos de proteção à saúde, mediação do processo de encaminhamento para Rede de Saúde e intersetorial e acompanhamento do cuidado das pessoas em situação de rua. Ainda, caracteriza-se por, preferencialmente, possuir experiência prévia em atenção a pessoas em situação de rua e/ou trajetória de vida em situação de rua (BRASIL, 2011e). A Portaria do CnR de 2011 traz a nomenclatura “agente social”, entretanto, na década de 90, no início da construção da política de redução de danos, criou-se a figura do “Redutor de Danos”. Tanto o

agente social quanto o Redutor de Danos trabalham com a proposta de RD e essa terminologia pode ser considerada como sinônima.

Assim sendo, as estratégias de RD compreendem distribuição de insumos, preservativos, materiais informativos, bem como trocas de seringas com usuários de drogas injetáveis para prevenção ao HIV/AIDS e hepatites virais, quando for necessário (RIO GRANDE DO SUL, 2014). O uso de maconha após o uso do crack é relatado por usuários como importante estratégia para a diminuição da fissura e possível descanso (TEIXEIRA *et al.*, 2015), também porque estimula o apetite e combate a ansiedade, problemas sérios enfrentados por esses usuários (OLIVEIRA; NAPPO, 2008). Nesse caso, os usuários são orientados pelos Redutores de Danos a beberem bastante líquido, a não se esquecer de se alimentar, da importância de reservarem um tempo para o sono e descanso (TEIXEIRA *et al.*, 2015).

O uso do cachimbo para usuários de crack é uma das estratégias também empregada por alguns Redutores de Danos, pois são comuns os ferimentos em lábios e boca, provocados por queimaduras pela forma de consumo dessa substância e, caso ocorra o compartilhamento, aumenta-se o risco de transmissão de doenças como herpes e a hepatite C e outras doenças infecciosas (NIEL; SILVEIRA, 2008). O uso de protetor labial tem se tornado uma importante estratégia de RD nesses casos (BRASIL, 2007b). Outra estratégia de redução de danos utilizada pelos usuários é conseguir realizar o controle da quantidade de droga usada como também minimizar conflitos com a polícia, para evitar possíveis episódios de agressão (TEIXEIRA *et al.*, 2015).

Contudo, algumas estratégias de RD perpassam a prevenção e buscam transformações relacionadas a direitos humanos, como estudo, trabalho e moradia (SILVA, 2008). A RD emerge como um novo conceito, que pretende ofertar melhores condições de vida aos usuários de álcool e outras drogas (SANTOS, 2008) e envolve indivíduo, família, instituição, comunidade, sociedade e políticas de saúde mental (PINHO, 2009).

No ano posterior à portaria do CnR, o estado do Rio Grande do Sul, por meio da Resolução Nº 038/12, instituiu dentro da Política Estadual de Atenção Integral em Saúde Mental, álcool e outras drogas, Incentivo Financeiro Estadual para a Redução de Danos em âmbito municipal, para municípios com mais de 16.000 (dezesesseis mil) habitantes. Os Incentivos financeiros são repassados considerando as Composições de Redução de Danos (RIO GRANDE DO SUL, 2012).

A composição da equipe de RD é a constituição de um processo de trabalho composto por trabalhadores contratados por processo seletivo público ou concurso público, com

dedicação de, no mínimo, 20 horas semanais, para realizar trabalho de campo de Redução de Danos, trocar experiências e desenvolver apoio matricial na rede de saúde. Cada município poderá organizar uma ou mais Composições de RD, conforme sua população total e a população que deseja contemplar (RIO GRANDE DO SUL, 2012). Em 2014, criou-se a Portaria N° 503, no estado do Rio Grande do Sul, que instituiu a Política de Redução de Danos dentro das Políticas Estaduais de Atenção Básica, Saúde Mental e DST/AIDS e redefiniu as Composições de Redução de Danos (RIO GRANDE DO SUL, 2014).

2.2 Políticas proibicionistas e o olhar da saúde perante o usuário de álcool e outras drogas.

O modelo proibicionista surge com a influência da medicina científica, a qual atribuiu o direito de definir os usos legítimos e ilegítimos, principalmente no foco na natureza farmacológica. Pela forte pressão dos Estados Unidos, esse modelo se construiu caracterizado por ideias cuja meta era eliminar definitivamente a produção e o consumo de determinadas drogas por meio da ilegalidade, repressão e abstinência. Esse modelo levou à consolidação dessas ideias no mundo referente às drogas ilícitas na época (MACRAE, 2001).

Nesse sentido, em 1911, o Brasil consolidou sua participação na Convenção de Haia e assumiu o compromisso de fiscalizar e combater o consumo de cocaína e ópio, que já era crescente entre os pardos e negros. Entre 1914 e 1921, se proibia, também, a fabricação e venda de todos ou quase todos os tipos de bebidas alcoólicas nos Estados Unidos, Canadá, Noruega, Islândia, Finlândia e Rússia, cuja proibição foi revogada mais tarde (BABOR, 2010).

O Brasil, mobilizado com o modelo de Haia, preconizado pelos Estados Unidos, aprovou a Lei de Fiscalização de Entorpecentes, através do Decreto N° 891/1938. Neste, ficou proibido a industrialização, o comércio e o consumo de entorpecentes, dentre eles a morfina, folhas da coca, cocaína e maconha, o qual aplicava pena e multas aos usuários e demais atores envolvidos diretamente com substâncias entorpecentes, sem fazer distinção dos mesmos (BRASIL, 1938).

Começou aqui uma cultura de exclusiva repressão ao usuário e combate a substância, a qual se repetiu no próximo Decreto N° 2.848/1940, em que o usuário de drogas era penalizado de maneira igual ao traficante, visto como um criminoso (BRASIL, 1940). Não havia, naquela época, nenhuma preocupação por parte do Estado, em promover a saúde do usuário de álcool e outras drogas.

Desse modo, o controle sobre as drogas consideradas ilícitas foram evoluindo e por meio dos protocolos conhecidos como as Convenções de Drogas das Organizações das Nações Unidas (ONU), Convenção Única de Narcóticos, de 1961, Convenção de Drogas Psicotrópicas, de 1971 e a Convenção Contra o Tráfico Ilegal de Narcóticos e Substâncias Psicotrópicas, de 1988, que se firmaram e guiaram a política de drogas mundialmente. Essas convenções possuíam grande força e autoridade, as quais foram ratificadas por 179 nações, incluindo o Brasil (FONSECA; BASTOS, 2005).

A primeira legislação sobre drogas, no Brasil, data dos anos 70 e veio com o intuito de controle à manutenção da ordem social e segurança da população brasileira (BRASIL, 1976). A Lei Nº 6.368/1976, diferente até então das anteriores trouxe alguns benefícios, considerados na época pelas autoridades, ao usuário de drogas como o pagamento de fiança pela absolvição, pelo fato de ver o usuário de álcool e outras drogas como incapaz de entender o caráter ilícito do fato, o qual deveria ser submetido a tratamento, adotando medida compulsória (BRASIL, 1976).

Entretanto, nessa época o tratamento a usuários de álcool e outras drogas era realizado por meio de internações em sanatórios e hospitais psiquiátricos, instituições essas predominantes na década de 70 em todo o país e consideradas de escolha para o tratamento a esse contingente populacional. A internação tinha como objetivo a abstinência, contudo promovia a exclusão do convívio social, associada aos estereótipos da loucura (MARCOLAN; CASTRO, 2013). As ações públicas proibicionistas até o momento revelavam um foco direcionado para as penalidades criminais, o que reforçava o estigma de que todo usuário de droga era um criminoso, que possuía problemas com a lei, ou era um doente que precisava ser excluído da sociedade (GOFFMAN, 1988). Para Garcia, Leal e Abreu (2008), os usuários de álcool e outras drogas eram considerados, nessa perspectiva, como populações flutuantes, não socializadas, cortadas de seus vínculos e que ameaçavam a ordem social.

Motivados a pensar no usuário de álcool e outras drogas em um conceito ampliado de saúde, surgiu a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), a qual iniciou os debates sobre o tema e as ações referentes à temática, para além da repressão e combate das drogas (GARCIA; LEAL; ABREU, 2008). Nesse sentido, começou a se delinear outras possibilidades ao usuário de álcool e outras drogas, diferentes das adotadas até o momento.

O modelo proibicionista deixou marcas profundas no que se refere ao acesso dos usuários aos serviços de saúde. Os usuários marginalizados, em alguns casos, não buscavam pelos serviços e, por vezes, acabavam por agravar o dano a sua saúde em decorrência do

abuso de álcool e outras drogas e das diversas formas de violência aos quais estavam expostos (VALÉRIO, 2010).

Em 2001, um importante marco para a história da saúde mental consolidava-se, por meio da Lei Nº 10.216/2001 que legitimou o movimento da Reforma Psiquiátrica na área da saúde mental. E, devido a essa Lei, os usuários de álcool e outras drogas foram efetivamente aceitos como de responsabilidade da saúde pública, mais especificamente, da saúde mental. A Lei reconheceu os direitos à saúde e à proteção do usuário de álcool e outras drogas e às pessoas com transtorno mental, garantindo-lhes o direito ao tratamento e à reinserção social, priorizando a rede extra hospitalar de cuidados (BRASIL, 2001a).

Entretanto, nesse mesmo ano aconteceu o II Fórum Nacional Antidrogas, ainda com enfoque no proibicionismo, o que auxiliou na diminuição das dificuldades de articulação entre as áreas da saúde e a da segurança pública (MACHADO; MIRANDA, 2007). Para reafirmar isso, no ano seguinte entrou em vigor a Lei antidrogas Nº 10.409/2002, a qual trouxe a Redução de Danos sociais e à saúde do usuário, entretanto reafirmou a política anterior, por não trazer a diferença entre usuário e traficante de drogas (BRASIL, 2002a).

Nesse mesmo ano foi instituída a Política Nacional Antidrogas (PNAD), modificada, mais tarde para a nomenclatura de Política Nacional Sobre Drogas, e a Portaria Nº 336/2002 que estabelecia as modalidades de serviço substitutivo denominado Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em que reafirmou o direito ao tratamento e à reinserção social, priorizando a rede extrahospitalar (BRASIL, 2002b)

O Ministério da Saúde (MS), articulado com outros Ministérios e com setores da sociedade civil organizada, assumiu o compromisso frente ao tema drogas como uma questão de saúde Pública. Este passou a entender que a repressão e a abstinência não podem ser a única forma de trabalhar com os usuários de álcool e outras drogas. Assim, se construiu uma Política de Atenção ao usuário de álcool e outras drogas, por meio da Portaria Nº 2.197/2004 (BRASIL, 2004b).

Essa portaria está centralizada no usuário e seus familiares, por meio de ações de Redução de Danos, de práticas terapêuticas, preventivas, educativas e de reabilitação psicossocial, com um olhar para reinserção social na sociedade como cidadão de direito e protagonista de seu cuidado. O referido cuidado deve estar direcionado pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Reforma Psiquiátrica, articulado em rede de serviços de saúde, incluindo componentes da atenção básica, ambulatoriais, CAPS ad, atenção hospitalar e componente da rede de suporte social complementares ao Sistema Único de Saúde (SUS) como Associações de ajuda mútua e outras entidades (BRASIL, 2004b)

Em 2006, a antiga Lei Antidrogas foi revogada pela Lei Nº 11.343 que, em seus Art. 20 e Art. 27, trouxe atividades que visavam à melhoria da qualidade de vida e à redução dos riscos e dos danos associados ao uso de droga, com garantia de acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2006). Esta lei, diferente das anteriores, fez uma distinção entre usuários e dependente de drogas e a repressão não autorizada da produção do tráfico ilícito de drogas. E, com isso, definiu tratamentos diferentes para os dois casos, em que as questões relacionadas ao tráfico permaneceram a cargo das políticas de segurança e o tratamento da pessoa usuária foi remetido ao campo da saúde.

Direcionada ao campo da saúde, mas também pensada, em partes, por um modelo proibicionista, foi aprovado, em 2007, o Decreto Nº 6.117/2007 que trouxe a Política Nacional sobre Álcool em um conjunto de medidas para reduzir e prevenir danos à saúde e a vida, inclusive citou como diretriz a lógica de Redução de Danos como referência para as ações políticas, educativas, terapêuticas e preventivas relacionadas ao uso do álcool (BRASIL, 2007a). O decreto ainda reforça os artigos 81 e 243, do Estatuto da Criança e adolescente, referente à proibição de bebidas alcoólicas a crianças e adolescentes, relativo à venda e incentivo ao uso como um ato criminal (BRASIL, 2013b).

Com o intuito de inibir o uso de bebidas alcoólicas ou qualquer outra substância que cause dependência por condutores de veículos automotores, as Leis Nº 11.705/2008 e 12.760/2012 proíbem o uso de bebidas alcoólicas para motoristas em atividades, a qual ficou conhecida como “Lei seca” (BRASIL, 2008a; BRASIL 2012). Para somar-se a isso, fica proibida a comercialização de bebidas alcoólicas em rodovias federais (BRASIL, 2008b).

Como uma medida de proteção à população em relação ao fumo passivo e a fim de contribuir para diminuição do tabagismo, o Ministério da Saúde (MS), por meio da Lei Antifumo, Lei Nº 12.546/2011, proíbe também o consumo de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos e outros produtos fumígenos em locais de uso coletivo, públicos ou privados, como *halls* e corredores de condomínio, restaurantes e clubes. Assim, a lei se aplica mesmo em ambiente parcialmente fechado por uma parede, divisória, teto ou toldo. Por meio dessa Lei, ficam extintos os fumódromos, espaço dentro de estabelecimentos, exclusivo utilizado para o fumo (BRASIL, 2011b).

Visto como uma necessidade imediata de se construir uma política voltada para a população usuária de crack no país, em que se considera ser uma epidemia nos dias atuais, embora os dados epidemiológicos e pesquisas recentes contradizem essa colocação, foi instituído o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas criado em 2010 pelo

Decreto N° 7.179 de 2010. O mesmo sofreu alterações em 2011 pelo Decreto N° 7.637/2011 (BRASIL, 2011c).

Além de trazer ações de combate à droga e ao tráfico de drogas no país e nas fronteiras, o plano previu ações referentes à capacitação de profissionais, ampliação do número de leitos em hospitais, de equipes de saúde e da rede de atenção a saúde e assistência social, a ampliação das ações de prevenção, tratamento, assistência e reinserção social em regiões de grande vulnerabilidade à violência e ao uso de crack e outras drogas. Promoveu ainda o tratamento extra hospitalares articulado em redes de atenção a saúde (BRASIL, 2011c), as quais são trazidas pelo MS, pela Portaria N° 3.088/2011, intituladas como Redes de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS (BRASIL, 2011d).

Observa-se que, no decorrer das décadas, o Brasil, em certos momentos incentivados por modelos proibicionistas relacionados ao uso/abuso de álcool e outras drogas, construiu políticas de combate e repressão às drogas. Por outro lado, nota-se a construção de uma política pública relacionada a uma questão de saúde e não somente de segurança pública.

2.3 Contextos históricos e as motivações para o uso de drogas pela sociedade.

As primeiras drogas apareceram na forma de plantas e eram usadas por diversos povos e civilizações relacionados a sua cultura a fim de causar estados alterados de consciência (ESCOHOTADO, 1998). Assim, para a maioria das pessoas, utilizar Substâncias Psicoativas (SPA) não apresentava um problema, tanto para si como para a sociedade (ZINBERG, 1980).

Plantas como cogumelos, alucinógenas ou não, eram utilizadas na cultura humana a cerca de 8.000 anos antes de Cristo (a.C). Cogumelos alucinógenos eram empregados na gastronomia, os quais, quando consumidos, provocavam alucinações visuais, efeitos utilizados para comunicar-se com os Deuses e aconselhar seus povos. A *Cannabis sativa*, popularmente conhecida como maconha, surgiu na China, por volta de 4.000 anos a.C, usada em rituais, a fim de se comunicar com os espíritos e deixar a mente ágil e para fins medicinais, também utilizada em rituais budistas para meditação (ESCOHOTADO, 1998).

No contexto brasileiro, a história da maconha tem seu início com a própria descoberta do País, a qual foi trazida pelos escravos africanos e difundida pelos índios brasileiros, que passaram a cultivá-la para consumo próprio. A droga era utilizada, inicialmente, por negros, pobres e marginais, por esse motivo não chamavam a atenção da classe dominante branca,

que preferia fazer uso de morfina, heroína e cocaína, as quais consideravam drogas de sua classe social. Contudo, mais tarde a maconha passou a ser utilizada por todas as classes sociais (BRASIL, 2014a).

Já as bebidas alcoólicas surgiram desde a Pré História, por meio da fermentação de diferentes plantas. A cultura cristã empregava o uso do vinho em suas liturgias e a cerveja era empregada para fins medicamentosos. O consumo de bebidas alcoólicas no Brasil estava associado à cultura indígena pelo fato de os índios produzir e beber bebida fermentada com mandioca. Eles utilizavam essa mistura em rituais e festas. Entretanto, os colonizadores portugueses, quando chegaram ao Brasil, já conheciam o vinho e a cerveja e, pouco tempo depois, aprenderam a fazer a cachaça (ANDRADE; ESPINHEIRA, 2012). Hoje o Brasil destaca-se por ser o terceiro maior produtor de cerveja do mundo, um dos setores mais relevantes da economia brasileira (CERVBRASIL, 2014).

Aproximadamente 3.500 a.C, o ópio era cultivado na baixa Mesopotâmia, onde utilizavam a folha da coca mascada ou misturada aos alimentos para o alívio do cansaço, sono, sensação de fome e para fins medicinais, como anestésico. A partir do início do século XIX, cientistas criaram, por meio dos princípios ativos de várias plantas, diversos fármacos dentre eles: a morfina (1806), heroína (1883) e os barbitúricos (1903), os quais eram mais puros e de manejo mais fácil que as plantas das quais eram extraídos (ESCOHOTADO, 1998).

Ao longo do tempo, o ópio se destaca por apresentar a cura de diversos males, por meio de seu uso farmacológico, e começou, então, a se disseminar sendo a droga mais utilizada por pessoas de classes distintas, pela população rica por prazer e busca de inspiração e pela pobre para enfrentar sua realidade, com a finalidade de comer menos e trabalhar mais (ESCOHOTADO, 1998). Descobriu-se, mais tarde, o ópio na forma fumada, através das folhas de coca o qual começou a se popularizar tanto nos Países produtores quanto nos Estados Unidos (MAASS; KIRBERG, 1990).

Na transição para os anos de 1980, surgiu, nos Estados Unidos, por meio de fabricação caseira, a cocaína. Quatro anos depois, se descobriu a cocaína em forma de pasta, chamada de crack, a qual se disseminou primeiramente em bairros pobres e marginalizados dos Estados Unidos, posteriormente em todo o País (REINARMAN; LEVINE, 1997). O crack começou então a ser procurado por usuários em busca de vias de administração mais seguras, após o advento da AIDS, pelo compartilhamento de seringas e baixo preço de consumo (DUNN; LARANJEIRA, 1999).

O crack surgiu no Brasil logo após o surgimento nos Estados Unidos, a partir da década de 90. O perfil de usuários caracterizava-se, em sua maioria, por homens, desempregados, com baixa escolaridade, provenientes de famílias desestruturadas e de baixa renda (DUNN; LARANJEIRA, 1999). O motivo para a utilização dessa substância, em sua maioria, nessa época, se direcionava à busca por sensação de prazer, por parte dos usuários. No entanto, dez anos depois o consumo era estimulado por outros fatores como a compulsão, dependência ou como forma de lidar com problemas familiares e frustrações (NAPPO *et al.*, 2001).

O consumo de álcool e outras drogas, com o passar dos anos, vai além da busca pelos efeitos que ela pode trazer, mas sim motivos como a curiosidade, falta de fé, medo, alívio da dor, pertencimento a certos grupos sociais e influências de amigos (BRASIL, 2010a), ocupação do tempo livre, de fuga das adversidades e de alcançar estados psíquicos propícios ao pensamento produtivo e à criação artística (CONCEIÇÃO; OLIVEIRA, 2008).

