

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ENFERMAGEM

SARAH SALVADOR PEREIRA

OS SENTIDOS DA REDUÇÃO DE DANOS NOS DISCURSOS DE PROFISSIONAIS DE
ENFERMAGEM DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

São Carlos/SP

2020

OS SENTIDOS DA REDUÇÃO DE DANOS NOS DISCURSOS DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Dissertação de Mestrado apresentada à Comissão Examinadora de Defesa para fins de avaliação, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos.

Linha de Pesquisa: Processo de cuidar em saúde e enfermagem

Orientadora: Prof^a Dr^a Sonia Regina Zerbetto

São Carlos/SP

2020



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Folha de Aprovação

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Sarah Salvador Pereira, realizada em 20/02/2020:

Profa. Dra. Sonia Regina Zerbetto
UFSCar

Prof. Dra. Maria do Perpétuo Socorro de Sousa Nóbrega
USP

Profa. Dra. Simone Teresinha Protti Zanatta
UFSCar

Certifico que a defesa realizou-se com a participação à distância do(s) membro(s) Maria do Perpétuo Socorro de Sousa Nóbrega e, depois das arguições e deliberações realizadas, o(s) participante(s) à distância está(ao) de acordo com o conteúdo do parecer da banca examinadora redigido neste relatório de defesa.

Profa. Dra. Sonia Regina Zerbetto

Dedico este trabalho a minha avó Ivete *in memoriam*.

AGRADECIMENTOS

A Deus por guiar meus caminhos.

À orientadora Profa. Dra. Sonia Regina Zerbetto pela orientação, paciência e dedicação durante a realização deste trabalho. Agradeço pela compreensão e incentivo em todas as etapas desse caminhar, que foram tão valiosos.

Aos meus pais Vanderlei e Viviani por todo amor, apoio e força durante esse trajeto. Agradeço pelas palavras de sabedoria e compreensão, pelo amparo nos momentos difíceis e pelos momentos de união e alegrias. Todo o ensinamento e afeto se refletem a cada passo dessa jornada.

À minha família pelo carinho e motivação.

Aos meus amigos Bianca, Bárbara, Sara, Lucas, Natália e Torres pela parceria e por tornar meu caminho mais leve.

Aos participantes desta pesquisa, pela disponibilidade e colaboração.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES pela bolsa de estudos concedida.

Ao PPGENF da UFSCar pelo aprendizado e crescimento.

"É necessário se espantar,
se indignar e se contagiar,
só assim é possível mudar a realidade"
(Nise da Silveira)

RESUMO

Introdução: Apesar das recentes mudanças na Política Nacional sobre Drogas no Brasil, a qual exclui a redução de danos e prioriza a promoção e manutenção da abstinência, acredita-se que as práticas de redução de danos (RD) ainda configuram-se em estratégias que orientam o cuidado às pessoas que consomem substâncias psicoativas na atenção primária à saúde. A RD também visa reduzir os prejuízos biológicos, psicológicos, sociais e entre outros, associados ao consumo dessas substâncias. No contexto da atenção primária à saúde, os profissionais de enfermagem desempenham um papel fundamental no cuidado ofertado ao usuário e seus familiares, os quais vivenciam situações que envolvem o consumo de álcool e outras drogas. **Objetivo geral:** Analisar quais os sentidos produzidos nos discursos dos profissionais de enfermagem de uma cidade do interior paulista, sobre os seus saberes e práticas relacionados à estratégia de Redução de Danos na Atenção Primária à Saúde, por meio de suas percepções. **Objetivos específicos:** Apreender a produção de sentidos sobre a estratégia de Redução de Danos constitutiva dos discursos dos profissionais de enfermagem, que perpassa seus saberes, a partir das condições de produção em que estão inseridos; Apreender a produção de sentidos sobre o usuário de substâncias psicoativas e as motivações para o consumo, constitutiva dos discursos dos profissionais de enfermagem, que perpassa seus saberes, a partir das condições de produção em que estão inseridos; Apreender a produção de sentidos sobre a estratégia de Redução de Danos constitutivas dos discursos dos profissionais de enfermagem, que perpassa sua prática, a partir das condições de produção em que estão inseridos. **Metodologia:** Estudo qualitativo e exploratório, fundamentado no referencial teórico e metodológico da Análise de Discurso (AD) de matriz francesa. Foram realizadas 14 entrevistas semiestruturadas com profissionais de enfermagem que atuam nos dispositivos de Atenção Primária à Saúde de uma cidade do interior paulista. Para a análise dos dados obtidos por meio das entrevistas, foi utilizada a técnica de análise de discurso segundo os preceitos da AD. **Resultados e Discussão:** A análise de dados evidenciou três blocos discursivos: 1) As memórias discursivas que dão efeitos de sentido aos discursos sobre as concepções de Redução de Danos. Este bloco analisou as memórias discursivas que perpassaram os saberes de profissionais de enfermagem sobre a estratégia de Redução de Danos. Percebeu-se o predomínio de memórias de discursos de modelos biomédico, religioso e moral. A perspectiva denominada de clínica ampliada foi discreta, salientando o vínculo e prevenção de riscos e danos do uso de substâncias psicoativas que afetam a dimensão

fisiológica. 2) As formações imaginárias das profissionais de enfermagem sobre o usuário que consome SPAs e as motivações para o uso. O respectivo bloco analisou as formações imaginárias construídas pelos profissionais de enfermagem sobre o usuário que consome SPAs. Observou-se que os profissionais de enfermagem constroem as formações imaginárias do usuário como: improdutivo, desnutrido, violento, prostituído e criminoso. 3) Os efeitos de sentido que circulam a prática das profissionais de enfermagem. Esse bloco analisou os efeitos de sentido que perpassam as práticas dos profissionais de enfermagem. Percebeu-se que a maioria das ações consideradas como sendo de RD focou na redução de riscos e danos físicos. Algumas ações foram ao encontro dos preceitos da RD, tais como, o diálogo, pactuação com o usuário e sua liberdade de escolha. Alguns profissionais realizaram ações de RD, mesmo sem identificá-las como tais. Foram também mencionadas ações coletivas de promoção de saúde e bem-estar. **Considerações Finais:** O estudo pode contribuir para o aperfeiçoamento da formação profissional e da qualidade do cuidado de enfermagem prestada aos usuários de substâncias psicoativas, o qual não se limita às estratégias de abstinência, mas à implementação de práticas de cuidar alinhadas à Redução de Danos e aos preceitos da Reforma Psiquiátrica.

Descritores: Discurso; Profissionais de enfermagem; Enfermagem; Atenção primária à saúde; Redução do dano; Saúde mental.

ABSTRACT

Introduction: Despite recent changes in the National Drug Policy in Brazil, which excludes harm reduction and prioritizes the promotion and maintenance of abstinence, harm reduction (HR) practices are still strategies that guide the health care of people who use psychoactive substances in primary health care. HR also aims to reduce biological, psychological, social and other damage associated with the consumption of these substances. In the context of primary health care, nursing professionals play a fundamental role in the health care offered to users and their families, who experience situations involving the consumption of alcohol and other drugs. **Main objective:** Analyze the meanings produced in the discourses of nursing professionals from a São Paulo's inland city, about their knowledge and practices related to Harm Reduction strategy in Primary Health Care, through their perceptions. **Specific objectives:** Apprehend the production of meanings about Harm Reduction strategy constitutive of nursing professionals' discourses, which permeate their knowledge, from the production conditions in which they are inserted; Apprehend the production of meanings about the user of psychoactive substances and the motivations for consumption, constituting the discourses of nursing professionals, which permeates their knowledge, based on the production conditions in which they are inserted; Apprehend the production of meanings about Harm Reduction strategy constitutive of nursing professionals' discourses, which pervade their practice, from the production conditions in which they are inserted. **Methodology:** Qualitative and exploratory study, based on the theoretical and methodological framework of French Matrix's Discourse Analysis (DA). Fourteen semi-structured interviews were conducted with nursing professionals working in the Primary Health Care devices of a São Paulo's inland city. For the analysis of the data obtained through the interviews, the discourse analysis technique was used according to the precepts of DA. **Results and Discussion:** Data analysis showed three discursive blocks: 1) Discursive memories that give meaning to the discourses on Harm Reduction conceptions. This block analyzed the discursive memories that permeated the knowledge of nursing professionals about Harm Reduction strategy. The predominance of discourses' memories of biomedical, religious and moral models was noticed. The perspective of "extended clinic" was discreet, emphasizing the prevention of risks and damages from the use of psychoactive substances that affect the physiological dimension. 2) The imaginary formations of nursing professionals about the user who consumes SPAs and the motivations for their use. The respective block analyzed the imaginary formations built by nursing professionals about

the user who consumes SPAs. It was observed that nursing professionals construct the user's imaginary formations as: unproductive, malnourished, violent, prostituted and criminal. 3) The effects of meaning that circulate the practice of nursing professionals. This block analyzed the effects of meaning that permeate the practices of nursing professionals. Most of the actions considered to be of HR focused on physical risks and damages. Some actions were aligned with the HR precepts, such as the dialog, agreement, and respect to their freedom of choice. Some professionals performed HR actions, even without identifying them as such. Collective actions to promote health and well-being were also mentioned. **Final Considerations:** The study can contribute to improve the professional training of nursing care provided to users of psychoactive substances, which is not limited to abstinence strategies, but to the implementation of care practices aligned with Harm Reduction and the precepts of the Psychiatric Reform.