Percebe-se, ao longo da história, a relação da cultura humana com as drogas, a qual sofre modificações tanto relacionadas à forma de preparar as substâncias como as vias de administração da droga, ambas inventadas pelo homem no decorrer dos séculos. Observam-se as mudanças relacionadas aos motivos que levam ao de álcool e outras drogas e como o usuário se relaciona com ela em busca de, cada vez mais, suprir suas necessidades, anseios e pertencimento a algum espaço.

Nesse sentido o cuidado de Enfermagem se torna relevante para pessoas que fazem abuso de álcool e outras drogas, o qual necessita ser construído ressaltando-se a importância dos valores culturais, o modo de abordagem e a relação de vínculo e confiança. Assim torna-se fundamental reinseri-los socialmente e estabelecer estratégias de minimização dos danos, independente do motivo pelo qual a pessoa faz abuso de drogas (NUNES, 2017)

2.4 Uso, abuso e dependência de álcool e outras drogas e dados epidemiológicos

De acordo com a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), o uso de álcool e outras drogas pode ser caracterizado pela autoadministração de qualquer quantidade de substância psicoativa, enquanto o abuso de drogas está direcionado a um padrão de uso que se caracteriza por apresentar riscos para o usuário (BRASIL, 2013a). Conforme a Classificação Internacional de Doenças (CID), o termo “uso nocivo” é o que resulta em dano físico ou mental (OMS, 1997), enquanto no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos

Mentais (DSM), o termo “abuso” engloba também consequências sociais (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Já a dependência de álcool e outras drogas está relacionada com o forte desejo ou compulsão para consumir a substância, o qual tende ao comprometimento da capacidade de se controlar em relação à frequência, quantidade e tempo de consumo da droga. Também, define-se pelo desejo persistente e malsucedido no sentido de reduzir ou controlar o consumo (BRASIL, 2013a).

Outras questões que caracterizam a dependência estão relacionadas ao estado fisiológico, evidenciado pela síndrome de abstinência, quando o uso é interrompido ou reduzido, bem como na necessidade de quantidades maiores para obter o efeito desejado. Ainda, pode estar associada com a redução ou abandono de atividades prazerosas para fazer abuso da substância e por continuar utilizando drogas, mesmo tendo problemas físicos ou psicológicos decorrentes da substância (BRASIL, 2013a).

Em relação aos aspectos físicos, por vezes, o uso/abuso de álcool e outras drogas podem acarretar em efeitos sobre o organismo. Esses podem expor o usuário a riscos saúde, o qual vai depender não só do tipo de substância consumida, mas de todo um contexto em que a mesma é usada, como padrão de uso, frequência e das experiências do usuário frente a ela.

Assim, os usuários podem apresentar sinais físicos e psicológicos relacionados à diminuição da ansiedade, sensações agradáveis, maior energia e menor fadiga, relaxamento muscular e sensação de poder. Os efeitos podem estar associados também a taquicardia, insônia, falta de apetite, boca seca, hipertermia, euforia, prejuízo da memória e atenção, elevação da pressão arterial, hiperatividade, sinais de incoordenação motora, sonolência, angústia, pânico, ansiedade, alucinações, delírios, tremores, sudorese, alteração no fígado, alterações musculoesqueléticas, crescimento de pêlos pelo corpo, voz grave e em casos raros episódios de convulsão. O abuso de álcool e outras drogas, por vezes, podem causar alguns tipos de câncer, doenças cardiovasculares e respiratórias (BRASIL, 2013a).

Dados do II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, realizados em 2012, trazem a prevalência de doenças físicas e psicológicas. A pesquisa aponta que a maior prevalência de doenças em adolescentes são as alergias (16,1%), seguido de ansiedade (12,7%), porém em adultos é a hipertensão (22,35) seguida também de ansiedade (18,5%). A prevalência de doenças físicas, para as quais os usuários procuraram tratamento, em adolescentes destacam as Infecção Sexualmente Transmissível (IST) e a artrite na mesma proporção (100%), seguida de doenças infecciosas, como pneumonia, infecção urinária e

intestinal (91,8%). Em adultos, destaca-se o câncer (98,3%) seguido de acidente vascular encefálico - derrame (92,8%).

Observa-se, nesse mesmo estudo, que o diagnóstico de depressão é significativamente maior entre abusadores de álcool. A pesquisa traz uma média de 5% de mortalidade por suicídio no Brasil. Destes, em mais de dois a cada dez casos, a tentativa estava relacionada ao consumo de álcool (BRASIL, 2014b).

Em alguns casos, o usuário de álcool e outras drogas pode se colocar em situações de risco diante de certos comportamentos na sua relação com a droga, os quais podem causar problemas sociais e de saúde pública. Estudo mostra o envolvimento de usuários em atividades violentas, como agressões físicas com outros usuários e por dívidas com traficantes. Além do mais, comportamento sexual arriscado para obtenção de dinheiro ou droga, os quais podem levar a IST, gravidez indesejada e, por vezes, a tentativa de aborto. Determinados fatores riscos podem ocorrer pelo fato da ilegalidade da droga, decorrente de roubos e/ou conflitos com policiais (RIBEIRO; SANCHEZ; NAPPO, 2010). Algumas vezes, o usuário torna-se vulnerável a mortes por causas externas, como o homicídio (NAPPO; SANCHEZ; OLIVEIRA, 2010). O consumo de álcool e outras drogas pode também trazer danos relacionados a acidentes de trânsito (BRASIL, 2011a)

Conforme a via de administração, o usuário pode colocar-se em risco devido ao compartilhamento de utensílios de uso pessoal como o cachimbo ou outros materiais adaptados para o consumo de droga fumada, ou seringas em casos de usuários de drogas injetáveis. Além da transmissão do vírus HIV, podem transmitir outras doenças infecciosas como tuberculose, herpes e a hepatite C. E também a possibilidade de ocorrer o surgimento de ferimentos nos lábios e boca, provocada por queimaduras pela forma de consumo (NIEL; SILVEIRA, 2008).

Além de riscos físicos e psicológicos, os usuários estão suscetíveis aos fatores de ordem social, os quais sofrem constantemente perdas nos vínculos familiares, abandono, como viver nas ruas e em precárias condições. Frequentemente, são excluídos do processo de educação e trabalho formal e esses fatores os levam à marginalização, estigma, dificuldade de reinserção social, podendo ter como consequência agravos à saúde em geral (ALMEIDA, 2010).

Nesse contexto, é importante salientar o destaque para o álcool como o maior causador de danos, não só ao usuário como a outras pessoas. E quando comparado a outras drogas, a possibilidade de colocar em risco outras pessoas é bastante significativa. Em segundo lugar,

encontra-se a heroína e em terceiro o crack como drogas de maior risco (NUTT; KING; PHILLIPS, 2010).

Estudos brasileiros têm sido feitos relacionados ao álcool e outras drogas no decorrer dos anos, os quais trazem evidências suficientes para considerar o consumo de drogas no Brasil como um problema de saúde. Com relação a estudantes do ensino fundamental e médio das redes pública e privada de ensino, foram realizados seis levantamentos nacionais pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) (BRASIL, 2010b).

O último estudo analisou estudantes entre 10 e 19 anos e constatou que 41,5% dos entrevistados do gênero masculino fez uso de álcool no último ano, seguido de tabaco (10%), solvente/inalantes (5,9%), maconha (4,9%), cocaína (2,6%) e, em penúltimo lugar, encontra-se o crack com 0,4%. Em relação ao gênero feminino, as 43,5% das estudantes utilizaram álcool no último ano, seguido de tabaco (9,1%), solvente (4,6%), maconha (2,6%), cocaína (0,9%) e o crack em último lugar com 0,2%. A faixa etária de maior uso de álcool do ano se deu em estudantes de 16 a 18 anos (65,3%), com destaque para maior uso nas escolas privadas (BRASIL, 2010b). Percebe-se que o álcool foi o mais consumido por essa população de ambos os sexos, seguido de tabaco e maconha. O crack encontra-se como a droga de menor escolha entre essa faixa etária.

O comparativo de consumo de álcool entre estudantes de Países sul-americanos e europeus, entre 15 e 16 anos, constatou que o Brasil está na 12ª posição com 59,9% no consumo de álcool entre 16 países avaliados. Encontra-se em 3º lugar no consumo de inalantes (6,8%), em segundo lugar (2,5%) no consumo de cocaína e em último lugar, seguido do Uruguai, o consumo de crack (0,4%) com o menor índice entre os Países sul-americanos e europeus (SIDUC, 2006; BRASIL, 2010b).

O II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, realizado em 2012, fez um parâmetro com dados coletados no ano de 2006 e 2012 em adultos e adolescentes com idade entre 14 anos a 50 anos ou mais. O estudo mostra o crescimento na quantidade de doses e na frequência de consumo de bebidas alcoólicas ingeridas pela população. Em 2006, 42% da população não abstinentes, que costumavam beber, declarava consumir bebidas alcoólicas pelo menos uma vez por semana, em 2012 essa proporção aumentou para 53% (BRASIL, 2014b).

O crescimento relativo na população que consome álcool com frequência foi mais significativo entre as mulheres, passando de 27% delas em 2006 para 38% em 2012. Em 2006, os resultados mostraram que 29% dos entrevistados consumiam cinco doses ou mais,

em 2012 esse percentual foi para 39%. Outro dado que merece atenção é o crescimento da população que experimentou álcool mais cedo. Entre os brasileiros adultos, em 2006, 13% tinham experimentado bebidas alcoólicas com menos de 15 anos. Em 2012, 22% declarou ter experimentado com menos de 15 anos (BRASIL, 2014b).

Em 2012, a prevalência de fumantes entre os brasileiros adultos diminuiu em relação a 2006, nesse ano 20,8% do total de brasileiros declararam-se fumantes, em 2012 16,9%. A prevalência de fumantes foi maior entre os homens, tanto em 2006 (27,1%) como em 2012 (21,4%). Entre os adolescentes, o número de fumantes em 2006 era de 6,2% e esse número caiu em 2012, passando a ser somente 3,4% do total de adolescentes (BRASIL, 2014b).

A droga ilícita com maior prevalência de consumo na população brasileira foi a maconha. Nos últimos 12 meses, 2,5% dos brasileiros adultos declararam ter usado e 3,4% dos adolescentes. A prevalência do consumo de cocaína nos últimos 12 meses na população adulta observada foi de 1,7% representando mais de 2 milhões de brasileiros. No caso dos adolescentes, 1,6% deles declararam ter utilizado nos últimos 12 meses, representando cerca de 225 mil adolescentes em todo País (BRASIL, 2014b).

O estudo traz ainda que 9,6% da população com 18 anos ou mais já utilizaram pelo menos uma vez na vida tranquilizantes. Observa-se que essa substância foi mais consumida entre a população adulta nos últimos 12 meses (6%), representando aproximadamente oito milhões de usuários no último ano em todo País (BRASIL, 2014b). A prevalência do uso de crack nos últimos 12 meses na população adulta brasileira foi de 0,7% em um total de mais de 800 mil adultos entrevistados. Em mais de 18 mil adolescentes entrevistados, 0,1% consumiram crack no último ano (BRASIL, 2014b). Nesse sentido, pode-se perceber que o crack não se configura como a droga ilícita mais consumida no Brasil.

2.5 Produções científicas na temática de Redução de Danos no contexto de álcool e outras drogas.

Para aprofundamento e embasamento teórico sobre a temática, foi realizado um estudo de revisão narrativa de literatura. Este teve como questão de pesquisa: o que a produção científica aponta sobre RD na temática de álcool e outras drogas? E, objetivou identificar, nas produções científicas, a temática da redução de danos; analisar e descrever as estratégias e desafios da redução de danos para profissionais e usuários.

A pesquisa foi realizada nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Banco de Dados em Enfermagem (BDENF), American

Psychological Association (PsycInfo) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE). A busca ocorreu em junho e julho de 2016, levando-se em consideração o recorte temporal a partir de 2005 a 2016, cuja escolha do recorte temporal se deve à implantação da Portaria Nº 1.028 de julho/2005, que determina as ações de Redução de Danos nesse ano. Para tanto, utilizou-se como descritores nas bases de dados LILACS E BEDENF "redução do dano" OR "estratégias" AND "transtornos relacionados ao uso de substancias" OR "usuários de drogas". Na base de dados PsycInfo foi utilizado somente o MeSH Term "harm reduction" e na base de dados MEDLINE descritores "redução do dano" AND "usuários de drogas".

As estratégias de busca distintas nas referidas bases de dados justificam-se pelo fato de a possibilidade de abranger maior número de publicações para análise em cada base de dados. Os critérios de inclusão foram: artigos originais que respondessem a questão de pesquisa, publicados nos idiomas português, inglês ou espanhol. Os critérios de exclusão foram: artigos que abordavam a temática de RD em diferentes contextos que não relacionados a SPA. Os artigos repetidos nas diferentes bases de dados foram lidos somente uma vez.

Foram encontrados 27 estudos na LILACS, 4 na BDENF, 46 na PsycInfo e 92 publicações na MEDLINE. Conforme os critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados para a análise 6 artigos na LILACS, 10 artigos na MEDLINE e nenhum estudo foi selecionado na BDENF e na PsycInfo. Assim, 16 artigos preencheram todos os critérios de inclusão proposto pela revisão (Tabela 1).

Tabela 1 - Relação dos artigos selecionados para a Revisão de Literatura

Base de Dados	Descritores utilizados	Estudos encontrados	Artigos selecionados
LILACS	"redução do dano" OR "estratégias" AND "transtornos relacionados ao uso de substancias" OR "usuários de drogas".	27	6
BDENF	"redução do dano" OR "estratégias" AND "transtornos relacionados ao uso de substancias" OR "usuários de drogas".	4	0
PsycInfo	"Harm Reduction"	46	0
MEDLINE	"redução do dano" AND "usuários de drogas".	92	10
			Total 16

Fonte: Própria autora

Para mapeamento e extração dos dados das produções científicas selecionadas, foi elaborada uma ficha documental na qual constavam as variáveis: referência dos estudos, ano e país de realização das produções, objetivos, tipo de estudo, sujeitos e cenário do estudo e principais resultados (APÊNDICE A). Para análise na íntegra dos artigos utilizou-se a análise temática, conforme propõe Minayo (2014), que conta com três etapas: pré-análise, exploração do material e interpretação dos resultados.

A primeira etapa possibilitou uma visão geral do conteúdo dos artigos por meio da leitura flutuante dos resumos e elaboração da ficha de análise documental; a exploração do material foi desenvolvida por meio da leitura dos artigos selecionados na íntegra para determinação das possíveis categorias e subcategorias e o tratamento dos resultados, inferência e interpretação aconteceu por meio de discussão com materiais de referência na área da Saúde Mental, direcionados a álcool e outras drogas com vista para a temática RD, sob a ótica de diferentes autores.

Observou-se que a maioria dos estudos, incluído nessa revisão, foi do ano de 2015 (n=5), seguidos dos anos de 2014 e 2011 na mesma proporção (n=3), 2013 (n=2) e 2010, 2005 e 2007 (n=1). Os países em que se concentraram o maior número de publicações foram Brasil e Canadá com o mesmo número de estudos cada (n=6), seguido da Inglaterra (n=2). Com uma minoria de publicação destaca-se, China e Estados Unidos da América (EUA) com o mesmo número de pesquisas cada (n=1)

A abordagem qualitativa predominou nos estudos selecionados (n=14), seguida de um estudo transversal descritivo e observacional e outra pesquisa de método de análise de substâncias (n=1). Apesar de a abordagem qualitativa predominar, as pesquisas fenomenológicas, não aparecem para essa revisão, o que justifica a necessidade de estudos com essa abordagem.

Referente à população estudada, os artigos apresentaram os usuários de SPA (n=11), seguidos de profissionais da área da saúde (n=2). Com o mesmo número de artigos apareceram pesquisas realizadas com educadores, gestores e trabalhadores do serviço e usuário (n=1). Percebe-se para essa revisão que o Redutor de Danos não aparece como participantes dos estudos, o que se ressalta a importância de uma pesquisa com esses atores. Os cenários foram Serviço de RD (n=3), seguido de Centro de Reabilitação (n=2). Os demais locais de estudo foram: CAPS ad e Serviço de RD, consultório médico e em clínica psiquiátrica de internação, hospital, locais de atuação de redutores de danos, clubes de festas, festivais eletrônicos, Organizações não governamentais de ensino, Programa Saúde da

Família (PSF), Programa de Manutenção de Metadona (MMT) e em espaços urbanos e rurais de uma cidade (n=1). Para análise dos dados os resultados foram divididos em duas categorias: desafios na implantação da Política de Redução de Danos e construções de estratégias de redução de danos por profissionais e usuários de álcool e outras drogas.

2.5.1 Desafios na implantação da Política de Redução de Danos

Os resultados da análise dos artigos apontaram, por um lado, para uma rede de serviço desconexa, com a falta de articulação em rede, entre CAPS ad, Unidade Básica de Saúde (UBS), Serviço Municipal de Redução de Danos (SMRD) e espaços da comunidade (SOUZA, 2007) bem como entre Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Programa de Redução de Danos (PRD) (SOUZA, 2015). Por outro lado, observou-se a falta de engajamento de alguns profissionais (SOUZA, 2007), de conhecimento e interesse dos profissionais que trabalham em PSF em relação às estratégias de RD do município, bem como a falta de qualificação e descaso do município frente à temática (FILHO, 2015).

Embora várias mudanças tenham sido propostas pela Reforma Psiquiátrica, articular redes de Saúde Mental balizadas pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) é um grande desafio. A formação de uma rede de saúde mental é uma temática definida como essencial para a consolidação da desinstitucionalização proposta pela Reforma Psiquiátrica. Entretanto, é necessária a operacionalização nos serviços de saúde, planejamento, organização, coordenação das atividades e avaliação contínua (SOUZA, 2007). Reduzir danos é uma proposta a todos os atores envolvidos, comunidade e profissionais da área da saúde e não se deve focar somente nos redutores de danos.

O CAPS tem um papel importante por ser um serviço vinculado ao campo da saúde mental e por ter a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território, necessitando articular-se permanentemente com outras redes sociais (BRASIL 2004b). Somam-se a isto, os CAPS necessitam dialogar e organizar uma proposta dinâmica de trabalho. Conforme a Constituição Federal, Art. 200, inciso III, é dever do SUS formar recursos humanos devidamente capacitados para atuar com base nas políticas públicas do nosso País (BRASIL, 1988).

Em contrapartida, percebeu-se o interesse de alguns países em expandir os programas, assegurar a alta qualidade dos serviços de RD presentes, mostrando interesse em outras práticas de RD além do Programa de Troca de Seringas (PTS), bem como a reflexão contínua sobre as práticas de diferentes profissionais da área da saúde (STRIPE, 2014; GREVE, 2011;

KERR, 2010). Nesse sentido, um estudo mostra resultados benéficos, após a qualificação de profissionais da área da educação, em que os mesmos conseguem refletir sobre as ações de RD nos espaços de educação não formal, em que compreendem a relação do uso de drogas e sociedade/usuário, colocando-se como ator no processo de prevenção e reabilitação do educando, sem julgamentos morais, respeitando sua autonomia (SOUZA, 2015).

Aqueles que discutem e constroem a temática de RD conseguem entender a política e trabalhar nos moldes da mesma, permitem-se desconstruir e rever valores, compreender que o uso de drogas faz parte da sociedade, assim constrói seus discursos pautados na educação e reabilitação, entendendo seu papel nesse processo. Porém, os profissionais e gestores que não se implicam e não possuem qualificação na temática, mostram falta de interesse, conseqüentemente, falta de articulação com os atores envolvidos.

2.5.2 Construções de estratégias de redução de danos por profissionais e usuários de álcool e outras drogas.

Percebe-se nos estudos selecionados que as estratégias de RD realizadas por redutores de danos dividem-se entre educação em saúde relacionada à prevenção de DST (SOUZA, 2007; MARTINS, 2014), AIDS e Hepatites, em que ocorre a entrega e troca de kits (seringa descartável, água destilada, algodão) para os Usuários de drogas Injetáveis (UDI).

Mas, além disso, o redutor de danos apresenta-se como um mediador entre usuário e serviços de saúde quando realiza encaminhamentos para consultas nas unidades básicas de saúde, para o serviço especializado em testagem anti-HIV e para o CAPS ad (SOUZA, 2007). Nesse contexto, ações de RD no ambiente hospitalar são observadas por usuários de SPA de maneira positiva, em que relatam maiores oportunidades para um diálogo entre médicos e clientes de um modo mais aberto (STRIPE, 2011).