Descriptors: Speech; Nursing professionals; Nursing; Primary health Care; Harm reduction; Mental health.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Título dos blocos discursivos e seus sentidos.....	51
Quadro 2: Bloco Discursivo 1: As memórias discursivas que dão efeitos de sentido aos discursos sobre as concepções de Redução de Danos.....	110
Quadro 3: Bloco Discursivo 2: As formações imaginárias das profissionais de enfermagem sobre o usuário que consome SPAs e as motivações para o uso.....	113
Quadro 4: Os efeitos de sentido que circulam a prática das profissionais de enfermagem.....	117

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	13
2 INTRODUÇÃO	14
2.1 O CONTEXTO HISTÓRICO DA POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS NO ÂMBITO INTERNACIONAL E NACIONAL	15
2.2 A ATUAL POLÍTICA NACIONAL SOBRE DROGAS: DA EXCLUSÃO DA REDUÇÃO DE DANOS À ÊNFASE NA PROMOÇÃO E MANUTENÇÃO DA ABSTINÊNCIA.....	25
2.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E AS ESTRATÉGIAS DE REDUÇÃO DE DANOS	28
2.4 CUIDADO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	33
3 JUSTIFICATIVA	36
4 OBJETIVO GERAL	37
4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	37
5 MATERIAL E MÉTODOS.....	37
5.1 REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO	37
5.2 TIPO DE ESTUDO.....	40
5.3 LOCAL DO ESTUDO	41
5.4 CONDIÇÕES DE PRODUÇÃO DO MUNICÍPIO DE SÃO CARLOS – SP	41
5.5 PARTICIPANTES DO ESTUDO	42
5.6 COLETA DE DADOS.....	42
5.7 ANÁLISE DOS DADOS	43
5.8 ASPECTOS ÉTICOS	44
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	45
6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DO DISCURSO	45
6.1.1 Sujeito do Discurso 1 (SD1)	45
6.1.2 Sujeito do Discurso 2 (SD2)	45
6.1.3 Sujeito do Discurso 3 (SD3)	46
6.1.4 Sujeito do Discurso 4 (SD4)	46
6.1.5 Sujeito do Discurso 5 (SD5)	46
6.1.6 Sujeito do Discurso 6 (SD6)	47
6.1.7 Sujeito do Discurso 7 (SD7)	47
6.1.8 Sujeito do Discurso 8 (SD8)	47
6.1.9 Sujeito do Discurso 9 (SD9)	48

6. 1. 10 Sujeito do Discurso 10 (SD10)	48
6. 1. 11 Sujeito do Discurso 11 (SD11)	48
6. 1. 12 Sujeito do Discurso 12 (SD12)	49
6. 1. 13 Sujeito do Discurso 13 (SD13)	49
6. 1. 14 Sujeito do Discurso 14 (SD14)	50
6. 2. 1 Bloco 1: As memórias discursivas que dão efeitos de sentido aos discursos sobre as concepções de Redução de Danos	51
6. 2. 1. 1 Resultados do Bloco 1	51
6. 2. 1. 2 Discussão do Bloco 1.....	55
6. 2. 2 Bloco discursivo 2: As formações imaginárias dos profissionais de enfermagem sobre o usuário que consome SPAs e as motivações para o uso .	64
6. 2. 2. 1 Resultados do Bloco 2	64
6. 2. 2. 2 Discussão do Bloco 2.....	67
6. 2. 3 Bloco discursivo 3: Os efeitos de sentido que circulam a prática dos profissionais de enfermagem	77
6. 2. 3. 1 Resultados do Bloco 3	77
6. 2. 3. 2 Discussão do Bloco 3.....	81
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
8 REFERÊNCIAS	94
9 APÊNDICES	110
9.1 APÊNDICE I	110
9. 2 APÊNDICE II	111
9. 3 APÊNDICE III	122
10 ANEXOS	123
10.1 ANEXO I	123
10. 2 ANEXO II	124

1 APRESENTAÇÃO

A questão do uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas sempre me interessou e me trouxe indagações pessoais, práticas e científicas. A Saúde Mental sempre foi uma área que perpassou minha trajetória acadêmica. No curso de graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas - Minas Gerais (UNIFAL-MG) desenvolvi meu primeiro contato com o Centro de Atenção Psicossocial e participei de um projeto de extensão com a temática de Álcool e Drogas, o que despertou meu interesse em compreender as nuances e complexidades atreladas a essa problemática de saúde.