Algumas estratégias de RD são trazidas por um serviço de análise de substâncias psicoativas ilícitas realizadas em festas eletrônicas, em que se avalia a composição da substância e passar informações ao consumidor relacionadas aos efeitos colaterais dos adulterantes que, por vezes, mostram-se tóxicos e letais. Objetivou-se nessa ação detectar, identificar, informar, se aproximar do consumidor, encorajar atitudes e comportamentos que promovam o consumo responsável, prevenção por meio de folhetos informativos sobre sexualidade e substâncias psicoativas (MARTINS, 2015).

Os artigos apontam estratégias de RD espontânea construídas pelos próprios usuários de drogas ilícitas (FONTANELLA, 2015), como também aquelas construídas com redutores

de danos (TEIXEIRA, 2015). Assim, os usuários procuram manter um bom padrão de qualidade de vida, relacionados à escolha da droga menos prejudicial, pureza, a via, preço mais acessível, efeitos colaterais menos danosos, os intervalos de uso para recuperar os efeitos colaterais, o uso da hospitalização para se recuperar parcialmente, física e psicologicamente, o apoio da família e amigos para contribuir na manutenção do padrão de consumo, o controle da quantidade (FONTANELLA, 2015; TEIXEIRA, 2015; JACSIN, 2011; GREENSPAN, 2011), bem como o uso em lugares mais seguros (FONTANELLA, 2015). Nesse sentido, dois estudos (MCNEIL, 2015, 2014) trazem espaços seguros para o uso de drogas assistida, como uma estratégia de reduzir danos. Esses locais são regulamentados e monitorados por voluntários treinados e são importantes estratégias que visam minimizar a violência com policiamento e/ou nas cenas de uso no espaço da rua e a exposição ao estigma. Nesses locais, os voluntários podem atuar com estratégias de prevenção e agir em casos de emergências relacionadas ao uso.

Outros preferem fazer o uso da droga individualmente para evitar conflito entre os usuários, promover o autocuidado, alimentar-se, hidratar-se, descansar o corpo e a mente, reconhecem o uso de preservativo como uma proteção de doenças, o uso de maconha após o uso do crack para a diminuição da fissura, diminuir anorexia e descansar, não compartilhar material. Também, a de utilizar a droga em seguida que as adquirem para evitar conflito com a polícia, salientar aos policiais que é usuário quando for abordado (TEIXEIRA, 2015).

O Programa de regulação da Metadona é utilizado como uma estratégia de RD, a qual propõe ajudar os usuários de SPA a gerenciar seu uso de drogas, evitar a retirada, as relações sociais de adoecimento e proteger contra a transmissão da hepatite. Apesar de alguns participantes falarem dos efeitos fisiológicos e psicológicos negativos da medicação, a metadona é trazida como benéfica para o tratamento (HARRIS, 2013). Pensando em estratégias, um estudo trouxe a importância de se discutir estratégias de RD para usuários de álcool (SOUZA, 2007).

Entretanto, apesar da construção de estratégias, observa-se em um estudo que a maioria dos usuários em uma das pesquisas, conhecia os riscos decorrentes do consumo da droga, mas nem todos adotavam estratégias de RD (TEIXEIRA, 2015). Outros, porém não compreendiam as ações e os programas os quais estavam inseridos, acarretando em ausências nos serviços (SUN, 2013) ou ainda, espaços de RD que permeavam diferentes perspectivas entre prestadores de serviços e usuários dos serviços relacionados com as práticas, os riscos e intervenções eficazes (KWAN, 2017).

Para conseguir trabalhar na lógica de RD, é necessário reconhecer o usuário por meio de sua história de vida, características e necessidades, assim como as vias de administração de drogas, estratégias de contato com usuário e família e principalmente a construção de vínculo, para que se possa construir junto com ele maneiras de redução de danos, prevenção, educação, tratamento e promoção de saúde. Para que uma política de saúde seja coerente, eficaz e efetiva, deve levar em conta que as distintas estratégias são complementares e não concorrentes e que, portanto, a redução dos danos, associada ao consumo e a sua superação, são elementos fundamentais para sua construção (BRASIL, 2004b).

Nesta perspectiva, para trabalhar com estratégias de RD é preciso despir-se de preconceitos e escutar o usuário. Diversas estratégias estão vinculadas ao Programa de Troca de Seringas e distribuição de insumos, mas também a educação em saúde (SOUZA, 2007; MARTINS, 2014; MCNEIL, 2015; HARRIS, 2013) a qual preconiza a Portaria 1.028/2005 (BRASIL, 2005). Outras, porém, foram se moldando e se constituindo ao longo do tempo como uma estratégia de reduzir riscos à saúde, como o incentivo de acessar os serviços de saúde, às relações interpessoais, a busca por emprego, estudo, direitos e moradia (SILVA *et al.*, 2009). Algumas estratégias surgem do próprio usuário conforme sua vivência e relação com o uso de drogas, preferindo assim, reduzir os riscos e não a efetivação do tratamento relacionado à abstinência (FONTANELLA, 2005).

O cuidar de si é fundamental quando falamos em uso de álcool e outras drogas relacionados ao autocuidado, autocontrole, a busca por segurança e apoio. Estas estratégias são importantes para reduzir riscos a saúde (RIBEIRO; SANCHEZ; NAPPO, 2010). Entretanto, o empoderamento dos usuários relacionados aos seus direitos frente as leis são fundamentais, sabe-se que a nova lei de drogas faz uma distinção entre os usuários as pessoas que comercializam e vendem drogas (BRASIL, 2006). Fato que serve de sustentação para aqueles que são abordados indevidamente. Contudo, não são todos os usuários que internalizam a RD e constroem perspectivas de vida elencadas na mesma, apesar de conhecê-las, é importante ressaltar que as ações de RD são pautadas na autonomia de escolha desse usuário (BRASIL, 2005).

3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO: FENOMENOLOGIA SOCIAL DE ALFRED SCHÜTZ.

A Fenomenologia é composta duas palavras, fenômeno e logos. Fenômeno origina-se da expressão grega *phainómenon*, a qual deriva do verbo grego *phainesthaie* significa mostrar-se, desvelar-se. Deste modo, o fenômeno é o que se mostra ao sujeito que o interroga. Logos significa discurso, reunião, reúne. Sendo assim, a fenomenologia é o que se mostra a si mesmo, é um discurso esclarecedor, é a ciência que busca compreender os fenômenos a partir do que o ser humano vivencia no mundo da vida e sua experiência possibilita indagá-lo. Além disso, está voltada para o estudo da realidade social vivida na sua vida cotidiana (CAPALBO, 1998).

A fenomenologia surgiu na Alemanha com Edmund Husserl, considerado como o grande iniciador deste método. Foi ele quem começou a fenomenologia com a descrição dos fenômenos. Husserl teve influências do pensamento de Platão, Descartes e Brentano. E, também influenciou alguns filósofos que adotaram o método fenomenológico, mas que segundo Silva; Lopes; Diniz (2008), por motivos e interesses filosófico distintos daquele que teve Husserl, como: Martin Heidegger, Jean Paul Sartre, Maurice Merleau-Ponty, Alfred Schütz.

Nesta perspectiva, considerando o objetivo desta pesquisa, optou-se por uma abordagem da Fenomenologia Social de Alfred Schütz, também chamada de Sociologia Fenomenológica ou ainda Sociologia Compreensiva. Este referencial possibilita a compreensão do significado das experiências do ser humano no mundo da vida e a percepção dos sujeitos sobre suas vivências (WAGNER, 2012).

O filósofo e sociólogo Alfred Schütz (Figura 1) nasceu em Viena, na Áustria, no ano de 1899, e faleceu no ano de 1959, em Nova Iorque, Estados Unidos. Estudou Direito e Ciências Sociais em Viena.



Figura 1 - Imagem de Alfred Schütz.
Fonte: Google Imagens (2016)

Alfred Schütz dedicou anos de seus estudos nas obras de Max Weber e de Edmund Husserl, pois percebeu que cada um deles apresentava questões importantes em seus campos de atuação, seja respectivamente nas abordagens da Sociologia e na Filosofia (WAGNER, 2012). Logo, Schütz identificou lacunas nas ideias de Husserl referente ao “problema da intersubjetividade” e contribuiu para transformar esse conceito em uma teoria sociológica do mundo social. Em relação a Weber, ele não refutou nenhum de seus postulados. Entretanto, Schütz buscou clarificar os significados já existentes contribuindo significativamente para a sociologia interpretativa a qual possui em Webber suas raízes (WAGNER, 2012).

Desse modo, Schütz se apropriou de alguns conceitos da Sociologia de Weber como ação, ação social e compreensão para a construção da Fenomenologia Social, bem como dos conceitos de Husserl como a intencionalidade, intersubjetividade e mundo vivido. Weber definiu a sociologia como uma ciência que busca compreender a ação social de forma interpretativa. De acordo com Weber, confirmado por Schütz, tanto a ação individual como social referem-se à ação de pessoas singulares. A ação individual relaciona-se a objetos não sociais, entre eles coisas da natureza, artefatos ou ideias e, na ação social, a atenção é direcionada a outras pessoas. A compreensão do outro, nessas condições, pode ocorrer somente sob a forma da imputação de um significado ao curso da ação observada (WAGNER, 2012).

Assim, por meio da Fenomenologia Social, pode-se apreender os motivos das ações dos redutores de danos para cuidar de usuários de álcool e outras drogas, pois a mesma fundamenta-se naquele que vivencia a experiência de determinado fenômeno, pois só o próprio indivíduo pode dizer o que pretende com a ação. Portanto, valoriza o sujeito, suas vivências e suas ações conscientes.

Ainda, propõe que, em toda a ação que o sujeito estabelece, há um sentido intencional e busca aí atender suas expectativas, suas necessidades. Entretanto, este sentido e significado somente o próprio indivíduo que a vivencia pode expressar. A intencionalidade pode ser descrita por meio de tipos e formas distintas, como a atitude natural, a qual é tudo aquilo que já foi afirmado até o momento, em que se aceita como inquestionável e a redução fenomenológica busca revelar o fluxo da consciência e suas características em sua pureza, a fim de alcançar o fenômeno puro da sua essência (WAGNER, 2012).

Em relação à intersubjetividade, Schütz sugeriu que a mesma fosse tratada como “a categoria ontológica fundamental da existência humana”, uma condição para toda experiência humana imediata no mundo da vida. O mundo da vida constitui a esfera de todas as experiências, orientações e ações cotidianas, mediante as quais os indivíduos buscam realizar

seus interesses e seus negócios a partir da manipulação de objetos, da interação com as pessoas, da elaboração de planos e da efetivação destes (WAGNER, 2012, p. 42).

A interação social envolve a ação social de pelo menos duas pessoas que se orientam uma em relação à outra. E viver no mundo da vida cotidiana geralmente significa vivenciar situações de interação com muitas pessoas, em complexas redes de relações sociais (WAGNER, 2012).

Sendo assim, Schütz trouxe que esse mundo da vida cotidiana implica em aspectos ativos e dinâmicos, incluindo os problemas da ação humana, os da motivação geral e do planejamento específico. Para isso, Schütz definiu três termos-chave: conduta, ação e trabalho.

Conduta é o termo reservado às ações realmente ou potencialmente significativas de modo geral; ação, um termo que designa a conduta que foi “dividida antecipadamente” e trabalho: se refere à ação que foi planejada de modo a promover uma mudança no estado de coisas exterior com o auxílio de movimentos corporais (WAGNER, 2012, p.37).

Essa discussão leva à Teoria da Motivação. Essa Teoria traz que os homens agem segundo motivos dirigidos para a obtenção de metas que apontam para o futuro. Schütz chamou de “motivos com a finalidade de”, também conhecido como “motivo para” ou “motivos a fim de”. Por outro lado, os homens possuem “razões” para suas ações, essas ações são ancoradas em experiências passadas, na personalidade que um homem desenvolveu no decorrer da sua vida, as quais o autor denomina de “motivos porque”. Apenas quando o ator se volta para o seu passado, ele se torna “um observador de seus próprios atos” (WAGNER, 2012). Sendo assim, a ação como conduta humana é projetada de modo intencional, possui um propósito e é interpretada com base nos motivos de cada sujeito, que são emanados a partir de sua vivência.

As tipificações são essenciais no mundo social, pois desempenham papel importante na compreensão do outro e na interação social. Durante a vida recebe-se boa parte do conhecimento, passados por um grupo social, por meio dos pais, professores e de pessoas mais velhas, o que torna a visão do mundo e uma série de tipificações construídas pelos hábitos e costumes. Assim, faz com o sujeito pertença a um grupo social que possui características típicas do comportamento vivido (WAGNER, 2012).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Neste momento será descrito os aspectos referentes à metodologia, o tipo de estudo, cenário, participantes da pesquisa, produção dos dados, análise e interpretação dos depoimentos e os aspectos éticos relacionados a este estudo.

4.1 Tipo de pesquisa

O desenvolvimento desta pesquisa mostra-se pertinente com a abordagem qualitativa, de natureza fenomenológica, fundamentada no Referencial Teórico-Metodológico de Alfred Schütz sobre o fenômeno “ação de cuidado realizada pelo Redutor de Danos aos usuários de álcool e outras drogas”.

A pesquisa qualitativa caracteriza-se por aprofundar-se no universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes, que é construído pelos indivíduos em seu próprio contexto natural. Neste, eles pensam sobre o que fazem, interpretam as suas ações, a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes (POLIT; BECK, 2011). A Fenomenologia permite compreender as vivências intencionais da consciência para perceber como se produz o sentido dos fenômenos, que se chama mundo, sem jamais abandonar o solo da experiência (DARTIGUES, 2013).

Schütz traz que uma ação enquanto conduta consciente diferencia-se de outros tipos de conduta, pois está relacionada a uma orientação, de um projeto, de um plano operacional, baseado em uma ação planejada. Assim, a ação baseada em um planejamento costuma ser chamada de ação racional, no entanto, Schütz preferiu chamar essas ações cotidianas caracterizadas por escolhas razoáveis, em vez de racionais (WAGNER, 2012).

Diante disso, a escolha pela Fenomenologia Social de Alfred Schütz permitiu descrever as ações desenvolvidas por Redutores de Danos e apreender os motivos das ações dos redutores de danos para cuidar de usuários de álcool e outras drogas, por meio de suas experiências.

4.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida na área de abrangência da 3ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) do Rio Grande do Sul, Brasil. As CRS são responsáveis pelo planejamento, acompanhamento e gerenciamento das ações e serviços de saúde, numa relação permanente

de cooperação técnica, financeira e operacional e de diálogo com os municípios e com os prestadores de serviço, com objetivo político de organizar os sistemas locais e regionais de saúde, segundo os princípios do SUS (RIO GRANDE DO SUL, 2002).

A Política de Saúde Mental tem por objetivo definir e executar ações que possibilitem a ampliação e o fortalecimento de atenção integral em saúde mental no Rio Grande do Sul, por meio de uma política que contemple ações de promoção, prevenção e reabilitação, de forma contínua, abrindo possibilidades de atendimento, por meio de planos terapêuticos individuais e respeitadores dos direitos de cada usuário (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

Atualmente, o estado está dividido, político-administrativamente, em 19 CRS, as quais se dividem em 1ª CRS, 2ª CRS, 3ª CRS e, assim sucessivamente. As CRS são contempladas em sete macrorregiões de saúde, sendo elas: região Centro-Oeste, Metropolitana, Missioneira, Norte, Serra, Sul e Vales.

Cada CRS possui municípios de abrangência. A CRS com menor número de abrangência é a 7ª CRS, com seis municípios e a de maior abrangência é a 5ª CRS com 49 municípios em sua composição. A 3ª CRS é composta por 22 municípios, sendo eles: Amaral Ferrador, Arroio do Padre, Arroio Grande, Canguçu, Capão do Leão, Cerrito, Chuí, Cristal, Herval, Jaguarão, Morro Redondo, Pedras Altas, Pedro Osório, Pelotas, Pinheiro Machado, Piratini, Rio Grande, Santa Vitória do Palmar, Santana da Boa Vista, São José do Norte, São Lourenço do Sul e Turuçu (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

Das 19 Coordenadorias Regionais de Saúde, do estado do Rio Grande do Sul, sete possuem a figura do Redutor de Danos nas equipes de saúde. Dentre elas, está a 3ª CRS a qual está localizado o município de Pelotas, com 20 Redutores de danos e São Lourenço do Sul, com quatro Redutores de Danos.

Na 4ª CRS, a cidade de Santa Maria possui quatro Redutores de danos e um no município de São Pedro do Sul. A 5ª CRS possui um Redutor de danos na cidade de Farroupilha e um no município de Nova Bassano. A 10ª CRS possui um Redutor de Danos em Alegrete, dois em Uruguaiana e dois em Santana do Livramento. Na 13ª CRS, o município de Santa Cruz do Sul possui um Redutor de Danos. A 16ª CRS possui um Redutor de danos no município de Estrela e a 18ª CRS possui quatro Redutores de Danos na cidade de Tramandaí.

Atualmente, o estado do Rio Grande do Sul possui 42 Redutores de Danos atuantes nos serviços de Saúde Mental. Essa informação não foi encontrada descrita em produções científicas, *site* ou documento do Ministério da Saúde ou mesmo pelas Coordenadorias Regionais de Saúde. Por isso, a busca foi arduamente realizada pela autora, a qual entrou em

contato com cada município, que tinha alguma informação que lá haviam Redutores de Danos. Assim, por meio de uma organização própria em uma planilha constando nome de pessoas referência, contato telefônico e e-mail foram-se construindo tais informações. Alguns dados foram conseguidos com as CRS, outros com profissionais de CAPS ad, Programas de Redução de Danos, coordenadores de saúde mental e pessoalmente com Redutores de Danos em eventos sobre álcool e outras drogas (Tabela 2).

Tabela 2 - Relação do número de Redutores de Danos por municípios no Rio Grande do Sul.

Coordenadoria Regional de Saúde	Município	Número de Redutores de Danos
3ª CRS	Pelotas	20 Redutores de danos
	São Lourenço do Sul	04 Redutores de danos
4ª CRS	Santa Maria	04 Redutores de danos
	São Pedro do Sul	02 Redutores de danos
5ª CRS	Farroupilha	01 Redutor de danos
	Nova Bassano	01 Redutor de danos
10ª CRS	Alegrete	01 Redutor de danos
	Uruguaiana	02 Redutores de danos
	Santana do Livramento	02 Redutores de danos
13ª CRS	Santa Cruz do Sul	01 Redutor de danos
16ª CRS	Estrela	01 Redutor de danos
18ª CRS	Tramandaí	04 Redutores de danos

Fonte: Própria autora.

A pesquisa ocorreu no município de Pelotas, que possui população de 328.275 habitantes, sendo considerada a terceira cidade mais populosa do Rio Grande do Sul. Em relação aos serviços de saúde mental, o município possui: seis CAPS do tipo II; um CAPSi (infante juvenil); um CAPSad III; um Serviço Residencial Terapêutico (SRT); um Ambulatório saúde Mental; uma Unidade de Acolhimento Infante Juvenil (UAI); uma Unidade de Acolhimento Adulto (UAA); Centro de Atendimento Centro Socioeducativo (CASE), Projeto Reabilitação Trabalho e Arte (Retrate) e Oficina de Geração de Renda.

Pelotas também possui uma Escola de Redução de Danos; uma equipe de Consultório na Rua (CnR) e um serviço de RD. Este, é constituído por oito composições de RD, vinculadas à atenção básica a qual trabalha por territórios e têm cerca de dois a três Redutores de Danos em cada uma das composições, com carga horária de 40 horas semanais. A equipe de CnR, atende a área central da cidade, onde são acompanhadas mensalmente cerca de 200 pessoas e é composta por uma enfermeira e dois Redutores de Danos, com carga horária semanal de 40 horas.

O número de abordagens varia de acordo com as características climáticas do dia, da distância a ser percorrida e de demandas mais complexas que necessitam mais tempo. Os locais de abordagens são praças, viadutos, lixões, cemitérios, casas de abuso de drogas, domicílios, CAPS, Unidades de Acolhimento, CASE, Casas de Massagem, bares da cidade e Hospitais. Os Redutores de Danos deslocavam-se caminhando até as pessoas, por meio de Transporte Público, e raramente com transporte disponíveis pela prefeitura. As abordagens ocorriam nos três turnos, sendo que no período da noite ocorria semanalmente.