Posteriormente, na Residência em Saúde Mental na Universidade Federal de Uberlândia (UFU), a proximidade com a prática em diversos dispositivos de Saúde Mental, impulsionou o interesse pela Redução de Danos e o questionamento sobre como essa estratégia impacta a vida dos usuários e se materializa nos serviços de saúde, principalmente na rede de Atenção Primária à Saúde (APS), junto aos profissionais de Enfermagem.

Dessa maneira, escolhi como objeto de estudo a percepção dos profissionais de Enfermagem da APS sobre seus saberes e práticas relacionados à Redução de Danos.

Nesta dissertação, a Introdução aponta a questão de pesquisa e uma revisão de literatura sobre o contexto histórico da estratégia de Redução de Danos, o panorama político desta estratégia no Brasil, a Atenção Primária e o cuidado de enfermagem em Álcool e outras Drogas. Em seguida é apresentada a justificativa do estudo e os objetivos.

Na próxima seção descreve-se o referencial teórico-metodológico da Análise de Discurso de matriz francesa de Michel Pêcheux e de sua filiada Eni Orlandi, introdutora desse referencial no Brasil. Em sequência, apresenta-se o percurso metodológico deste estudo.

Em seguida são apresentados os resultados e discussão, com a caracterização dos sujeitos participantes do estudo e a apresentação dos três blocos discursivos. O 1º bloco discursivo aborda a compreensão que as profissionais de enfermagem têm sobre a estratégia de Redução de Danos e quais paradigmas a permeiam. O 2º bloco discursivo explora o imaginário social que as profissionais de enfermagem apresentam sobre o usuário de substâncias psicoativas e quais ideologias o perpassam. O 3º bloco discursivo salienta os efeitos de sentido que circulam a prática das profissionais de enfermagem, e que na percepção dessas, acreditam ser ações de Redução de Danos.

Na última seção são apresentadas as considerações finais.

2 INTRODUÇÃO

O consumo prejudicial de substâncias psicoativas (SPAs) vem sendo motivo de preocupação mundial e nacional, por tratar-se de um fenômeno complexo. É um “problema” de saúde pública multifacetado, social e cultural que acarreta consequências à pessoa que realiza o consumo, à família e à sociedade (MANGUEIRA et al., 2015).

Este fenômeno aponta para a necessidade de busca por intervenções e políticas públicas que envolvam os direitos dos cidadãos e a autonomia do indivíduo para tomar decisões, como também, ser sujeito ativo no seu processo de saúde e relação com o uso de SPAs (MACHADO; BOARINI, 2013). Neste sentido tornam-se importantes as estratégias de cuidado que procuram reduzir os danos causados pelo consumo de drogas no contexto individual, social e político (MORERA; PADILHA; ZEFERINO, 2015). No campo da saúde, os modelos asilar e psicossocial são alguns dos modelos que embasam as práticas em saúde mental, álcool e outras drogas (AMARANTE, 2007).

O modelo asilar é sustentado pela institucionalização do sujeito e seu foco é na doença, no saber médico e na medicalização como principal forma de tratamento para o usuário (MARTINS et al., 2011). Já o modelo psicossocial é fundamentado na prática do cuidado que respeita a integralidade e intersetorialidade, bem como é pautado na perspectiva de redes de atenção territorializadas. Esse modo de atenção foca a história de vida do sujeito e seu contexto social (BORBA et al., 2012).

A Redução de Danos (RD) é uma estratégia que converge com o modelo de atenção psicossocial¹, por proporcionar cuidado integral à pessoa que consome SPAs, reduzindo e prevenindo os agravos à saúde, podendo ou não interferir no modo de consumo dessas substâncias, respeitando os princípios de autonomia do sujeito e dos direitos humanos. A RD constitui em abordagem, em que o uso de SPAs é compreendido a partir da relação que o sujeito tem com a substância e seus determinantes sociais, culturais e econômicos (TEIXEIRA et al., 2017).

Estudos de revisão integrativa e sistemática, respectivamente, apontam que há poucas pesquisas sobre estratégias de redução de danos na dimensão ampliada (MORERA; PADILHA; ZEFERINO, 2015; RIBEIRO, 2015), ou seja, que valorize o direito e autonomia da pessoa em decidir sobre a sua própria saúde, ter acessibilidade aos serviços de saúde e oportunidade de resgatar a sua cidadania (RIBEIRO, 2015), o que se torna relevante tal tema investigativo.