Os Redutores de Danos possuíam um local próprio, com sala ampla, com uma mesa grande, cadeiras e armários individuais. Havia em outra sala três computadores para realizar cursos, assistir vídeos e acompanhar inscrições em eventos de Saúde mental. Possuíam também nesse local uma cozinha e um banheiro. A “sala do Redução de Danos” como era chamada ficava no pátio de um dos prédios da secretaria de Saúde do Município. Nessa sala se reúnem para planejar ações, discutir casos, fazer reuniões com gestores, registrar suas atividades e ter momentos de descontração, descanso e alimentação.

4.3 Participantes da pesquisa

Nesta pesquisa, participaram os Redutores de danos que atuam no município de Pelotas, que mostraram interesse em participar da pesquisa. Todos eles possuem contrato de trabalho com o Município. A maioria deles faz parte das oito composições de RD as quais são divididas por bairros, e, outros, fazem parte do CnR e atuam no centro da cidade. Justifica-se essa opção pelo fato de ser o município do estado do Rio Grande do Sul com maior número de Redutores de Danos em relação aos demais municípios.

Teve-se como **critério de inclusão**: possuir vínculo empregatício como Redutor de Danos na Rede de Saúde Mental do município de Pelotas. E, como **critérios de exclusão**: Redutores de danos que estivessem em licença ou atestado de saúde no período da coleta de dados. De acordo com os critérios de inclusão e exclusão um deles não estava mais

trabalhando no serviço, uma encontrava-se em licença gestante e outro em licença saúde. Desse modo, participaram desse estudo, **17 Redutores de Danos**, divididos entre equipe de CnR e composição de RD.

4.4 Etapa de campo e produção dos dados

Na etapa de campo, optou-se por fazer uma vivência para conhecer a rede de saúde mental do município de Pelotas, além disso, os espaços onde o Redutor de Danos percorre, a fim de construir vínculos com os mesmos e conhecer as ações realizadas por eles. Desejou-se criar um ambiente favorável para desenvolver a entrevista fenomenológica.

4.4.1 Aproximação e ambientação

O período de aproximação e ambientação ocorreu no mês de abril de 2017. Como observadora, procurei refletir sobre a abordagem dos Redutores de Danos a seus acessados⁴ e, posteriormente, sanar dúvidas sobre aquele momento. Sempre na posição de espectadora das ações.

Para que ocorra a ambientação, é preciso observar e sentir o ambiente em que se irá compartilhar emoções com o outro (PADOIN; SOUZA, 2008). Essa ação fundamenta-se na subjetividade e na singularidade, que sugere uma atitude fenomenológica em relação aos Redutores de Danos, para que se sintam familiarizados com a pesquisadora. O diálogo entre o sujeito de pesquisa e o pesquisador é a principal fonte de dados. O pesquisador instiga o sujeito a descrever as suas experiências vividas, procurando mergulhar no mundo dele para compreendê-las (TERRA *et al.*, 2006).

A aproximação e ambientação ocorreram junto aos Redutores de Danos pelo período da manhã, tarde e noite. Nos turnos da manhã, saímos por volta de 08 horas, nesse turno me inseri nas atividades de campo com os Redutores de Danos, onde observava suas ações com pessoas em situação de rua na área central do município, principalmente nas praças e avenidas da cidade. No turno da tarde, saíamos por volta de 14 horas da Secretaria de Saúde, nesse turno acompanhava as composições nos bairros, por meio de Visitas Domiciliares (VD). Durante o dia, o tempo de trabalho de campo oscilava. Havia dias que ficávamos na rua no horário do almoço devido uma demanda inesperada em algum serviço, no domicílio ou na rua.

⁴Acessados é o nome dado pelos Redutores de Danos desse município, para aquelas pessoas que os mesmos se relacionam, nas suas ações, acompanhamento e demais vínculos de cuidado.

No turno da noite saíamos às 19 horas ficávamos em torno de duas a três horas. Essas abordagens continuavam nos bairros, mais precisamente em bares da cidade. Durante esses momentos, eu procurava esclarecer aos Redutores de Danos a minha intenção em estar ali, bem como conversar sobre a temática redução de danos, o processo de trabalho, ouvir suas histórias de vida, angústias e alegrias.

O fato de utilizar o restaurante popular da cidade para fazer as refeições facilitou as relações interpessoais com pessoas em situação de rua e Redutores de Danos, os quais ocupavam também esse espaço. Consegui, no decorrer de nossas caminhadas, construir um bom vínculo com os Redutores de Danos, pude perceber a beleza nos mínimos detalhes dos locais onde passávamos e tornar aquelas tantas praças que, por vezes, eram moradas de muitos e local que desperta diversos sentimentos, em um ambiente agradável para um descanso. A vivência de estar na rua me ensinou a entender o contexto de vida daquelas pessoas e suas escolhas em estarem ali. Mas, também, vivenciar as cenas e locais de uso e abuso de drogas.

Após uma semana de trabalho de campo, comecei a conhecer pessoalmente alguns espaços da rede de saúde do município que, até então, sabia de sua existência por meio das falas dos Redutores de Danos. Assim, tentei usufruir ao máximo desses espaços, conhecer, além de estrutura física, os projetos de construção, objetivos, processos de trabalho da equipe, ouvir as histórias de vida dos usuários e dos profissionais que ali trabalhavam. Em todos os serviços, fui muito bem recebida e, na maioria deles, convidada para retornar ou ficar para almoçar, lancha ou tomar um mate, sendo a visita bem extensa e de muita produtividade.

Procurei participar de atividades extracampo em que os Redutores de Danos eram convidados a estar ou organizar. Então, consegui vivenciar momentos de reunião de equipe semanal dos Redutores de Danos, mas também com a secretária municipal de saúde e a coordenadora de saúde mental do município. É importante salientar que nestes momentos foram discutidos casos específicos de pessoas em situação de rua e de famílias em vulnerabilidade social, demandas sobre a Escola de Redução de Danos, bem como pautas sobre o término do Contrato de trabalho dos Redutores de Danos e novo processo seletivo.

Compartilhei momentos de discussões no curso da Escola de Redução de Danos e, ainda, acompanhei os Redutores de Danos e os participantes da Escola, nos campos práticos com idas a campo no período da noite. Além disto, tive a oportunidade de participar do Seminário de Redução de Danos, o qual teve como tema a criminalização do uso e abuso de álcool e outras drogas.

4.4.2 Produção de dados

A produção de dados foi realizada no mês de maio por meio da entrevista fenomenológica, acompanhada das observações das ações do RD quando a pesquisadora se encontrava no território⁵. A entrevista fenomenológica não é intervenção, por isso não se utiliza de técnicas. Trata-se de interpretar compreensivamente a linguagem do sujeito, por intermédio da percepção de significados dos modos como ele se comporta. Esta, por meio de movimentos do corpo, expressão do olhar, gestos e outras maneiras que pode ser explicitada no decorrer da entrevista, presente em suas atitudes e perceptível de maneira imediata. Ao desvelar o gesto-expressão do sujeito, é possível perceber a sua realidade no mundo e a maneira como se posiciona frente a sua conduta, fatos e acontecimentos do mundo objetivo (CARVALHO, 1991).

Compreender o pensamento do sujeito é penetrar em seu mundo, sua presença e sua vida. Enquanto se entrevista, é preciso também entender o silêncio que se faz comunicação e que é discurso. Esse silêncio não é cassação de palavras, mas a imersão do ser. A entrevista ocorre por meio de existência situada no encontro. Este não é programado, é um fenômeno que se apresenta de maneira imprevista que exige um reconhecimento de uma realidade estranha para quem presencia o que leva intencionalmente a compreensão empática do outro que se apresenta diante de si (CARVALHO, 1991).

Os encontros com os Redutores de Danos foram combinados de acordo com seu desejo. Cada redutor escolheu onde gostaria que a entrevista fosse realizada, bem como data e hora. Assim, fui organizando em uma lista própria os agendamentos e dos locais onde aconteceram os encontros como as praças da Cidade, no pátio das casas de Acolhimento, no CAPS ad, no serviço de Infecção Sexualmente Transmissível (IST), na Escola de Redução de Danos, na sala e no pátio do RD. Como já possuía um bom vínculo com os Redutores de Danos, procurei deixá-los bem à vontade e tornar o ambiente agradável. Para cada um deles levei algo diferente, pois já conhecia seus gostos. Como eram dias frios, levava chá e mate para nossas entrevistas, por vezes, balas e bolachas.

As entrevistas foram realizadas individualmente, após eu explicar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) e o Redutor de Danos autorizar sua participação no

⁵O território caracteriza-se pela distribuição dos serviços de saúde sob a delimitação de áreas de abrangência. Além disso, consiste em uma interação população-serviços no nível local, caracteriza-se por uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados. O território também é o resultado de uma acumulação de situações históricas, ambientais, sociais que promovem condições particulares para a produção de doenças (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

estudo. As falas foram gravadas, mas me preocupei em não deixar o gravador à mostra para não intimidar os participantes do estudo, pensando em um lugar que não prejudicasse a qualidade do áudio. Na abordagem fenomenológica, o diálogo consiste em uma fundamental fonte de informações, ele precisa ser realizado em profundidade entre pesquisadora e participante. Contudo, é importante salientar que a entrevista não deve ser direcionada somente com o objetivo de reunir informações, mas sim, pela participação, observação e reflexão introspectiva da pesquisadora junto ao entrevistado (TERRA *et al.*, 2006).

A relação face a face possibilitou a aproximação e a interação com os Redutores de Danos para que verbalizassem seus medos, sentimentos, angústias, frustrações ou sonhos (WAGNER, 2012). A identificação dos Redutores de Danos se deu por meio das letras “RD”, que significa Redutor de Danos, seguida por um número arábico. As entrevistas foram conduzidas por duas questões, as quais possibilitaram aos Redutores de Danos falarem espontaneamente sobre as suas experiências. Assim, foi utilizado um roteiro (APÊNDICE A), que versava sobre a situação biográfica dos Redutores de Danos e, na sequência, duas questões norteadoras: fale-me sobre as ações que você realiza como redutor de danos quando cuida o usuário de álcool e outras drogas. O que você tem em vista quando cuida o usuário de álcool e outras drogas? (O que você espera...? Qual a sua expectativa...?)

Os redutores de Danos trouxeram suas experiências espontaneamente, por meio de uma conversa sem ser definido um limite de tempo, mas de acordo com as suas disponibilidades. Assim, a variação temporal das entrevistas oscilou entre 40 e 90 minutos. A realização das entrevistas não impossibilitou que a vivência nos serviços de saúde do município e acompanhamentos dos RD a campo continuasse. A etapa de produção dos dados ocorreu durante o mês de maio de 2017, a qual foi encerrada quando houve a suficiência de significados para compreender o fenômeno estudado, ou se já, alcançou-se a sua variação e amplitude (BOEMER, 1994).

4.4.3 Análise e interpretação das informações

Para a análise das informações foi utilizado os passos descritos por Tocantins, (1993) e Tocantins; Souza (1997), os quais pautaram suas estratégias metodológicas nos fundamentos da Fenomenologia Social de Alfred Schütz, com a finalidade de apreender os motivos da ação do Redutor de Danos que cuida de usuários de álcool e outras drogas.

Sendo assim, seguiu-se os passos: inicialmente, as entrevistas foram transcritas atentamente e, após, foi feita a primeira leitura. Na sequência, foram realizadas outras

releituras aprofundadas procurando identificar as ações desenvolvidas realizadas pelos Redutores de Danos. Para tanto, foi realizado um recorte das respostas à questão fenomenológica e, assim, procurou-se apreender como os Redutores de Danos vivenciavam o fenômeno pesquisado e as similaridades das experiências vividas.

Posteriormente, buscou-se identificar categorias concretas do vivido por meio da separação dos depoimentos, a fim de selecionar e agrupar trechos que tinham aspectos significativos dos Redutores de Danos; e, a partir das características típicas dos depoimentos, estabelecer os motivos da ação. A partir dessas, o típico da ação do Redutor de danos, aquilo que é comum a esse grupo social.

Passou-se então à análise compreensiva, retornando ao referencial teórico-metodológico de Schütz e autores da saúde mental. Dessa forma, descreveu-se as causas e intencionalidades das ações realizadas pelos Redutores de Danos, constituindo os “motivos para” e “motivos porque” (WAGNER, 2012).

Na redação dos depoimentos, utilizaram-se reticências: [...] - no fim ou no início de uma frase para suprimir a mesma quando era muito extensa, para facilitar a leitura. Algumas palavras foram suprimidas do corpo do texto, como “então” e “sabe!” e outras como nomes de colegas, usuários ou seus próprios nomes citados no decorrer das falas. Além disto, preservou-se nas falas a linguagem própria de cada Redutor de Danos.

4.4.4 Aspectos éticos da pesquisa

Para a realização desse estudo, foram contemplados os aspectos éticos, conforme a Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Esta resolução define as diretrizes e normas reguladoras de pesquisas que envolvem seres humanos, tendo como meta os compromissos éticos com os sujeitos do estudo (BRASIL, 2012). O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Município de Pelotas, com a finalidade de solicitar autorização para a execução do estudo junto aos Redutores de Danos do Município.

Com a carta de aceite do município, o projeto foi registrado no Sistema de Informações para o Ensino (SIE) e no Gabinete de Projetos (GAP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Na sequência, o Protocolo do Projeto de Pesquisa foi registrado na Plataforma Brasil com vista à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com Seres Humanos da UFSM, sendo aprovado sob o Nº 1.967.534 e CAAE Nº 664795817.0.0000.5346 (ANEXO A).

Desse modo, a coleta de dados ocorreu somente após a aprovação e mediante assinatura das participantes da pesquisa no TCLE (APÊNDICE B), assinado por mim e pela professora orientadora. O TCLE foi disposto em duas vias: uma delas ficou de posse do Redutor de Danos e a outra comigo. Além do TCLE, assumiu-se o compromisso ético por meio do Termo de Confidencialidade (APÊNDICE C). O TCLE foi construído com uma linguagem de fácil compreensão, o qual traz os objetivos, a justificativa, a metodologia bem como a liberdade de desistir da pesquisa em qualquer das suas etapas.

Em relação à **privacidade**, os Redutores de Danos foram informados quanto à garantia do anonimato. Para tanto, explicou-se que eles seriam identificados por meio das letras “RD”, que significa Redutor de Danos seguidos por um número arábico. Ainda, eles foram informados que a entrevista seria gravada e, posteriormente, transcrita. Assim, todos os participantes do estudo concordaram em participar da pesquisa. Na sequência, foram realizadas as entrevistas com autorização para serem gravadas por meio de um gravador digital.

Foi deixado claro aos Redutores de Danos, participantes do estudo, que não iriam obter **benefícios** diretos, mas sim, que a pesquisa poderia contribuir para expressar suas experiências e colaborar para a construção do conhecimento referente às ações que realizam. Foi salientado que não haveria **custos** para eles e nem compensação financeira relacionada a sua participação.

Também, buscou-se esclarecer que a entrevista seria individual e que não representaria, a princípio, **risco** físico, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, em qualquer fase da pesquisa. Entretanto, durante as conversas com os Redutores de Danos, alguns, poderiam recordar de fatos marcantes de suas experiências, situação que aconteceu com dois Redutores de Danos que se emocionaram e houve manifestação de choro. Contudo, os mesmos não desejaram cessar a entrevista, apenas um tempo para desabafarem.

Como mestranda pesquisadora, assumi junto à professora orientadora o compromisso de utilizar os dados e o material coletado para esta pesquisa para possíveis releituras com outros referenciais. As falas dos Redutores de Danos estão guardadas em CD mantido em um armário fechado por um período de cinco anos sob a responsabilidade da orientadora, na sala 1445, do CCS da UFSM, localizada na Avenida Roraima, 1000, prédio 26, CEP 97105-970, Santa Maria/RS. Após esse período os dados serão destruídos.

O compromisso ético, político e social da pesquisadora na devolução dos resultados foi por meio da apresentação do estudo em um evento de Enfermagem na Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), onde o trabalho foi destaque no evento. O Banner que foi

apresentado com os resultados da pesquisa está exposto na sala dos Redutores de Danos na secretaria municipal de saúde do Município de Pelotas. Os resultados serão divulgados através de publicação em artigos científicos e apresentação no Grupo de Pesquisas “Cuidado em Saúde Mental e Formação em Saúde” (FORESM). Além disso, os Redutores de Danos foram convidados para assistirem a Defesa da Dissertação. O convite foi realizado individualmente após a realização das entrevistas, bem como nas reuniões de equipe que participei e oficializado posteriormente por meio da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Pelotas, pela coordenadora de Saúde Mental e coordenação de Redutores de Danos, onde consta data, hora e local da defesa.

5 ANÁLISE FENOMENOLÓGICA

Este capítulo abordará a situação biográfica do redutor de danos; Ações desenvolvidas pelo Redutor de Danos ao cuidar de pessoas usuárias de drogas e categorias concretas do vivido.

5.1 Situação Biográfica do Redutor de Danos

Uma pessoa pode encontrar-se em uma situação biográfica a qualquer momento de sua vida diária, não somente em um espaço físico que ocupa ou relacionado a seu papel no meio social, mas também direcionado a sua percepção moral e ideológica sobre o mundo da vida. A situação biográfica de um indivíduo corresponde às experiências vividas por ele no decorrer de sua vida e elas são próprias de cada pessoa. Assim, dificilmente a mesma situação poderá ser interpretada de modo semelhante por indivíduos diferentes (WAGNER, 2012).

O Redutor de Danos possui um estoque de conhecimento e, isso, é singular de cada um deles, o que orienta suas interpretações por meio de experiências passadas e presentes. Também, das situações que poderão surgir que se revela como uma história particular (WAGNER, 2012). Nesse sentido, procurei organizar as informações referentes à situação biográfica dos Redutores de Danos a partir de suas falas, bem como das minhas observações captadas e registradas com base em nossos encontros. Consegui, assim, situá-los no mundo da vida cotidiana e em suas relações sociais, bem como trazer sua subjetividade e história singular.

A maioria dos Redutores de Danos é composto por mulheres, totalizando 13, e quatro Redutor de Danos são homens, com idades, entre 22 e 53 anos. Os Redutores de Danos procuravam respeitar o espaço do outro. No horário de intervalo havia silêncio absoluto para os que vinham de fora ou para aqueles que não iam para suas casas ao meio dia, a fim de poderem descansar nas “cadeiras cama” improvisadas da sala da equipe. A hora do lanche era sempre um momento de compartilhar. Cada um colaborava com o pouco que trazia e se fazia ali um “banquete”. Aprendi com eles que o café passado se chamava “tintura” e que precisava ser sempre misturado com água quente.

São pessoas solidárias, entendem o outro e suas necessidades. O tempo que estive com eles estava passando por um momento difícil em minha vida pessoal, e estar ali, exigia ao

máximo de mim todo o dia para não desistir. Mas eles perceberam isso, como excelentes Redutores de Danos, olharam-me como uma pessoa que precisava de ajuda. E assim foi, emprestaram-me cobertas e suas jaquetas de trabalho, a quais levava para casa, devido ao frio e vento intenso do lugar. Também me ensinaram o caminho das ruas, deram-me carona e também dicas de como me proteger da violência. Indicaram o restaurante popular com alimentação com um valor muito acessível, onde íamos juntos almoçar. Mas principalmente conversávamos muito, escutaram-me assim como os escutei. Convivi nesse período com as pessoas mais humanas e livres de preconceito que pude conhecer.

A maioria deles possuía uma religiosidade ou espiritualidade, sendo que a maioria era espírita. Conhecer crenças, magias, símbolos, rituais, ideologias e misticismo faz parte do trabalho de um Redutor de Danos, eles diziam que era um meio de entender seus acessados na sua subjetividade e em suas relações sociais. O grupo possuía praticamente o mesmo discurso, trabalhavam na mesma perspectiva de trabalho. Todos já fizeram algum curso, capacitação ou participaram de algum evento. Procuravam estudar e dividir isso com a comunidade e colegas, mas, principalmente, o que sentiam e sabiam a respeito de cuidar de pessoas, vinha da empatia, vivência pessoal e do estar diariamente no espaço da rua.

Algo comum no grupo era que a maioria deles era formado ou está cursando Serviço Social, a minoria era das áreas da educação e saúde. Alguns vieram de outras cidades há alguns anos atrás e perceberam o município como um bom lugar para viver e ali fizeram morada. Mas, a maioria era natural do município de Pelotas, possuíam vínculos familiares, velhos amigos e boas histórias para contar. Mas cada um deles tinha algo singular, a sua própria essência, a sua história de vida.

Sendo assim, buscou-se na fala do Redutor de Danos às informações que mais o mostraram em suas situações biográficas a partir de suas vidas cotidianas e das relações sociais estabelecidas com o outro. Em virtude de algumas informações poderem quebrar o sigilo do anonimato, optou-se por suprimi-las.

RD 1 - Sensível e de choro fácil, já teve suas dores, gosta de ler, receber mensagens e estar em contato com a natureza, por isso identificou-se tanto com o trabalho de redução de danos no espaço da rua. Dedicada e comprometida, procurava ter uma boa relação com os colegas, por meio do respeito diante das abordagens. Há pouco tempo como RD, percebia suas ações bem mais que um trabalho, mas como um resgate social. Preocupava-se com a felicidade das pessoas que procurava ajudar e respeitava o espaço que escolheram e desejavam estar.

RD 2 - Tímida e quieta, por vezes se sentia “pequena” diante da imensidão das demandas que chegavam para si, por vezes acreditava que suas ações não iriam mudar o mundo, mas se gratificava pelo retorno positivo das famílias que conseguia criar vínculo. Sensibilizava-se com as histórias de vida das pessoas e procurava manter suas ações através da escuta, do apoio e da orientação. Levava consigo que, de alguma forma, estava ajudando aquelas pessoas. Há pouco tempo no RD, procurava trabalhar com o que há de bom nas pessoas, via na música uma possibilidade de cuidado.

RD 3 - Gostava muito de estudar. Implicada em suas ações, procurava fazer cursos relacionados à saúde mental, conseguia expor facilmente sobre o que aprendia e o que acreditava. Objetiva em suas ações, mas compreensiva na relação com o outro. Com história de abuso de álcool na família, enfatizava a importância de respeitar o tempo das pessoas relacionado à vontade de querer ou não uma mudança para sua vida. Caracterizava seu trabalho como de uma formiga, que requer paciência, mas jamais desiste do usuário. Acreditava que a base familiar é fundamental na vida de qualquer pessoa.

RD 4 - Ao recomeçar sua trajetória no mundo da vida, descobriu em uma nova cidade a paixão pelo trabalho na Redução de Danos, assim procurou reinventar seu modo de vida. Guerreira, determinada e apaixonada pelo seu trabalho, procurava realizar suas ações pensando no contexto social em que a pessoa vivia. Acreditava que criar vínculo era a melhor forma de acessar a pessoa que se desejava ajudar. Sentia-se feliz quando seu trabalho tinha um retorno positivo. Pensava que a persistência dos RD e da família era muito relevante no apoio às pessoas que faziam uso de álcool e outras drogas.

RD 5 – Expansivo, motivador de sonhos e disposto a criar junto às pessoas uma nova história para sua vida, independentemente de suas ideologias. Destacou-se por conseguir interagir com os adolescentes de maneira positiva. Percebia suas ações bem mais do que um trabalho, mas um modo de vida, pois ao mesmo tempo em que ajudava outras pessoas, estava ajudando a si mesmo. Sua história de vida tornava-se, por vezes, motivo de muitos quererem vencer.

RD 6 - Prestativa e solidária com todos, acreditava que sua espiritualidade ajudava em suas ações como RD, pois ao ajudar o próximo estava fazendo o bem a si e aos outros. Diz que edifica, no sentido de crescer, evoluir e contribuir. Por vezes, se sente sobrecarregada e frustrada com o desempenho de suas ações. Hoje aprendeu a trabalhar com recaídas e a entender que uma “mínima ação” pode ajudar uma pessoa, o que lhe alegrava e dava forças para continuar seu trabalho.

RD 7 - Dinâmico, articulador e objetivo, acreditava que as pessoas precisavam conquistar por si o que desejavam, foi assim que conseguiu alcançar seus objetivos e escrever uma nova história. Com sua bolsa amarela, caminhava pelas ruas cheias de lama e acreditava que RD era proporcionar caminhos para a inclusão social, por meio do trabalho, do acesso aos serviços de saúde, mas principalmente na valorização e resgate de vínculos familiares. Pensava que as pessoas precisavam acreditar em algo para realizar suas conquistas. Há muito tempo trabalhando como RD, possuía vínculo forte com comerciantes e pessoas que fazem abuso de álcool e outras drogas. Procurava realizar suas ações por meio da reflexão das pessoas que abusavam de álcool e outras drogas.

RD 8 - Atenciosa e implicada, descobriu sua afinidade com a saúde mental através da arte, a qual a identificava em suas ações e nos espaços que ocupa. Fez uma opção em sua vida e a levava com convicção, sem arrependimentos. Conselheira, pensava que, na vida, tudo era uma troca, pois quando não estava bem, as pessoas que ajudava diariamente a ajudavam com uma simples troca de afeto. Sentia-se alegre quando era reconhecida na rua e usava da empatia para entender as escolhas das pessoas.

RD 9 - Comprometida e responsável, gostava de planejar antecipadamente suas atividades. Gostava de trabalhar com vulnerabilidades e questões sociais, o que a aproximava ainda mais de seu trabalho e sua profissão. Conseguia perceber um conceito ampliado de saúde e preocupava-se em ajudar os usuários de álcool e outras drogas e suas famílias a conhecerem seus direitos como cidadãos. Pensava que, ao cuidar do outro, estava se protegendo também. Caracterizava-se como exigente com os usuários de álcool e outras drogas, pois criava expectativas cada vez maiores com eles, mas entendia que cada um possuía seu tempo.

RD 10 - Alegre, comunicativa, acolhedora, compreensiva e jeitosa com as palavras, tinha traços fortes de liderança. Há muitos anos como redutora de danos, trabalhava na perspectiva de empoderamento das pessoas que acessava. Respeitava o usuário de álcool e outras drogas, procurava manter vínculos de afeto e vê-los como uma pessoa, em sua integralidade, que naquele momento precisava de ajuda. Percebia o processo de trabalho e as escolhas das pessoas como um aprendizado para a vida pessoal e tentava absorver o que era de melhor nas suas experiências. Gostava de trabalhar em redes de atenção à saúde e acreditava que o RD necessita estar inserido nesses espaços.

RD 11- Vinda de uma base familiar bem estruturada, com acesso à educação e à saúde, precisou se adaptar a uma rotina de trabalho diferente de tudo o que havia vivenciado até o momento. Emotiva, possuía dificuldades em trabalhar com perdas. Objetiva, explicativa

e com muita história para contar. Procurava trabalhar ao máximo com demais serviços de saúde, tanto formal como informal, em prol de atingir seu objetivo, que era proporcionar melhor qualidade de vida às pessoas. Gostava de dar opções para a pessoa e trabalhar com acordos. Aprendeu a não trabalhar com suas próprias expectativas, mas sim com as de seus acessados.

RD 12 - Há muito anos como RD, trabalhava com um olhar direcionado a pessoa de uma forma singular. Preocupava-se com as pessoas e as situações de vulnerabilidades que, por vezes, se encontravam. Livre de preconceitos, via o espaço da rua como aprendizado, construía suas ações pela empatia e história de vida. Entendia que muito de seus acessados “não querem ou não conseguem”, então respeitava o tempo de cada um. Chamada carinhosamente de “madrinha” pelas pessoas que acessava, era uma pessoa amável e dócil, apesar de uma vida sofrida. Conhecia seus acessados pelo nome e os cuidava com foco em sua subjetividade. Acreditava que tudo o que as pessoas precisavam era um “lado de confiança”.

RD 13 - Na luta por seus ideais, deixou claro de que lado estava. Possuía um vasto conhecimento sobre RD. Acompanhou o início da construção da Política de Redução de Danos no município. Acreditava em Deus e em qualquer forma de fé. Trazia muitas perdas de pessoas acessadas no decorrer de anos de trabalho como RD, mas também algumas conquistas, as quais o alegravam muito. Trabalhava na perspectiva de “promoção à igualdade”, independente da escolha das pessoas. Suas ações definiram-se na palavra autonomia. Procurava dar autonomia para as pessoas, mas agia no momento em que percebia que aquela situação gerava sofrimento. Mostrava-se inteiramente disposto a ajudar e acreditava que as pessoas precisavam refletir sobre seus atos e encontrar respostas dentro de si para o momento que viviam.

RD 14 - Pouco comunicativa, a mais nova da equipe como Redutora de Danos, entretanto possuía uma vasta experiência na área da saúde. Acreditava que as pessoas necessitavam de atenção e muitas vezes apenas de uma escuta. Gostava de estar em contato direto com os usuários de álcool e outras drogas, pois assim facilitava interação e vínculo. Não gostava de trabalhar no espaço da rua pela rotatividade de pessoas. Pensava que a família deveria ser o apoio para essas pessoas, então tentava ajudar da melhor forma pela conversa.

RD 15 – Jovem observador que carregava uma mochila vazia nas costas, por vezes era indeciso sobre os rumos de vida, questionador de suas próprias ações, gostava de ler e preferia ficar em casa. Vindo de uma base familiar estruturada, no início não compreendia o porquê de as pessoas fazer tanto mal para si e para sua família. Mediador de conflitos familiares e

tentava sempre para que a família não desistisse do usuário de álcool e outras drogas. Aprendeu com a difícil realidade dos outros a questionar menos sua vida e a refletir que, enquanto ajudava alguém, estava crescendo junto. Ao longo de seu trabalho, percebeu que a prevenção, a escuta e a busca por atividades prazerosas que não o abuso de drogas, era fundamental. Como RD tentava dar “um norte” para as pessoas e trabalhava no tempo delas.

RD 16 - Articuladora e implicada com suas ações, procurava conciliar estudo e trabalho. Há quase cinco anos como RD, gostava de trabalhar em conjunto com as UBSs, Agente Comunitário de Saúde (ACS), Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidade de Acolhimento Adulto (UAA). Trabalhava com um olhar para além do uso de drogas, assim procurava compreender aspectos que faziam parte da saúde das pessoas como lazer, família e inclusão social. Dinâmica, procurava a melhor forma de ajudar, achava gratificante quando, ao oferecer “uma luz” para a pessoa, ela conseguia atingir seus objetivos. Entretanto, não compreendia, sentia-se cansada e, por vezes, pouco compreendida, em relação a certas famílias que se encontravam em situações de extrema vulnerabilidade e não conseguiam “se orientar” para mudar de vida.

RD 17 - Integrante de uma família pequena, se mostra delicada e interessada no outro, estava há pouco tempo como RD, referência para o trabalho com adolescentes, sentia-se grata em poder ajudar. Estar como RD hoje fez com que ela enxergasse os invisíveis espalhados nas ruas com seus colchões e seus companheiros caninos. Hoje se preocupa com eles, por ficar expostos ao frio, à qualidade da alimentação e com o abuso de álcool e outras drogas. Mesmo não estando em horário de trabalho, se abaixava para se aproximar deles, apenas para saber se estava tudo bem. Sentia que, muitas vezes, eles precisavam apenas de “um abraço, literalmente”.

5.2 Ações desenvolvidas pelo Redutor de Danos ao cuidar dos usuários de drogas

As experiências subjetivamente significativas que fazem parte de nossa vida espontânea devem ser chamadas de conduta, sejam aquelas que passam internamente ou que acontecem no mundo exterior. Uma conduta que é prevista, baseada em um projeto preconcebido, deve ser chamada de ação (WAGNER, 2012).

A ação é baseada em um planejamento consciente e é chamada de racional. Entretanto, Schütz preferiu chamar essas ações cotidianas de razoáveis, pois nenhum indivíduo possui pleno conhecimento de todos os fatores que irão implicar nas situações as quais deseja para a realização de seus planos (WAGNER, 2012).

Por meio da entrevista fenomenológica e das observações com idas a campo com os Redutores de Danos, percebe-se que existem ações subjetivas para o cuidado com o usuário de álcool e outras drogas, tanto no espaço da rua, com pessoas que ali estão, como por meio de Visitas Domiciliares (VD). Sendo elas: respeitar as escolhas, o tempo e desejo das pessoas, entender os motivos do abuso de drogas, se relacionarem de forma empática, não desistir de seus acessados e considerar que podem escrever uma nova história. Mas também, perceber a pessoa para além de um usuário de álcool e outras drogas, mas em seu contexto social, com suas reais demandas e necessidades. Olhar cuidadoso, sem preconceito e julgamento, apenas sobre as questões de saúde e qualidade de vida, a fim de não julgar e expor o usuário. E estar disponível para uma relação de trocas e aprendizagens com o usuário de álcool e outras drogas.

Antes de ir a campo, os Redutores de Danos planejavam o local que iriam e quem deveriam acessar naquele dia, pelo fato de combinações anteriores com a pessoa. Entretanto, algumas vezes, o Redutor de Danos se deparava com situações inesperadas, como pessoas que ainda não conheciam e locais que não tinham ido anteriormente. Assim, as ações eram realizadas, por meio da criação de vínculo com o usuário, família e comunidade. Mas também pela escuta, apoio, confiança, incentivo à arte, espiritualidade, trabalho, resgate de vínculos sociais e familiares. Ainda, por meio da inclusão e apoio da família no tratamento, construção de autonomia e protagonismo de seus acessados, pelas orientações, informações e garantia de direitos sociais e a saúde.

Com o objetivo também de reduzir danos sociais e à saúde, são realizadas ações como: VD, distribuição de panfletos e cartazes sobre saúde, seringas, preservativos feminino e masculino. Eram realizados grupos nos serviços de saúde, ações para atentar quanto ao uso de cachimbos de metal, no compartilhamento de material e droga, cuidar a qualidade da mesma e fragmentar o uso, procurar fazer uso com alguém que possa auxiliar em caso de uma necessidade, alimentar-se, se hidratar, proteger-se do frio, evitar dirigir depois de beber. Traziam a importância de estarem em ambientes que não sejam insalubres. Evitar confronto com policiais e parceiros de uso. Ainda, cuidar da parte clínica de sua saúde, incentivar ao pré-natal e ao tratamento para IST, realizar documentos e cartão SUS. Algumas ações eram referentes à busca de escola para si e para os filhos, denúncia de violência doméstica, acesso ao benefício bolsa família e auxílio doença.

Muitas ações observadas e trazidas pelos Redutores de Danos se davam por meio de encaminhamentos e/ou acompanhamentos e orientação em serviços de saúde que podiam fazer parte da Rede de Atenção a Saúde do SUS, ou não. Ou ainda por uma rede de cuidado

informal. As redes de apoio consistiam em: CAPS ad, Unidade Básica de Saúde (UBS), Estratégia Saúde da Família (ESF), Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Conselho Tutelar, hospitais, ambulatórios, Comunidade Terapêutica, Unidades de Acolhimento Adulto e Infantil, Restaurante Popular, Centro de acolhimento para realizar higiene pessoal e alimentação, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Casa de Passagem, Centro de testagem e Aconselhamento (CTA), Centro de Atendimento Socioeducativo (CASE), Centro de geração de emprego e renda, Farmácia municipal, Previdência Social, Universidades, Escolas de Ensino Fundamental e Médio, Casas de Massagem⁶, cemitérios, Bares, Igrejas, Pensões, Abrigos e Organizações Não Governamentais (ONGs).

5.3 Categorias concretas do vivido

As categorias concretas, como denominadas pela Fenomenologia Social de Alfred Schütz, reúnem, por meio de uma síntese, os diferentes significados da ação que emergem das experiências dos sujeitos (WAGNER, 2012). Para isso, as categorias concretas do vivido foram construídas a partir das falas dos Redutores de Danos, trazidas por meio de suas ações experienciadas no espaço da rua ou nas VD.

Após identificar as categorias, buscou-se apreender sobre os motivos para atribuídos pelos Redutores de Danos em suas ações, desvelando o fenômeno à luz da Fenomenologia Social de Alfred Schütz. Assim sendo, emergiram a construção de categorias concretas do vivido dos motivos para: **Espera de uma mudança na vida de seus semelhantes por meio das ações que realiza; Expectativa de contribuir para uma sociedade melhor; A satisfação pessoal como um motivo de suas ações; Aprendizado como expectativa pessoal na relação com o outro.**

5.3.1 Categorias concretas do vivido dos motivos para

5.3.1.1 Espera de uma mudança na vida de seus semelhantes por meio das ações que realiza

Espero ter um retorno da pessoa, conseguir ver a pessoa bem, a família tranquila, aquela família que estava atordoada não sabia mais o que fazer da vida, que nada mais tinha sentido. Espero que ela consiga mudar de vida. (RD3)

⁶Culturalmente chamadas pelos Redutores de Danos e demais população local, Casas de Massagens são ambientes de trabalho de profissionais do sexo.

A gente sempre espera que dê tudo certo. Tem usuários que tu consegues ver de primeira um retorno, tem outros que caem. Daí recai, é aquele sobe e desce, mas a gente sabe que vai chegar uma hora. Espero que em relação ao 'X', que dê tudo certo que ele não recaia mais, ele perdeu o pai dele a pouco tempo. Isso também foi um dos motivos que ele se atirou. (RD4)

No início eu achava não que eu fosse salvar o mundo, mas achava demorado, para mim parecia muito fácil. Hoje, eu espero que, dentro das possibilidades que a pessoa procura, se atinja os objetivos. Se estiver mal de saúde, que possa fazer um tratamento, segurar ou melhorar. Acessar alguns direitos que a pessoa tenha se tiver em uma situação de rua, estar em uma casinha, mesmo pequenininha, mas ter um abrigo se for da necessidade da pessoa. Espero que dentro do serviço, se consiga atingir os objetivos da pessoa dentro do que eu puder ajudar. (RD11)

Um desejo eu tenho: eu espero que eles mudem a vida deles, não precisa que seja muito, que eles saem daquela vida sofrida, àquela vida de humilhação, de desprezo. As pessoas desprezam, desviam, acham que os guris são uns lixos. Eu queria que eles melhorassem, não digo 100 % mas uns 80, que conseguissem sair da rua, da droga ou desse um tempo. (RD12) Espero que me escutem que realmente se encontrem, e que, na próxima semana, diga: eu fiz aquilo que vocês me recomendaram, eu gostei, quero continuar, estou conseguindo parar ou me controlar, voltei às minhas atividades. Espero isso. (RD15)

Eu espero que eles fiquem bem, que absorvam o tratamento, que façam direitinho, que fiquem mais orientados em relação a tudo, principalmente a família. Se conseguir ter um clima melhor dentro de casa já flui para tudo. Um emprego, que comece a melhor organizar melhor sua vida pessoal, se as coisas vão se ajustando para eles, para nós já está ótimo. (RD16)

5.3.1.2 Expectativa de contribuir para uma sociedade melhor

Eu espero fazer um pouco de diferença na sociedade, não ver tantas pessoas na rua, porque eu fico muito triste quando eu vejo uma pessoa abandonada. Eu me sinto uma peça importante, eu faço parte do Redução de Danos, eu visto a camiseta e estou aqui para fazer a diferença. (RD1)

Eu acho que eu estou fazendo um bom trabalho. Espero contribuir, poder ajudar aquelas pessoas que ninguém chega perto, são excluídas da sociedade que o mundo quer longe. Eu acho que estou fazendo uma grande coisa, sinto que estou ajudando de alguma forma. (RD2)

Eu levo isso comigo como uma missão, é um modo de vida. Espero que isso faça sentido para ele, que veja como uma missão e transmita isso caso o faça bem. Talvez ele não pare de usar porque eu falei, pelo motivo que eu falei, mas em algum momento da caminhada dele alguém parou para falar de alguma coisa diferente além de assaltar e usar droga, e esse alguém fui eu. (RD5)

Espero que tudo venha para acrescentar porque é uma sociedade que está evoluindo muito para o uso de drogas. É um trabalho que vai ter que crescer, é uma doença social, pela situação que envolve nosso país, acho que essa sociedade não consegue lidar com essa

situação de frustração, de não conseguir aquilo que almeja, usam droga como foco. Eu estou tentando fazer meu melhor. (RD6)