¹ Modo Psicossocial e Modelo de Atenção Psicossocial estão sendo utilizados como sinônimos nesse estudo.

Apesar das recentes mudanças na Política Nacional sobre Drogas (PNAD) no Brasil, a qual exclui a redução de danos e prioriza a promoção e manutenção da abstinência (BRASIL, 2019), pressupõe-se que a RD, na perspectiva ampliada de saúde, ainda se configura em um dos marcos teóricos que orienta o cuidado às pessoas que consomem crack, álcool e outras drogas, o qual se insere enquanto estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS), que visa reduzir os prejuízos biológicos, psicológicos e sociais associados ao abuso e dependência de SPAs (BRASIL, 2004a).

Dessa maneira, a RD constitui em estratégia clínica adequada e que pode ser ampliada pelo território e por todos dispositivos de acolhimento e acesso em que o usuário transite. Além disso, é importante que essa estratégia faça parte de sua rede de suporte social, envolvendo espaços de saúde, educação e assistência social (BRASIL, 2004a). Dessa maneira, é importante que a RD se torne uma estratégia que pode ser (re) colocada em ação em todos os dispositivos de saúde, incluindo os dispositivos de Atenção Primária à Saúde (APS).

Na APS, os profissionais de enfermagem assumem fundamentais papéis no cuidado dos usuários, familiares e comunidade, pois eles os acolhem, tornando-se potentes veiculadores da estratégia de RD (SOUZA; PINTO, 2012).

Dessa maneira, compreende-se que é necessário descrever o contexto histórico do surgimento da RD, enquanto marco teórico-político, no âmbito internacional e nacional. Além disso, descrever, mesmo que brevemente, a exclusão da RD enquanto estratégia na atual PNAD brasileira, mas a relevância de sua presença na APS e a participação da equipe de enfermagem neste ponto de atenção à saúde e saúde mental.

2.1 O CONTEXTO HISTÓRICO DA POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS NO ÂMBITO INTERNACIONAL E NACIONAL

De acordo com o *Harm Reduction International (HRI)*², não existe uma definição universalmente aceita. A HRI é considerada uma Organização Não-Governamental (ONG), com sede em Londres, que intenciona reduzir os impactos negativos do consumo de SPAs e promover políticas de saúde, sociais e de direitos humanos, por intermédio de ações de saúde coletiva baseadas em evidências em direitos humanos.

Segundo esta ONG, a RD consiste em políticas, programas e intervenções que buscam minimizar impactos negativos nas dimensões de saúde, do social e legal

² Informações disponíveis no site: <https://www.hri.global/about>

relacionados ao consumo de SPAs, bem como os impactos em políticas e leis sobre álcool e outras drogas. Tais ações necessitam ser fundamentadas em princípios de justiça social, direitos humanos, em evidências no contexto das práticas, bem como evitar o estigma.

Entretanto, atualmente, no âmbito internacional, há uma discussão conceitual e filosófica sobre a RD, ou seja, compreendê-la como solução técnica ou de prática social (JIAO, 2019). A RD como solução técnica está relacionada às intervenções que buscam facilitar as mudanças comportamentais necessárias para minimizar os riscos e danos associados ao consumo das SPAs, porém, as ações não levam em consideração o contexto da pessoa (INCHAURRAGA, 2003). Nesta perspectiva privilegia o conhecimento biomédico e de outras especialidades (JIAO, 2019).

A RD na perspectiva de prática social considera as intervenções contextualizadas na dimensão social, econômica e política da pessoa que consome SPAs, as quais podem contribuir para os danos e desencadear impactos na vida desta pessoa. Nesta perspectiva, também se releva o envolvimento da pessoa que usa drogas na decisão de intervenções de RD, assegurando o seu direito e sua aceitabilidade. Portanto, privilegia a experiência vivenciada pela pessoa e seu conhecimento (JIAO, 2019).

O estudo aponta que a RD como solução técnica, além de ter impactado a pessoa que consome drogas, negligencia as condições sociais que podem aumentar ou perpetuar danos, como por exemplo, pobreza, falta de habitação, situações de violência (JIAO, 2019).

No Brasil, a Redução de Danos é compreendida como um conjunto de estratégias que visa reduzir os riscos e danos derivados do consumo de SPAs, sem necessariamente diminuir ou extinguir o consumo. Ela já foi considerada como política emancipatória alinhada aos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira³, pois se pressupõe construir em conjunto com o usuário estratégias de autocuidado, proteção e promoção de saúde (BRASIL, 2004a).