Eu orientando uma ação de prevenção e cuidado do outro, vou estar me cuidando também. Falando para o outro que ele tem que usar preservativo, eu também vou estar me preservando. É uma corrente, é muito simples, é uma via de mão dupla. Amanhã eu não sei com quem eu vou estar me relacionando é uma questão de responsabilidade é trabalhar para um bem maior mesmo. (RD9)

Me sinto um promotor de igualdades. Eu espero um mundo mais igual, sem preconceito, que as pessoas não sejam tratadas como loucas ou inválidas pelo uso de drogas. Que não sejam vistas como doentes independente de usarem álcool ou outras drogas, morarem na rua ou se prostituírem. (RD13)

5.3.1.3 A satisfação pessoal como um motivo de suas ações

Hoje eu trabalho com adolescentes que cumprem medida na CASE (Centro de Atendimento Socioeducativo), onde cumprem medida em semiliberdade. Eu vou lá e falo sobre drogas, sobre Redução de Danos através de rodas de conversa. Fizemos um grupo de Redução de Danos para o pessoal da casa (CASE) aqui no CAPS ad. A coordenadora me relatou que eles estão perguntando por mim, isso me faz bem. (RD5)

Eu tenho pessoas na rua hoje que não voltaram para a vida do crime, sendo criminosos pesados. Só de fazer, de acompanhar o grupo tu te alegras, imagina que são menos sete que vão roubar. Eu fazia essas ações como Redutor de Danos, oferecia curso para eles. Eles diziam: isso eu aprendi com o senhor. Cara, aquilo me deu uma alegria tremenda, o trabalho que eu fiz não foi em vão. (RD7)

Eu acho prazeroso! Eu gosto, coisa boa quando a gente vê que eles conseguem se equilibrar de novo quando conseguem retornar a vida, eu acho bem gratificante, eu me sinto bem, eu gosto de fazer isso, eu gosto de ajudar os outros. Isso é uma coisa boa, essa troca, hoje tu está bem aí a gente te ajuda, um dia eu não estou muito bem, passo lá, eles dizem: oi! Abanam. Que coisa boa essa troca eu te ajudo, tu me ajudas, é gratificante essas trocas de se doar, de empatia mesmo. (RD8)

Só de saber que tu conseguiu passar aquela informação da maneira correta, que aquela pessoa assimilou e conseguiu construir junto e que conseguiu naquele momento dar um passo a frente, isso dá satisfação, de tu saber que fez teu trabalho bem feito. Eu fico sempre com a certeza, fui lá e dei meu recado, só no fato de eles te conhecerem é um sinal de que alguma mensagem ficou. (RD10)

Foi uma coisa tão boa para mim saber que estava bem, foi gratificante. É uma coisa que me mantém no meu trabalho, que me faz gostar muito é que quando eu estou em algum lugar às pessoas vêm e dizem, olha como eu estou bem, estou gordo. (RD13)

É ficar satisfeita com o resultado de contribuir para que a pessoa atinja uma melhor qualidade de vida, naquilo que ela estava querendo. Naquilo que a pessoa me solicitar vou fazer o possível para atender. Vou ficar bem mais alegre se ela teve uma baita mudança e ela conseguiu se organizar está feliz, óbvio vou ficar feliz e muito contente. (RD14)

5.3.1.4 Aprendizado como expectativa pessoal na relação com o outro

Eu vejo Redução de Danos como um aprendizado, porque não é o fato de eu só levar a informação para a pessoa. É uma troca de informações porque eu estou sempre aprendendo. (RD1)

Aprendizado, tudo é construção tudo é aprendizado. Para a vida isso, para tua vida pessoal. Eu acho que cada um tem o seu problema e o seu problema é maior. Eu acho que é isso, reflexão de tu pensar todos os dias, de valorizar as coisas que agente tem. A gente reclama muito, tem que lembrar que tem gente que está em uma situação pior que a minha. (RD10)

Enquanto você está ajudando você está crescendo. Às vezes, você está passando por um momento ruim, aí tu vais fazer uma Visita Domiciliar e a pessoa não possui quase nada e ela está com um sorriso no rosto, conversando contigo. Depois que você sai dessa visita você fica pensando: ela está em uma situação pior que a minha, o filho em uso de droga, e ela está tentando fazer uma coisa pra melhorar. Bem pessoal, o Redutor cresce com o serviço, com cada situação que tu pega na rua, ou entrar em uma cracolândia e ver a situação que as pessoas estão vivendo ou que um morador de rua está vivendo, a sujeira, desordem mental. Te faz crescer como ser humano, é um aprendizado enorme. (RD15)

Eu penso nos meus problemas e vejo que o outro tem mais problema que eu e o meu se torna insignificante. Sabe que o problema da gente até a gente resolve mais fácil, só vendo a dificuldade do outro, olha o problema desse cara, usando crack, vivendo na rua, sem tomar banho, quando vê, você resolve e o nosso problema desaparece, sem muitos esforços. (RD17)

6 INTERPRETAÇÃO COMPREENSIVA DOS MOTIVOS PARA

Na categoria “**Espera de uma mudança na vida de seus semelhantes por meio das ações que realiza**”, evidencia-se o desejo de uma vida melhor por parte do Redutor de Danos aos seus semelhantes. Esse desejo é construído por suas próprias experiências no mundo da vida, o qual pode ser compreendido como a esfera total de vivências, experiências e relações interpessoais. Este vivido pode desencadear experiências tanto positivas, como negativas. Os Redutores de Danos entendem que uma relação familiar equilibrada é fundamental. Sabe-se que o abuso de álcool e outras drogas, por vezes, fragiliza as relações familiares, o qual gera desconforto, conflitos e promove sobrecarga familiar, pelo desgaste das mesmas, em decorrência de um uso problemático de drogas na família (VASCONCELOS *et al.* 2016).

A interação social envolve a ação social de, pelo menos, duas pessoas que se orientam em relação a outra. Viver no mundo da vida implica vivenciar situações de interação com pessoas e em diferentes redes de relação social, compartilhado com seus semelhantes (WAGNER, 2012). No mundo intersubjetivo, o homem em sua atitude natural, que vive sua vida cotidiana, percebe que as coisas podem ser conhecidas não somente por ele, mas também pelos seus semelhantes. O homem percebe que os mesmos objetos de seus conhecimentos podem aparecer de forma diferente para o outro. Por sua vez, seu semelhante tem também uma situação e uma perspectiva que lhe são próprias. Ele possui suas próprias coordenadas sobre o mundo, mas que o centro não está aqui onde eu estou situado, mas lá onde ele está (WAGNER, 2012).

Nesse sentido, o Redutor de Danos espera que algo bom aconteça seu semelhante. No entanto, é necessário compreender o contexto que ele vive e saber se o mesmo possui as mesmas perspectivas que ele sobre o mundo e sobre sua vida social. Por vezes, a recaída ou a falha na continuidade do tratamento está relacionada a um fato vivenciado por ele lá no meio onde está. Nesse sentido, o Redutor De Danos compreende seu semelhante quando traz os motivos da perda do pai como uma razão de sua ação para voltar a usar drogas, fato esse particular de sua vida.

Pelo fato de o Redutor de Danos estar “aqui” e “ele”, seu semelhante, estar lá, essa distância faz com que o Redutor de Danos se distancie do objeto e experencie outros aspectos fora do seu alcance, de sua visão, de sua esfera de manipulação ou pela sua situação biográfica. Assim, através de seu ponto de vista, o Redutor assume como evidente e que suas características são típicas a de seu semelhante, até que se apresente uma evidência ao

contrário. Quando o Redutor de Danos e seu semelhante interpretam o uso de drogas pelos mesmos objetos do pensamento constitui-se a reciprocidade das perspectivas, que são conhecíveis por mim e conhecíveis por você e por todos (WAGNER, 2012).

Por toda a parte encontra-se um modo de vida que é aceito e que regulamenta as relações com os homens e com as coisas. Os costumes internos de um grupo constituem uma herança social, os quais são aceitos como formas boas e corretas, naturalizados ao longo do tempo, sendo aprovados sem a necessidade de explicação ou justificativas. Os costumes são transmitidos às pessoas que nascem ou são criados dentro do grupo, os quais são lhe dados prontos por seus ancestrais (WAGNER, 2012).

Os membros de um grupo externo não compartilham as mesmas verdades partilhadas no grupo interno. Os Redutores de Danos, por sua vez, de acordo com seus costumes, transmitidos em seu grupo social, compreendem que possuir uma casa, um emprego e não usar drogas é algo dado como bom e correto, sendo assim é o que desejam para seu semelhante, pois foi um costume herdado socialmente com seus antecessores. Contudo, os Redutores de Danos concebem que isso acontecerá dentro das possibilidades e objetivos que cada um deseja para si.

A relação entre os grupos pode levar a várias atitudes. O grupo interno, ou seja, Redutores de Danos podem aderir ainda mais o seu próprio modo de vida e tentar mudar a atitude do grupo externo, ou seja, seu semelhante, mediante a um processo educacional. Mas, também, os Redutores de Danos podem ajustar sua forma de pensar a àquele grupo externo, aceitando seus costumes (WAGNER, 2012).

O Redutor de Danos pode ser visto como um estrangeiro, pois “torna-se essencialmente o homem que questiona quase tudo o que parece ser inquestionável aos membros do grupo do qual se aproxima” (WAGNER, 2012, p.100). O Redutor de Danos ao se aproximar e ao se relacionar com seu semelhante questiona a necessidade de possuírem uma casa, um emprego e da possibilidade de saírem de uma situação de humilhação. Nesse sentido, ele reconhece que é um estrangeiro e questiona por não possuir a mesma vivência que seu semelhante.

O estrangeiro pode estar disposto a tomar parte do presente e do futuro desse novo grupo e se aproxima no intuito de contribuir não somente em ações que possam ajudar hoje, mas também em ações pensadas para o futuro quando desejam que saiam da rua, consigam se organizar e conquistem algo bom para si, dentro seus objetivos.

O Redutor de Danos, em seu novo meio, traz que, no início de sua relação com seu semelhante, pensava que fosse “salvar o mundo” e que tudo lhe parecia muito fácil, pelo seu

ponto de vista. A partir do momento que ele se insere no contexto em que seu semelhante está no mundo da vida por meio de sua experiência vivida, o Redutor de Danos interpreta que, o que pensava em ser uma necessidade para si, como possuir uma casa, torna-se em uma possibilidade para o outro, quando afirma que hoje espera que seu semelhante tenha um abrigo caso isso seja a sua necessidade.

Na categoria **“Expectativa de contribuir para uma sociedade melhor”**, o Redutor de Danos se coloca como um agente de mudanças para seus semelhantes, com o objetivo de promover uma sociedade melhor. Não é difícil constatar que pessoas em situação de rua passaram a serem vistas, pela maioria das pessoas, como desviantes da sociedade, os quais deixam de ser “sujeitos desejantes para serem objetos irresponsáveis, quanto aos seus próprios atos” (MERHY, 2012, p. 9). No imaginário social, por vezes, as pessoas em situação de rua são chamadas de maloqueiros, mendigos, pedintes e sem rumo. O que é típico a esse grupo é a ideia de pessoas que vivem nas ruas sem ganho definido, o que os traduz como “descartáveis urbanos”, indivíduos/grupos “vitimados pelos problemas estruturais”, e vulneráveis “pela contínua permanência em condições insalubres, sujeitas à violência ou ainda sob a ação contínua de álcool e outras drogas”, tidos, nas sociedades urbanizadas, como “uma presença inoportuna e ameaçadora” (VARANDA; ADORNO, 2004, p. 58).

O homem que age no mundo social entre e sobre seus semelhantes descobre que este mundo pré-constituído impõe algumas alternativas dentre as quais ele deve escolher entre dois ou mais objetos, assim ele deve definir sua situação. Ao fazer isso ele transforma seu ambiente social de possibilidades (WAGNER, 2012). A situação biográfica dos Redutores de Danos traz suas experiências de vida e seus comportamentos, através do interesse pelo seu semelhante, na igualdade e respeito, no intuito de colaborar para que cada um possa construir seu próprio mundo da vida.

Essa atitude do Redutor de Danos se opõe às interpretações de um grupo, caracterizado por uma sociedade que tende a excluir as pessoas que se encontram em uso/abuso de drogas e vivem no espaço da rua, a qual é constituída pela concepção relativa natural do mundo. A atitude natural que o homem utiliza para operar o mundo da vida é uma postura assumida diante de fatos objetivos, impostas pelos objetos que os circundam, como sua própria vontade, intenções de outras pessoas, costumes, proibições legais e outros (WAGNER, 2012).

Assim, o Redutor de Danos assume uma atitude natural perante seu semelhante, expressa pelo desejo de fazer diferente e colocar em pauta questões consideradas importantes para eles, como igualdade, inclusão social, o ato de fazer o bem, a fim de contribuir para uma

sociedade melhor, onde que as pessoas as quais se relaciona buscam no uso/abuso de drogas um meio para aliviar suas dores.

Perante isso, o Redutor de Danos traz o preconceito que existe hoje na sociedade com pessoas que fazem uso/abuso de drogas e se sente como um promotor de igualdades perante as ações que realiza. Wagner (2012) descreve que o conceito de igualdade não pode ser considerado apenas pela concepção natural do mundo, evidenciado pelos grupos social e particular, pois dentro de um grupo a igualdade pode ser interpretada em diferentes níveis, sendo a auto interpretação, interpretação pelos outros e pensamentos científicos. Igualdade significa algo diferente para membros de um grupo, aspirando obter posições iguais as de outro grupo, para se igualarem, ou de cujos grupos esperam um tratamento igual.

O grupo predominante pode interpretar a igualdade a ser concedida como formal, por meio de leis, mas pode resistir durante as exigências de direitos especiais. Dessa forma que os Redutor de Danos percebem o preconceito da sociedade perante as pessoas por existir um cuidado especial para àquelas que moram na rua ou frequentam as casas de massagem, devido a sua realidade e necessidades.

Na categoria **“A satisfação pessoal como um motivo de suas ações”**, o Redutor de Danos faz suas ações tendo em vista um retorno pessoal positivo, despertando um sentimento bom pelo fato de fazer algo para o outro. Wagner (2012) traz que há dois sentidos enraizados na compreensão. Pode-se apreender o outro por meio de suas palavras ou pelo significado que ele teria se tivesse sido falado por qualquer outra pessoa, sendo assim o significado objetivo. Observada na fala do Redutor de Danos, que diz se sentir bem, por ter ouvido de outra pessoa que os usuários de drogas estariam sentindo sua falta. Assim se alegra, por saber que está contribuindo de alguma forma com seus semelhantes, é através do despertar desse sentimento bom que o Redutor de Danos faz suas ações, ele tem como finalidade uma satisfação própria pelo retorno das pessoas as quais se relaciona no mundo da vida.

O Redutor de Danos compreende no encontro social, o significado subjetivo, através do fluxo de consciência, ou seja, do que passa pela cabeça do outro enquanto fala. O Redutor de Danos precisa interpretar e construir os atos intencionais de seus semelhantes na medida em que eles escolhem suas palavras. Nesse sentido, o Redutor de Danos consegue, por meio da relação do nós, experienciar um momento particular da vida de seus semelhantes, podendo viver em seu contexto significativo subjetivo no âmbito de uma relação do nós real e com conteúdo. A relação-do-Nós é a que mais se aproxima do próprio fluxo de consciência. “Quando vivo na relação-do-Nós eu realmente estou vivendo em nosso fluxo de consciência comum” (WAGNER, 2012, p. 206)

Assim, pelo fato de o Redutor de Danos ter vivenciado junto ao usuário de drogas por um período de tempo, consegue apreender o que passa pela sua consciência, quando o usuário de drogas menciona que hoje está mais gordo ou longe do crime. O Redutor de Danos compreende, através do fluxo de consciência, uma história de vida e superação compartilhada na relação-do-Nós, o qual desperta sentimentos bons ao Redutor de Danos. O mundo do nós não é privado, mas é o nosso mundo, podendo ser chamado de “nosso ambiente”. O mundo da vida é intersubjetivo, nossas ações são sociais, pois elas nos colocam em relação com os outros (WAGNER, 2012).

Quando o Redutor de Danos fala que existe uma ajuda, pelo ato de um fazer bem ao outro, significa que cada um está sintonizado com suas experiências consciente, ou seja, a maneira que lidamos com nossa consciência é modificada a partir da relação com o outro, pois só existe uma relação social se responder a consciência que se tem do outro. O Redutor de Danos orienta suas ações segundo contextos motivacionais, esse orientar-se ocorre dentro de um reino social. “Quando interajo com você nesse reino, eu testemunho como você reage ao meu comportamento” (WAGNER, 2012, p. 212). Desse modo, o Redutor de Danos se alegra ao ver alegria do outro, gratifica-se ao perceber o bem-estar de seus semelhantes e sente-se satisfeito em contribuir e obter um retorno do usuário de drogas.

O Redutor de Danos observa na expressão gestual de “abandar” e receber um “oi”, como uma forma de se ajudar e de despertar sentimento bom. Wagner (2012) traz que a observação direta é a mais rica para se atingir as expressões do mundo social face a face. Os gestos expressivos desempenham um papel revelador nos processos de consciência do observado. O observador captando-as pode interpretá-las em um contexto objetivo de interpretação. A expressão gestual permite apreender, por meio da comunicação, as expressões corporais do outro, não como simples evento do mundo exterior, mas como fatores do próprio processo comunicativo. Assim, o ato de o usuário de drogas abandar para o Redutor de Danos não é visto apenas como um gesto, mas uma forma de interagir na relação-do-Nós.

Evidenciou-se ainda que o Redutor de Danos aprende com seus acessados por meio de sua situação biográfica e bagagem de conhecimento. Assim, o Redutor de Danos leva para si os ensinamentos vivenciados diariamente no espaço da rua ou no domicílio de seus acessados, o que é encontrado na categoria “**Aprendizado como expectativa pessoal na relação com o outro**”. A relação face a face com o outro constitui uma forma de encontro social, pelo qual existe uma aprendizagem em relação ao outro. Entretanto, a soma de conhecimentos que uma pessoa possui sobre si é maior do que a que se possa ter sobre o outro, pois ninguém melhor que eu para conhecer o meu próprio passado. O conhecimento próprio só se dá por intermédio

de uma atitude reflexiva, obtida pelo conhecimento retrospectivo. Portanto, na relação face a face se apreende diretamente com o outro (WAGNER, 2012). Assim, o Redutor de Danos apreende sobre si, através das experiências que vivencia com o outro.

A experiência por meio do semelhante e a reflexão de si não são apreendidas separadamente. A interação social das situações face a face são testemunhadas não só pelos projetos de vida do outro, mas também pelo seu sucesso ou fracasso de acordo como a ação se desenvolve (WAGNER, 2012). Nesse sentido, o Redutor de Danos percebe na dificuldade de vida do outro, no ponto de vista do Redutor de Danos, uma solução para o curso de sua própria vida.

A orientação-pelo-Tu se dá por meio da percepção da existência da outra pessoa em interações face a face e se manifesta quando a pessoa se volta intencionalmente para o outro. Ela pode ser unilateral, quando apenas um dos sujeitos percebe a presença do outro, ou recíproca, se ambos os sujeitos estiverem mutuamente conscientes em relação ao outro. A relação face a face em que as pessoas estão conscientes um em relação ao outro e participam um da vida do outro, ainda que por um curto período de tempo, pode ser chamada de relação-do-Nós (WAGNER, 2012).

Quando o Redutor de Danos e seu semelhante referem-se um ao outro intencionalmente, resulta, então, uma “relação-do-Nós”, pois se relacionam, trocam experiências e aprendem um com o outro. A relação-do-Nós é expressa na percepção mútua do outro e constitui uma participação simpática na vida do outro, mesmo que por um período limitado de tempo (WAGNER, 2012).

Ao se relacionar com o mundo da vida do seu semelhante, o Redutor de Danos compreende que fatos considerados difíceis que fazem parte de sua vida, na realidade tornam-se fatos insignificantes ao se ver na posição do outro. O Redutor de Danos, como observador, busca esclarecer os motivos do sujeito que observa, podendo interpretar as ações de outras pessoas “colocando-se no lugar dela”.

Além de trazer as dificuldades de vida cotidiana dos seus semelhantes como um aprendizado, o Redutor de Danos observa, por meio da existência corporal do outro indivíduo, demonstrada pelo sorriso e pela alegria de seus semelhantes apesar de possuírem, no seu julgamento, um modo de vida sofrido. A relação face a face, o corpo do outro, os eventos que ocorrem em seu corpo, incluindo os movimentos corporais e as atividades realizadas, podem ser apreendidos como signos.

O sorriso demonstrado pelas pessoas que os Redutores de Danos se relacionam pode ser considerado um signo, utilizado na comunicação interpessoal, observado pelo intérprete,

no caso o Redutor de Danos, e apreendido por ele como um objeto, fato ou evento, que compreende isso como alegria. No entanto, não pressupõe necessariamente que o mesmo tenha pretendido tornar sua cogitação manifesta a partir desse signo e mesmo que tenha feito com qualquer intensão comunicativa. A comunicação pressupõe que o esquema interpretativo atribuído ao signo pelo comunicador e pelo intérprete coincidam substancialmente. No entanto, não se pode afirmar que o sorriso expresso pelo seu semelhante possa ser interpretado pelo intérprete como um significado de alegria.

Contudo, a participação do Redutor de Danos na simultaneidade do processo de comunicação do outro estabelece uma nova dimensão pessoal, pelo fato da relação-do-Nós partilhar um presente vivido em comum, enquanto acontece esse processo, podendo afirmar que experenciam juntos essa ocorrência, “assim estabelecida, nós dois - ele, dirigindo-se a mim, e eu, escutando-o”. Dessa forma, vivem um presente mútuo, direcionados ao pensamento ao ser realizado no e pelo processo de comunicação. “Nós envelhecemos juntos” (WAGNER, 2012, p. 225).

Existe, um momento de troca significativa do Redutor de Danos com seu semelhante, por meio da empatia. O Redutor age com a expectativa de levar para si um crescimento pessoal das situações que vivencia diariamente no seu trabalho. É isso que faz com que continue com suas ações para as pessoas que acessa, mas também é isso que o motiva frente às dificuldades em sua vida pessoal.

6.1 Típico da ação do redutor de danos ao cuidar de pessoas usuárias de drogas

A interpretação das falas possibilitou compreender as ações que são desenvolvidas pelo Redutor de Danos, apreender os motivos das ações e o típico vivido da ação dos Redutores de Danos ao cuidar de pessoas usuárias de drogas. O típico vivido pode ser compreendido como um conjunto de características que se impõem a um determinado grupo social, nesse estudo, relacionado aos Redutores de Danos que fazem suas ações baseadas no cuidado ao usuário de drogas, tanto para aqueles que moram nas ruas ou em domicílios. A tipificação emerge na experiência cotidiana do mundo como algo evidente, sem qualquer formulação de juízos ou de proposições claras (WAGNER, 2012).

Os Redutores de Danos trabalhavam e pensava da mesma forma, o que era benéfico para o cuidado que realizavam. Percebi muitas semelhanças em suas falas no decorrer das entrevistas e cheguei a me perguntar, como eles agiam de maneira tão tipificada. O estoque de

conhecimento semelhante dos Redutores de Danos sobre determinadas experiências vivenciadas, agindo de maneira tipificada, ou seja, em situações semelhantes, vem deles próprios e da maneira como se relacionam com seus semelhantes.

Nesta perspectiva, o típico da ação vivida por eles que influenciam na maneira de agir com as pessoas usuárias de drogas, fatos comuns relacionados a: espera de uma mudança para seus semelhantes diante de suas ações; expectativa de contribuir para uma sociedade melhor; a satisfação pessoal como um motivo de suas ações e aprendizado como expectativa pessoal na relação com o outro.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou apreender os motivos para das ações do Redutor de Danos ao cuidar de usuários de drogas, descrever as ações que são realizadas por eles e compreender o típico da ação do Redutor de Danos. Assim, por meio da percepção fenomenológica, por meio da análise compreensiva da Fenomenologia Social de Alfred Schütz, buscou-se desvelar o fenômeno por trás das ações do Redutor de Danos.

Considera-se que o referencial utilizado permitiu apreender as motivações das ações no encontro social do Redutor de Danos com pessoas usuárias de drogas no mundo da vida. Assim, a contribuição do referencial de Alfred Schütz mostrou-se relevante para a condução desse estudo, no sentido que foi possível perceber, pelo estoque de experiências e da história de vida do Redutor de Danos, intenções para as ações que realizam.

Desvelou que as ações de cuidado realizadas pelos Redutores de Danos são em sua maioria orientadas por meio da subjetividade, em que o respeito pelos seus semelhantes torna-se a principal ação. Desse modo, o Redutor de Danos consegue compreender as necessidades, de cada usuário, o desejo e os motivos que levam ao abuso de álcool e outras drogas.

As ações subjetivas do Redutor de Danos consistem em perceber a pessoa para além do uso de álcool e outras drogas, mas como um cidadão, que vive no mundo da vida, dentro de um grupo de relações sociais, e que possui necessidades particulares. Os Redutores de Danos preocupam-se em ter um olhar cuidadoso com as pessoas, sem expor o seu semelhante ou praticar qualquer forma de preconceito e julgamento.

Além disso, o Redutor de Danos procura construir, junto ao seu semelhante, ações relacionadas à Redução de Danos que visam reduzir prejuízos sociais e à saúde relacionados ao abuso de drogas. Essas ações são feitas tanto no espaço da rua como por meio de VD. Para que essas ações possam ser construídas os Redutores de Danos contam com o apoio da Rede de Atenção a Saúde do SUS e, também, com uma rede informal de saúde.

O estudo evidenciou ainda que, diante de suas ações, o Redutor de Danos espera de uma mudança para seus semelhantes. O desejo de mudanças é por meio de suas próprias experiências no mundo da vida, dentro de seu grupo social, no entanto essa atitude é compreendida quando o Redutor de Danos interage com seus semelhantes e começa a fazer parte desse novo grupo o qual percebe que uma necessidade para si pode ser uma possibilidade para o outro.

Ainda, os Redutores de Danos possuem como expectativa contribuir para uma sociedade melhor a partir das ações que realiza. Nesse sentido, o Redutor de Danos assume

uma atitude natural, pelo fato de contribuir em uma ação para o bem, promover a igualdade e a inclusão social.

Além disso, o Redutor de Danos traz a satisfação pessoal ao realizar ações. Esse sentimento desperta, no Redutor de Danos, a relação-do-Nós, pois o mesmo compreende a história de superação da pessoa usuária de drogas, pois vivenciou junto com ela no mundo da vida intersubjetivo e compartilhado, sintonizado com as experiências do seu semelhante. O Redutor de Danos gratifica-se não apenas com as palavras ditas pelos sujeitos usuários de drogas ou por outras pessoas sobre o quanto foi positivo para si suas ações, mas também nos gestos, que vão para além de uma expressão exterior, mas uma forma de comunicação e de interação na relação-do-Nós.

Desvelou-se também nesse estudo que o Redutor de Danos traz a relação social com o indivíduo usuário de drogas como um aprendizado para sua vida pessoal. Nesse sentido, o Redutor de Danos apreende sobre si, por meio das experiências que vivencia com o outro. Através das dificuldades das pessoas que se relaciona, ele percebe resolutividade em sua própria vida, antes consideradas complexas. Isso acontece, pois o Redutor de Danos coloca-se no lugar da pessoa usuária de drogas de maneira empática. De tal modo, por meio da relação social com seu semelhante, o Redutor de Danos contribui para uma sociedade melhor, gratifica-se com as ações que realiza e também aprende com os indivíduos usuários de drogas e leva as experiências de vida de seu semelhante para a vida pessoal.

As características Típicas dos Redutores de Danos podem ser percebidas tanto na observação das ações realizadas como em suas falas. Ao agir de maneira típica em suas ações com pessoas usuárias de drogas, os Redutores de Danos tornam suas ações homogêneas e assim conseguem potencializar sua maneira de agir.

Assim, esse estudo vem contribuir para a construção da Política de Redução de Danos por meio das experiências do Redutor de Danos desse Município, a qual pode ser reconstruída, a fim de ampliar olhares referentes as diferentes ações que podem ser realizadas pelo Redutor de Danos.

Este estudo vem contribuir para dar visibilidade às ações do Redutor de Danos, diante de sua relação com as pessoas usuárias de drogas, sua articulação em rede e demais espaços do território. Também, somar no aprendizado e na vivência de Redutores de Danos de outros municípios, assim como no processo de gestão. Com isto, pensa-se na possibilidade que esta temática juntamente com as ações do Redutor de Danos, seja vista como relevante e importante pelos gestores dos estados e municípios.

Espera-se que essa pesquisa venha contribuir para mais indagações na área da pesquisa científica e sugere-se que cada vez mais seja estudada, compreendida e discutida entre diversos atores. Que as experiências dos Redutores de Danos possam ser compartilhadas no mundo da vida para que possamos cuidar de pessoas usuárias de álcool e outras drogas através da compreensão do outro, igualdade e respeito.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R. B. F. **O caminho das pedras**: conhecendo melhor os usuários de crack do município de Recife-PE. Dissertação (mestrado). Universidade Católica de Pernambuco. Recife (PE), p. 153, 2010.

ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cad. Saúde Pública**. v. 25, n. 11, p: 2309-2319, 2009.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-5. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ANDRADE T. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**. v. 16, n. 12, p: 4665-4674, 2011.

ANDRADE, T. M.; ESPINHEIRA, C. G. D. A presença das bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas na cultura brasileira. In: ANDRADE, T. M. (Coord.) **O uso de substâncias psicoativas no Brasil**: epidemiologia, legislação, políticas públicas e fatores culturais. Brasília: Secretária Nacional Antidrogas, 2012. (Supera; 1).

BABOR, T. F. Alcohol: no ordinary commodity – a summary of these condediton. **Addiction**. v.105, n.3, p: 769–779, 2010.

BOFF, L. **Cuidado necessário**: na vida, na saúde, na educação, na ecologia, na ética e na espiritualidade. 17. ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

_____. **Saber cuidar**: ética do humano – compaixão pela terra. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

BRASIL. Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool & Outras Drogas. **Prevenção de drogas e AIDS**. Rio de Janeiro (RJ): Ministério da Saúde, 2007b.

_____. **Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes**. Brasília. 2011a. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Fev/19/Apresentacao_VIVA_FINAL_19_02_13.pdf>. Acesso em: 31 de ago de 2016.

_____. Portaria Nº 336, de 19 de fevereiro de 2002b. Estabelece os Centros de Atenção Psicossocial, os quais poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Jun 2016. Disponível em:http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html.

_____. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Define as diretrizes e normas reguladoras de pesquisas que envolvem seres humanos, tendo como meta os compromissos éticos com os sujeitos do estudo. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: jun 2016.

_____. Decreto Nº 6.117, de 22 de maio de 2007a. Aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências. Parte 1. Brasília: Presidência da República, 2007. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Ago 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6117.htm. Acesso em: ago 2016.

_____. Decreto Nº 6.489, de 19 de junho de 2008b. Regulamenta a Lei Nº 11.705, de 19 de junho de 2008, no ponto em que restringe a comercialização de bebidas alcólicas em rodovias federais. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Ago 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Decreto/D6489.htm. Acesso em: ago 2016.

_____. Decreto Nº 7.637, de 8 de dezembro de 2011c. Altera o decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o plano integrado de enfrentamento ao crack e outras drogas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Ago 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7637.htm. Acesso em: ago 2016.

_____. Decreto lei Nº 891, de 25 de novembro de 1938. Aprova a Lei de Fiscalização de Entorpecentes. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Jun 2016. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1937-1946/Del0891.htm. Acesso em: Jun 2016.

_____. Decreto-lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Ago 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848.htm. Acesso em: Ago de 2016.

_____. **Estatuto da criança e do adolescente anotado e interpretado** / Murillo José Digiácomo e Ildeara Amorim Digiácomo. Curitiba. Ministério Público do Estado do Paraná. Centro de Apoio Operacional das Promotorias da Criança e do Adolescente, 2013b. 6ª Edição.

_____. **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) –2012**. Ronaldo Laranjeira (Supervisão) [et al.]. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP. 2014b.

_____. Lei Nº 10.409, de 11 de janeiro de 2002a - lei antidrogas. Dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica, assim elencados pelo Ministério da Saúde, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**,

Brasília, DF, Jun 2016. Disponível em: <http://sislex.previdencia.gov.br/paginas/42/2002/10409.htm>. Acesso em: Jun 2016.

_____. Lei Nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 ago. 2006. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Jun 2016. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm>. Acesso em: jun 2016.

_____. Lei Nº 11.705, de 19 de junho de 2008a. Altera a lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997, que institui o código de trânsito brasileiro, e a lei Nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e a propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do art. 220 da constituição federal, para inibir o consumo de bebida alcoólica por condutor de veículo automotor, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Ago 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/111705.htm. Acesso em: ago 2016.

_____. Lei Nº 12.546, de 14 de dezembro de 2011b. Institui o regime especial de reintegração de valores tributos para as empresas exportadoras (reintegra); dispõem sobre a redução do imposto sobre produtos industrializados (ipi) indústria automotiva; altera a incidência das contribuições previdenciárias devidas pelas empresas que menciona; altera as leis nº 11.774, de 17 de setembro de 2008, nº 11.033, de 21 de dezembro de 2004, nº 11.196, de 21 de novembro de 2005, nº 10.865, de 30 de abril de 2004, nº 11.508, de 20 de julho de 2007, nº 7.291, de 19 de dezembro de 1984, nº 11.491, de 20 de junho de 2007, nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, e nº 9.294, de 15 de julho de 1996, e a medida provisória nº 2.199-14, de 24 de agosto de 2001; revoga o art. 1º da lei nº 11.529, de 22 de outubro de 2007, e o art. 6º do decreto-lei nº 1.593, de 21 de dezembro de 1977, nos termos que especifica; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Ago 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112546.htm. Acesso em: ago 2016.

_____. Lei Nº 12.760, de 20 de dezembro de 2012. Altera a lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997, que institui o código de trânsito brasileiro. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Ago 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112760.htm. Acesso em: ago 2016.

_____. Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Jun 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L6368.htm. Acesso em: Jun 2016.

_____. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001a. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Diário Oficial da União, Brasília, DF, Ago 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm. Acesso em: ago de 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/legislacao/const//con1988_05.10.1988/con1988.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental. Consultórios de Rua do SUS. Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS. Brasília: Ministério da Saúde/EPJN-FIOCRUZ. 2011d.

_____. Ministério da Saúde. **Observatório de Tecnologias de Informação e Comunicação em Sistemas e Serviços de Saúde (OTICS)**. Brasília, 2016. Disponível em: <http://www.otics.org/estacoes-de-observacao/versus>. Acesso em 12 de out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Perfil da Associações e Redes Brasileiras de Redução/Redutores de Danos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CNDST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**/Ministério da Saúde. 2.ed. rev. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciências, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciências e Tecnologia. **Agenda Nacional de prioridades de pesquisa em saúde**. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciências, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciências e Tecnologia. -2. Ed. 4 reimpr. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2015, 68p.

_____. **Módulo para capacitação dos profissionais do projeto consultório de rua**. Organizadores: Antonio Nery Filho, Andréa Leite Ribeiro Valério. Brasília: SENAD; Salvador: CETAD, 2010a. 89 p.

_____. **O uso de substâncias psicoativas no Brasil: módulo 1**. – 7. ed. – Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento / coordenação [da] 7. ed. Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni), 2014a 140 p.

_____. Organização Mundial da Saúde (OMS). Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Relatório Sobre a Saúde no Mundo. **Saúde Mental: nova concepção, nova esperança**. Genebra; 2001b.

_____. Organização Mundial da Saúde (OMS). CID-10. **Critérios diagnósticos para pesquisas**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1997

_____. Portaria nº 1.028, de 1º de julho de 2005. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Jun 2016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html. Acesso em: jun 2016.

_____. Portaria Nº 122, de 25 de janeiro de 2011e. Define as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de Consultório na Rua. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Ago 2016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html. Acesso em: ago de 2016.

_____. Portaria nº 2.197, de 14 de outubro de 2004b. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Jun 2016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2197_14_10_2004.html. Acesso em: jun 2016.

_____. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011d. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Ago 2016. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/5202308/4139572/PortariaN3.088RededeAtencaoPsicossocial.pdf>. Acesso em: ago 2016.

_____. **Prevenção ao uso indevido de drogas: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias**. Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. – 5. ed. – Brasília: SENAD 2013a, 450 p.

_____. **VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras** – 2010/E. A. Carlini (supervisão) [et. al.]. São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo 2010. SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, Brasília: SENAD, 2010b. 503 p. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BOEMER, M.R. A condução de estudos segundo a metodologia de investigação fenomenológica. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 2, n. 1, p: 83-94, 1994.

CAPALBO, C. **Metodologia das ciências sociais: a fenomenologia de Alfred Schütz**. Londrina: Ed. UEL, 1998.

CARVALHO, A. S. **Metodologia da entrevista: uma abordagem fenomenológica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Agir, 1991.

CERVBRASIL. **Anuário 2014.** Disponível em: <<http://cervbrasil.org.br/wpcontent/themes/cerv/pdf/anuariofinal2014.pdf>>. Acesso em: 10 de ago de 2016.

CONCEIÇÃO, M. I. G.; OLIVEIRA, M. C. S. L. A relação adolescente-drogas e as perspectivas da nova legislação sobre drogas. **Revista de Informação Legislativa**. v. 45, n. 3, p: 253-262, 2008.

DARTIGUES, A. **O Que é a Fenomenologia?** 2ª ed. São Paulo: Centauro, 2013.

DUNN, J.; LARANJEIRA, R. R. Transitions in the route of cocaine administration-characteristics, direction and associated variables. **Addiction**, v. 94, n. 6, p: 813-824, 1999.

ESCOHOTADO, A. **Historia general de las drogas**. Alianza Editorial, S.A., Madrid, 1998.

FERNANDES, L; RIBEIRO, C. Redução de riscos, estilo de vida *junkiee* controle social. **Revista Sociologia, Problemas e Práticas**. v. 39, n. 1, p: 57-68, 2002.

FEUERWERKER, L. M.; COSTA, H. Intersetorialidade na rede UNIDA. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, v. 22, p: 25-35, 2000.

FONSECA E.; BASTOS, F. I. Políticas de Redução de Danos em Perspectiva: Comparando as Experiências Americana, Britânica e Brasileira. In: ACSELRAD, G. **Avessos do prazer: Drogas, AIDS e Direitos Humanos**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

GARCIA, M. L. T.; LEAL, F. X.; ABREU, C. C. A política antidrogas brasileira: velhos dilemas. **Psicol. Soc.** v. 20, n. 2, p: 267-276, 2008.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da Identidade deteriorada**. 4ª edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1988.

LONDERO, M. F. P.; CECCIM, R. B.; BILIBIO, L. F. S. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. **Interface Comunicação Saúde Educação** (Botucatu), v. 18, n. 49, p: 251-260, 2014.

LUZ, V. L. E. de S.; BARJUD, A. C. P.; MOURA, A. S.; SALES, J. C. e S.; COELHO, D. M. M.; DUARTE, M. R. Ações realizadas pelo enfermeiro em Centros de Atenção Psicossocial. **R. Interd**, v. 7, n. 4, p: 1-12, 2014.

MAASS, V. J.; KIRBERG, B. A. La epidemia de cocaína: morbo em el norte de Chile. **Rev Psiquiatr**, v. 7, 4, p: 639-647, 1990.

MACHADO, A. R.; MIRANDA, P. S. C. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. **História, Ciências, Saúde**, v. 14, n. 3, p: 801-821, 2007.

MACRAE, E. Antropologia: Aspectos Sociais, Culturais e Ritualístico. In: **Dependência de drogas**. Seibel, S. D. e Toscano Jr., A., São Paulo, Editora Atheneu, pp. 25-34, 2001.

MARCOLAN., J. F.; CASTRO, R. C. B. R. **Enfermagem em Saúde Mental**: desafios e possibilidades do novo contexto do cuidar. 1 ed. Editora Elsevier. Rio de Janeiro. 2013.

MARQUES, F.; DONEDA, D. A política brasileira de redução de danos. In: BASTOS, F. I. (Org.). **Troca de seringa**: drogas e Aids. Brasília: Ministério da Saúde. p: 137-152, 1998.

MESQUITA, F. **Aids e drogas injetáveis**. In. LANCETTI, A. (org.). Saúde Loucura 3ed. São Paulo: Ed. Hucitec, 1991, p. 46-53.