Para outros autores, a Redução de Danos busca reduzir os riscos e danos em nível individual e coletivo, oriundos do consumo de SPAS. Para eles, os Riscos são compreendidos como eventos prováveis de acontecer, mas que não ocorreram ainda e

³ Processo histórico, político, jurídico, social e cultural complexo que requer transformações de saberes e práticas relacionadas aos valores socioculturais, às questões legais e de políticas públicas de saúde, à saúde mental e de álcool e outras drogas, bem como nas relações interpessoais desenvolvidas no cotidiano dos serviços de saúde e na sociedade para com os usuários que sofrem psiquicamente e aos que fazem uso problemático de substâncias psicoativas (AMARANTE, 1997; DELGADO et al., 2007).

são passíveis de prevenção. Danos são as consequências inerentes e oriundas de uma ação prejudicial que já está sendo praticada (DIAS et al., 2003).

Segundo Morera, Padilha e Zeferino (2015), os danos decorrentes do consumo de SPAS permeiam tanto o campo social como o da saúde. Na dimensão social envolvem situações de marginalização, de alta vulnerabilidade, criminalização, estigmatização, desigualdade e exclusão social. No referente à saúde, os danos envolvem as diferentes e múltiplas infecções, como por exemplo, as hepatites, tuberculose e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS), bem como os danos derivados de overdose.

A estratégia de Redução de Danos se consolida na relação com o outro, e envolve processos relacionais de respeito, escuta ativa, acolhimento das singularidades, criação de vínculo, confiança, consideração de aspectos de vulnerabilidade individual e coletivos, estímulo de engajamento e participação do usuário e a defesa da vida (BRASIL, 2004a).

As primeiras estratégias de redução de danos começaram a ser pensadas em 1926 na Inglaterra a partir do Relatório de Rolleston, o qual apontou a iniciativa de prescrição de opiáceos a usuários de heroína, como forma de minimizar os riscos oriundos da síndrome de abstinência. Porém, foi apenas na década de 70 e início de 80 do século passado, em Amsterdã na Holanda, que a estratégia de RD começou a se delinear de maneira mais evidente, enquanto programa direcionado a minimizar danos advindos de algumas doenças infectocontagiosas à população de usuário de drogas injetáveis. Nesse período, coletivos sociais se mobilizaram em busca de melhores condições de saúde para usuários de drogas, surgindo então o primeiro programa de troca de seringas esterilizadas, visando a diminuição de novas infecções pelo vírus *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) e hepatite B entre os usuários de drogas injetáveis (MACHADO; BOARINI, 2013).

A partir de então, depois da década de 1990, a redução de danos ampliou-se para diferentes contextos e vários países da Europa. No Reino Unido, a RD passa a ser política pública de saúde em 1988 por meio do Relatório “AIDS and *Drug Abuse*” e no Canadá em 1996, por meio do relatório do relatório *Canadian Centre for Substance Abuse* – CSSA (FONSECA, 2005).

No contexto nacional, nos meados e final da década de 80, o Brasil vivenciou situação de epidemia da AIDS, o que originou a ideia de que pessoas pertencentes a “grupos de risco” (homossexuais, hemofílicos, dependentes em drogas ilícitas injetáveis e emigrantes de países que vivenciavam a epidemia de AIDS), ou assim chamados na época, eram responsáveis pela contaminação do vírus HIV, desencadeando estigmatização, preconceito e segregação social. Entretanto, os casos de AIDS não se

limitaram a estes “grupos”, o que desencadeou a revisão de tal pressuposto (MACHADO; BOARINI, 2013).

No Brasil, em 1989, na cidade de Santos no Estado de São Paulo, onde se concentrava grande parte dos casos de infecção por HIV e hepatite B decorrentes do uso de drogas injetáveis, surgiram as primeiras iniciativas de RD com programas de distribuição de seringas aos usuários (SILVEIRA et al., 2003; PASSOS; SANTOS, 2011). Entretanto, na época, tal proposta encontrou algumas resistências de gestores públicos diante das leis vigentes, vindo a ser interrompida judicialmente e compreendida enquanto estratégia incentivadora de manutenção do consumo e da dependência de SPAs (LOPES; GONÇALVES, 2018).

As possibilidades de intervenção em RD ampliaram-se para além da preocupação com as infecções por HIV e hepatite B e estenderam-se para outros campos de saúde pública, emergindo novas perspectivas no cuidado à saúde e saúde mental (O'ROURKE; RUIZ; ALLEN; 2015; MACHADO; BOARINI, 2013), ampliando para o conceito de comportamento de risco. Tal fato, desencadeou a implementação de estratégias preventivas para o risco de contaminação e disseminação de doenças sexualmente transmissíveis/HIV, e hepatites, bem como riscos no uso de substâncias psicoativas injetáveis e transfusão de sangue. Assim, tais situações requeriam intervenções de educação sexual e uso de preservativos, educação em saúde, realização de testes e de aconselhamentos, controle dos bancos de sangue, evitar o compartilhamento e reutilização de seringas e agulhas (MACHADO; BOARINI, 2013).

O conceito de RD foi ampliado e redefinido ao longo dos anos. Em um primeiro momento, a estratégia tinha como objetivo principal reduzir os números de infecções transmissíveis por compartilhamento de seringas, portanto, em uma percepção de reduzir os riscos. Posteriormente, o foco se deslocou para o contexto da minimização dos danos decorrentes do uso, do abuso ou da dependência de SPAs, admitindo-se os danos decorrentes de todas as substâncias e não apenas das injetáveis (MACHADO; BOARINI, 2013).

As ações de RD tinham como objetivo reduzir os índices de infecções, prevenir e mudar os comportamentos considerados de risco, inclusive focando a meta de abstinência total de SPAs. A posteriori, o conceito de situação de vulnerabilidade possibilitou compreender que a “problemática” do consumo de SPAs não se limita à dimensão individual, mas é atravessada por situações de vulnerabilidade econômica, social e política, as quais não podem ser desconsideradas no planejamento de ações de RD (MACHADO; BOARINI, 2013). Portanto, é um fenômeno complexo, amplo, que requer ser

compreendido na dimensão da Saúde Coletiva, necessitando de intervenções interdisciplinares.

Apesar de a RD ser uma estratégia utilizada no contexto de álcool e outras drogas, ela se amplifica para outras possibilidades e cenários, reconhecendo situações de vulnerabilidade (BRASIL, 2013b). A Redução de Danos em uma perspectiva ampliada, também é concebida como um conceito mais abrangente no campo da Saúde Coletiva, por abarcar ações e políticas públicas voltadas para a prevenção dos danos.

Os pontos comuns entre a RD no âmbito de álcool e outras drogas e a RD em uma perspectiva mais ampliada são a valorização do direito de escolha, autonomia e das possibilidades dos sujeitos para os quais estão orientadas essas ações. Dessa maneira, ambas as perspectivas pressupõem o diálogo e o pacto com os sujeitos que assumem papel central, isto é, de protagonistas, sendo que as ações necessitam ser menos normalizadoras e prescritivas (BRASIL, 2013b).

A RD foi se constituindo também enquanto movimento político que valoriza os direitos humanos, a ética no cuidado e busca ampliar o debate sobre as contradições do movimento proibicionista, de combate às drogas e do complexo sistema de drogas. Portanto, nesse sentido, a RD se expande como campo de estudo de diversas áreas como psicologia, ciências sociais, direito e serviço social (SANTOS; SOARES; CAMPOS, 2010).

No Brasil, até o início do ano de 2019, a RD constituía-se em política pública de saúde inserida na Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (BRASIL, 2004a), através da portaria nº 1.059/GM de 4 de julho de 2005 e da portaria nº 1.028, de 1º de julho de 2005, as quais foram extintas, a partir da aprovação recente da nova PNAD

A primeira portaria destinava incentivo financeiro para o fomento de ações de redução de danos em Centros de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas – CAPS ad - e dava outras providências. A segunda determinava e regulava as ações que visavam a redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causassem dependência (BRASIL, 2005a; BRASIL, 2005b).

A RD é compreendida também enquanto ética de cuidado, pois propõe alternativas e intervenções de cuidado que permitem ao usuário relacionar-se com a substância de consumo de maneira menos prejudicial. Dessa maneira, a liberdade de escolha e o direito de decisão do usuário sobre sua própria vida são respeitados. Tal pressuposto pode ajudar na criação e fortalecimento de vínculo entre profissionais de saúde e usuário (SILVEIRA; D'TÔLIS, 2016).

Diferente de atuais abordagens de cuidado hegemônicas, tal como a políticas de abstinência às drogas, que tem o objetivo exclusivo de cessar completamente o uso de substâncias, a RD oferece estratégias de cuidado de acordo com as possibilidades e limitações dos sujeitos. Essa estratégia se destina a pessoas que não desejam ou não conseguem reduzir ou cessar o uso de substâncias. (MORERA; PADILHA; ZEFERINO, 2015; TEIXEIRA et al., 2017).