MERHY, E. E. **Anormais do desejo**. Os novos são humanos? Os sinais que vem da vida cotidiana e da rua. In: Drogas e Cidadania: em debate/ Conselho Federal de Psicologia. Brasília: CFP, 2012.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14^a. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância à saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 21, n. 3, p. 898-906, 2005.

NAPPO, A. S.; GALDURÓZ, J. C.; RAYMUNDO, M.; CARLINE, E. A. Changes in cocaine use as viewed by key informants: a qualitative study carried out in 1994 and 1999 in São Paulo, Brazil. **J Psychoactive Drugs**, v. 33, n. 3, p: 241-253, 2001.

NAPPO, A. S.; SANCHEZ, Z. V. M.; OLIVEIRA, L. G. Crack, AIDS, and women in São Paulo, Brazil. *Subst Use Misuse*. **Journal Substance Use & Misuse**, v. 46, 476-485, 2010.

NIEL, M.; SILVEIRA, D. X. **Drogas e redução de danos**: Uma cartilha para profissionais da saúde. Programa de orientação e atendimento a dependentes (PROAD). São Paulo (SP), xi, p. 149, 2008.

NUTT, D. J.; KING, L. A.; PHILLIPS, L. D. Drug harms in the UK – a multicriteria decision analysis. **Lancet**, v. 376, n. 9752, p: 1558-1564, 2010.

OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A. Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. **Rev saúde pública**, v. 42, n. 4, p: 664-671, 2008.

PADOIN, S. M. M.; SOUZA, I. E. O. A compreensão do temor como modo de disposição da mulher com HIV/AIDS diante da (im)possibilidade de amamentar. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 17, n.3 , p: 510-8, 2008.

PASSOS, E. H.; SOUZA, T. P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de "guerra às drogas". *Psicologia & Sociedade*, Florianópolis, v. 23 n. 1, p: 154-162, 2011.

PINHO, P. H. **Os desafios na atenção aos usuários de álcool e outras drogas e a reabilitação psicossocial**. 225 p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2009.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**: Avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

REINARMAN, C.; LEVINE, H. G. **Crack in America**: demons drug and social justice. Berkeley: University of California Press: 1997.

RIBEIRO, L. A.; SANCHEZ, Z. M.; NAPPO, S. A. Estratégias desenvolvidas por usuários de crack para lidar com os riscos decorrentes do consumo da droga. **J Bras Psiquiatr**. v. 59, n. 3, p: 210-218, 2010.

RIGONI, R. Q. **Assumindo o controle. Organizações, práticas e a experiência de si em trabalhadores da Redução de Danos na região metropolitana de Porto Alegre**. Dissertação (Mestrado) p. 173. Universidade Federal do Rio Grande do Sul: Porto Alegre, 2006.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Resolução N°038/2012 – CIB / RS. Instituir, dentro da Política Estadual de Atenção Integral em Saúde Mental álcool e outras drogas, Incentivo Financeiro Estadual para a Redução de Danos em âmbito municipal, para municípios com mais de 16.000 (dezesesseis mil) habitantes. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Ago 2016. Disponível em: http://www.saude.rs.gov.br/uploa/1338842649_cibr038_12.pdf. Acesso em: ago de 2016.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. PORTARIA N° 503/2014. Institui a Política de Redução de Danos para o cuidado em álcool e outras drogas dentro das Políticas Estaduais de Atenção Básica, Saúde Mental e DST/AIDS e redefine as Composições de Redução de Danos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Ago 2016. Disponível em: http://www.cosemsrs.org.br/imagens/portarias/por_g1b2.pdf. Acesso em: ago de 2016.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano diretor de regionalização da saúde**. Porto Alegre: Secretaria Estadual de Saúde, 2002

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Coordenadorias Regionais de Saúde**. Porto Alegre, 2016. Disponível em:

[http://www.saude.rs.gov.br/lista/104/Coordenadorias Regionais](http://www.saude.rs.gov.br/lista/104/Coordenadorias_Regionais). Acesso em: Outubro de 2016.

SANTA CATARIA. Secretaria de Estado e Saúde de Santa Catarina. **ABC: redução de danos**. Florianópolis: Secretaria de Estado e Saúde de Santa Catarina; 2009.

SANTOS, A. S. Educação em saúde: reflexão e aplicabilidade em atenção primária á saúde. **Braz J Nurs**, v. 5, n. 2, p. 253-260, 2006.

SANTOS, V. E. **Objeto/sujeito da redução de danos: uma análise da literatura da perspectiva da saúde coletiva**. 210 p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Santos, 2008.

SIDUC. Sistema Interamericano de Dados Uniformes sobre Consumo de Drogas 2006. **Estudio Comparativo del Consumo de Drogas em Países Americanos**. Washington, D.C.: Organización de los Estados Americanos (OEA), 2006.

SIMONI, A. C. R.; SIQUEIRA, E.; SOARES, J.; CABRAL, K. V.; ADAMY, P. E.; CHARAO, R. B.; ALMEIDA, S. A. Percursos da Redução de Danos no Rio Grande do Sul. **Saúde em Redes**, v. 1, n. 1, p: 57-65, 2015.

SILVA, S. M. **A unidade de redução de danos do município de Santo André: uma avaliação**. 206 p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2008.

SILVA, J. M. O.; LOPES, R. L. M.; DINIZ, N. M. F. Fenomenologia. **Rev Bras Enferm**, v. 61, n. 2, p: 254-7, 2008.

SILVA, S. M.; SPIASSI, A. L., ALVES, D. C.; GUEDES, D. J.; LEIGO, R. O. R. Redução de Danos: estratégia de cuidado com populações vulneráveis na cidade de Santo André SP. **Saude soc.** v. 18, supl. 2, p: 100-103, São Paulo Apr./June 2009.

SOUZA, J.; KANTORSKI, L. P.; GONÇALVES, S. E.; MIELKE, F. B.; GUADALU, D. B. Centro de atenção psicossocial álcool e drogas e redução de danos: novas propostas, novos desafios. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p: 210-7, 2007.

TEIXEIRA, A. A.; KANTORSKI, L. P.; CORRÊA, A. C. L.; FERREIRA, R. Z.; FERREIRA, G. B.; SANTO, M. O. E. Usuários de crack – desenvolvendo estratégias para enfrentar os riscos do uso. **J. res.: fundam. Care**, v. 7, n. 2, p: 2393-2404, 2015.

TERRA, M. G. *et al.* Na trilha da fenomenologia: um caminho para a pesquisa em enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p: 672-8, 2006.

TISOTT, Z. L.; HILDEBRANDT, L. M.; LEITE, M. T.; MARTINS, R. V.; COSENTINO, S. F. Álcool e outras drogas e a implantação da política de redução de danos no Brasil: Revisão narrativa. **Rev. Bras. Ciên. Saúde/Revista de Atenção à Saúde**, v. 13, n. 43, p: 79-89, 2015.

TOCANTINS, F. R. **O Agir do enfermeiro em uma unidade básica de saúde: análise das necessidades e demandas**. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem AnnaNery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, rio de Janeiro, 1993.

TOCANTINS, F. R.; SOUZA, E. F. O agir do enfermeiro em uma unidade básica de saúde: análise compreensiva das necessidades e demandas. **Rev. Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 1 (lançamento), jul., 1997.

TRIGUEIROS, D. T.; HAIEK R. C. Estratégias de redução de danos entre usuários de drogas injetáveis. In: SILVEIRA, D.; MOREIRA, F. G. **Panorama atual de drogas e dependência**. São Paulo: Atheneu, 2006. p.355-358.

VALÉRIO, A. L. R. **(Mal)dita liberdade e cidadania: a redução de danos em questão/** Andréa Leite Ribeiro Valério. 117 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Católica do Salvador. Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação. Salvador, 2010.

VARANDA, W.; ADORNO, R. C. F.. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 13. n. 1, p: 56-69. jan.abr. 2004.

VASCONCELOS, A. C. M.; ARAÚJO, L. N.; PORTO, L. G. M.; ROCHA, N. N. V.; OLIVEIRA, E. N.; ALBUQUERQUE, J. T. P. J. Relações Familiares e Dependência Química: Uma Revisão de Literatura. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 19, n. 4, p: 321-326, 2016.

WAGNER, H. T. R. **Sobre fenomenologia e relações sociais/** Alfred Schütz 1899-1959. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

ZINBERG, N. **The social setting as a control mechanism in intoxicant use**. In: LETTIERI, D. J.; MAYERS, M.; PEARSON, H. W. Theories on drug abuse, NIDA Research Monograph 30. Rockville: NIDA, 1980, p. 236-244.

APÊNDICE

APÊNDICE A**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

Título do projeto de pesquisa: Motivações da ação do Redutor de Danos ao cuidar de usuários de álcool e outras drogas.

Pesquisadora responsável: Profa. Dra. Marlene Gomes Terra

ROTEIRO DA ENTREVISTA FENOMENOLÓGICA

Data:

Entrevista Nº:

1. Situação Biográfica do Redutor de Danos

DN:

Gênero:

Escolaridade:

Profissão:

Estado civil:

Religião:

Realizou alguma capacitação para atuar como Redutor de Danos?

sim não

Qual? _____

Procura participar de eventos/cursos relacionados a álcool e outras drogas?

sim não

2. Questões fenomenológicas orientadoras da entrevista:

- Conte-me ou fale-me sobre as ações que você realiza como redutor de danos quando cuida o usuário de álcool e outras drogas.

- O que você tem em vista quando cuida o usuário de álcool e outras drogas?

As possibilidades de adaptação consistem em substituir a expressão O que você tem em vista por: o que você espera [...]; o que você pretende [...]; qual a sua intenção [...]; qual sua expectativa [

APÊNDICE B

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da pesquisa: Motivações da ação do Redutor de Danos ao cuidar de usuários de álcool e outras drogas.

Pesquisadora Responsável: Profa. Dra. Marlene Gomes Terra

Contato: (55) 3220-8029 E-mail: martesm@hotmail.com.br

Pesquisadora Mestranda: Enfa Mda Zaira Letícia Tisott

Contato: (55) 3220-8029 E-mail: zairatisott10@gmail.com

Endereço: Avenida Roraima, nº: 1000, 4º andar, prédio 26, Centro de Ciências da Saúde (CCS) Bairro: Cidade Universitária, Camobi, CEP: 97105-900, UF: RS - Município: Santa Maria.

Local da realização da pesquisa: Consultórios na Rua e oito composições de Redução de Danos do município de Pelotas/RS.

Participantes do estudo: Redutores de Danos.

Prezado Sr (a)

As responsáveis pela pesquisa “MOTIVAÇÕES DA AÇÃO DO REDUTOR DE DANOS AO CUIDAR DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS”, Profa. Dra. Marlene Gomes Terra e Enfª Mdª Zaira Letícia Tisott, convidam você para participar de forma totalmente voluntária. Porém, antes de aceitar a participar é importante que você compreenda as informações contidas neste documento. As pesquisadoras deverão responder todas as suas dúvidas. Além disso, você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum prejuízo para você ou em suas atividades como Redutor de Danos neste município.

- **Objetivo:** identificar as ações desenvolvidas por redutores de danos ao cuidar de usuários de álcool e outras drogas; e, compreender as motivações da ação de Redutor de Danos ao cuidar de usuário de álcool e outras drogas.

- **Procedimentos:** sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de uma entrevista (conversa), individual, a qual será gravada em gravador digital em que o pesquisador fará algumas perguntas, bem como terá as suas ações acompanhadas por meio de observação da mestranda. Caso você não desejar, sua vontade será respeitada. O dia e horário para realização da entrevista será agendado com você conforme a sua disponibilidade. O tempo de duração e o local da realização da entrevista serão conforme você desejar. Caso preferir realizar em algum serviço, será antecipadamente reservada uma sala se preferir em outro ambiente, devemos ter o cuidado para a qualidade do áudio. O que você falar será digitado (transcrito) e será guardado por cinco anos, por determinação ética da pesquisa sob a responsabilidade da Profa. Dra. Marlene Gomes Terra (orientadora desta pesquisa). As informações serão guardadas em CD e será mantido em um armário fechado mantidas em um armário fechado, que está na Universidade Federal de Santa Maria, sala 1445, localizada na Avenida Roraima, nº: 1000 no 4º andar do prédio 26, Centro de Ciências da Saúde (CCS) Bairro: Cidade Universitária, Camobi, CEP: 97105-900, UF: RS - Município: Santa Maria.

Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM: Av. Roraima, 1000, CEP 97105-900 - Santa Maria-RS, 2º andar do prédio da Reitoria. Telefone: (55) 3220-9362 - E-mail: cep.ufsm@gmail.com.

Após este período os dados (transcrições) serão destruídos. Somente os pesquisadores envolvidos nesta pesquisa terão acesso à gravação a qual será destruída logo após a sua digitação (transcrição). Os dados coletados, depois de organizados e analisados, deverão ser divulgados e publicados, ficando a pesquisadora juntamente com a professora responsável, comprometidas em apresentar o relatório da pesquisa para o serviço substitutivo que você frequenta.

- **Benefícios:** para você, os benefícios serão indiretos. A pesquisa proporcionará voz a você e poderá colaborar para a construção do conhecimento referente às ações que realiza. Além de proporcionar novas pesquisas a serem desenvolvidas sobre a temática de Redução de Danos.

- **Riscos:** você, a princípio, não sofrerá risco físico, mas poderá sentir cansaço e desconforto pelo tempo que envolve a conversa e por ter de relembrar algumas vivências que possam ter causado sofrimento. Caso isto venha acontecer, poderei concluir a entrevista e encaminhá-lo para conversar com um profissional (enfermeiro, médico, psicólogo) do serviço, previamente acordado.

- **Sigilo:** ao final desta pesquisa, os resultados serão divulgados através da Dissertação de Mestrado, artigos científicos, publicações em eventos da área, bem como divulgação dos resultados aos profissionais e gestores dos serviços. Sendo assim, as informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Você não será identificado em nenhum momento. A sua identificação será por meio de características próprias que serão sentidas, pela pesquisadora, no decorrer da escuta (conversa) e da interação no momento da ambientação.

Este documento foi desenvolvido respeitando a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, revisado e aprovado pela Direção de Ensino, Pesquisa e Extensão do HUSM (DEPE) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP), da Universidade Federal de Santa Maria. É importante salientar, caso você tiver alguma dúvida sobre a ética desta pesquisa, entre em contato com:

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFSM. Endereço: Av. Roraima, 1000 – Prédio da Reitoria – 2o andar – Bairro: Cidade Universitária, Camobi – CEP: 97.105-900 - UF: RS - Município: Santa Maria. Telefone: (55) 3220-9362. E-mail: cep.ufsm@gmail.com.

Eu, _____ estou ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, aceito participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando em posse de uma delas.

Pelotas, _____ de _____ de 2017.

Assinatura do(a) participante da pesquisa

Enf^aMd^a Zaira Letícia Tisott



Prof. Dra. Marlene Gomes Terra

Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM: Av. Roraima, 1000, CEP 97105-900 - Santa Maria-RS, 2º andar do prédio da Reitoria. Telefone: (55) 3220-9362 - E-mail: cep.ufsm@gmail.com.

APÊNDICE C

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Termo de Confidencialidade

Título do projeto: Motivações da ação do Redutor de Danos ao cuidar de usuários de álcool e outras drogas.

Pesquisadora Responsável: Profa. Dra. Marlene Gomes Terra

Instituição: Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

Contato: (55) 3220-8029 E-mail: martesm@hotmail.com.br

Local da coleta de Dados: Um Consultório na Rua e oito composições de Redução de Danos do município de Pelotas/ RS.

Local da realização da pesquisa: Consultórios na Rua e oito composições de Redução de Danos do município de Pelotas/ RS.

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos indivíduos cujos dados serão coletados por meio da entrevista fenomenológica com os Redutores de Danos do município de Pelotas. Para isso, será utilizado como cenário uma sala disponível pelos profissionais de um serviço ou outro espaço, caso assim o entrevistado desejar. O período da coleta de dados será nos meses de março, abril e maio de 2017. As informações obtidas por meio dessa pesquisa serão utilizadas para execução do presente projeto e para compor um banco de dados para possíveis releituras com outros referenciais. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e será mantida em arquivo confidencial no computador por um período de 05 anos sob a responsabilidade da Profa. Dra. Marlene Gomes Terra, na UFSM, prédio 26 do CCS, sala 1445, CEP 97105-970, Santa Maria/RS. Após este período, os dados serão deletados. Este projeto de pesquisa será revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em ____/____/____, com o número do CAAE _____

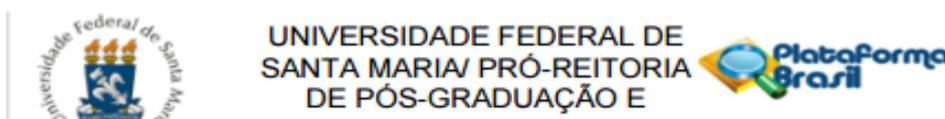
Santa Maria, 10 de Novembro de 2017.



Marlene Gomes Terra
CI – 100062696

ANEXO A

**PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SANTA MARIA**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: MOTIVAÇÕES DA AÇÃO DO REDUTOR DE DANOS AO CUIDAR DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Pesquisador: Marlene Gomes Terra

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 64795817.0.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.967.534

Apresentação do Projeto:

Esta pesquisa mostra-se pertinente com a abordagem qualitativa de natureza fenomenológica fundamentada no Referencial Teórico-Methodológico de Alfred Schutz sobre o fenômeno "significado da ação do Redutor de Danos que cuida de usuários de álcool e outras drogas". A pesquisa qualitativa caracteriza-se por aprofundar-se no universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes, que é construído pelos indivíduos em seu próprio contexto natural. Neste, os indivíduos pensam sobre o que fazem, interpretam as suas ações a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes.

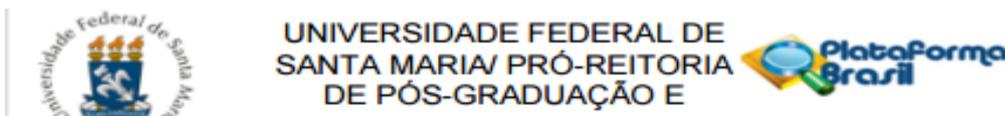
Objetivo da Pesquisa:

Identificar as ações desenvolvidas por redutores de danos ao cuidar de usuários de álcool e outras drogas; e, compreender as motivações da ação de Redutor de Danos ao cuidar de usuário de álcool e outras drogas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: será esclarecido que a participação do Redutor de Danos será por meio de entrevista individual e que não representa, a princípio, risco físico, moral, intelectual, social, cultural ou

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.967.534

espiritual, em qualquer fase da pesquisa. Entretanto, a conversa com o Redutor de Danos podera causar lembranças e, por vezes, desencadear sentimentos de tristeza, ansiedade ou mesmo desconforto físico, pelo fato de trazer reflexões sobre suas ações e alguns episódios relacionados a sua vivência.

Benefícios: sera deixado claro aos participantes da pesquisa, que nao irao obter beneficios diretos, mas sim, a pesquisa proporcionara que os Redutores de Danos expressem sobre suas experiencias e podera colaborar para a construcao do conhecimento referente as acoes que realizam.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é interessante e mostra-se relevante realizar pesquisa nessa tematica dando voz aos redutores de danos, pois podera colaborar para a construcao do conhecimento referente as acoes que realizam. Aliado a isto, a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saude refere a importancia da pesquisa em Saude Mental, alem das estrategias de prevencao e reducao de danos para uso abusivo de alcool e outras drogas licitas e ilicitas.A pesquisa está bem alicerçada. Apresenta um questionário guia que dará subsídios para compor um banco de dados para possíveis releituras.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios foram apresentados adequadamente.

Recomendações:

Veja no site do CEP - <http://w3.ufsm.br/nucleodecomites/index.php/cep> - na aba "orientações gerais", modelos e orientações para apresentação dos documentos. ACOMPANHE AS ORIENTAÇÕES DISPONÍVEIS, EVITE PENDÊNCIAS E AGILIZE A TRAMITAÇÃO DO SEU PROJETO.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

-

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço:	Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro:	Camobi
UF:	RS
Município:	SANTA MARIA
Telefone:	(55)3220-9362
CEP:	97.105-970
E-mail:	cep.ufsm@gmail.com