Considerando a multidimensionalidade que envolve o consumo de SPAs, é necessário oferecer cuidados e orientações personalizados, a fim de considerar as opções e necessidades do sujeito, sejam elas a abstinência, o consumo moderado ou a redução dos danos associados ao consumo (MARLATT; WITKIEWITZ, 2002).

Sendo assim, a RD possui um escopo de estratégias que são construídas e concebidas por meio do diálogo e da relação entre serviço, profissional de saúde e usuário, a fim de assegurar seus direitos e sua cidadania (MACHADO; BOARINI, 2013). A RD reconhece o sujeito na sua totalidade e em seus aspectos relacionais com o lugar social que este ocupa, aumentando, assim, a aderência e o acesso ao cuidado (PACHECO; ANDRADE, 2007; MUNIZ, et al., 2015). O contexto do indivíduo é entendido como um gerador de potencialidades ou dificuldades no cuidado, sendo necessário compreendê-lo e explorá-lo para a promoção de saúde (PACHECO; ANDRADE, 2007).

Nessa perspectiva, esta estratégia busca entender o sujeito para além das drogas e compreender qual o local que a SPA ocupa em sua vida. Na busca pela compreensão do sujeito com todas suas potencialidades e limitações é possível produzir um cuidado compartilhado e responsável (DIAS; PASSOS; SILVA, 2016; MIRANDA, 2018).

Estudos internacionais salientam que a implementação de políticas públicas de Redução de Danos contribui para o aprimoramento dos sistemas de saúde, redução dos riscos sociais associados ao consumo de SPAs (STEIN; MANYED, 2016), bem como benefícios individuais, coletivos e econômicos, pois promovem ações que representam e asseguram os direitos humanos dessa população específica (POLCIN, 2013; BOSQUE-PROUS; BRUGAL; 2016). O foco da RD no mundo, enquanto política, se centra na prevenção de danos e no indivíduo dono de suas próprias decisões, e não no consumo de substâncias psicoativas em si, conforme a *International Harm Reduction Association (HRI)*.

Estudo de revisão bibliográfica conduzido por Marlatt e Witkiewitz (2010), dois estudiosos internacionais de RD, analisa alguns programas e políticas exitosos⁴ de RD. O estudo menciona uma série de programas bem sucedidos e evidências empíricas de que tais programas e políticas contribuem para a diminuição de infecção por doenças transmissíveis. Os programas no contexto internacional citados neste estudo, e que obtiveram bons resultados consistiram em programas de substituição de agulhas, terapia de substituição de opióides, programas de prevenção de overdose, programas de prevenção voltados para adolescentes e adultos jovens e programas de prevenção do uso de substâncias no ambiente de trabalho (MARLATT; WITKIEWITZ, 2010).

O estudo supracitado também aponta que a RD é uma estratégia viável para que os sujeitos não criem resistência ou desistam do tratamento por uma sugestão de abstenia total ou até mesmo por uma incapacidade inicial de alcançá-la (MARLATT; WITKIEWITZ, 2010).

Estudo conduzido por Wilson et al. (2015), que visou avaliar a relação custo-benefício dos programas de RD em nível mundial e sua efetividade na diminuição de infecções por HIV, observou que embora a cobertura dos programas de RD permaneça baixa, estes têm se mostrado eficazes em reduzir os índices de infecção e também se mostram eficazes em termos de custos, tanto a curto como a médio prazo.

Apesar dos avanços e conquistas nos dois estudos internacionalmente citados acima, na época em que foram produzidos, eles evidenciam estratégias na perspectiva de redução de riscos e danos.

Percebe-se que historicamente a perspectiva de RD internacional caminhou no enfoque da RD enquanto estratégia voltada para a população que consome SPAs e na perspectiva de reduzir os riscos e danos, em detrimento de uma perspectiva mais ampliada de RD.

Estudos nacionais sobre as experiências de dispositivos de saúde com a implementação estratégica de RD demonstram a eficácia dessa, enquanto política, à vida dos usuários. Tais estudos salientam que a RD é uma valiosa ferramenta na construção da responsabilização, auto-gestão e emancipação do usuário, afirmando-se enquanto política fundamental para oferecer cuidado integral, centrado na pessoa e seu contexto de vida (DIAS; PASSOS; SILVA, 2016; SIMÕES et al., 2017; ENGSTROM; TEIXEIRA, 2017).

⁴ Políticas de Saúde Mental são um conjunto de princípios e objetivos e ajudam a estabelecer um plano de ação para melhorias na área de Saúde Mental. Programas de Saúde Mental são um conjunto estruturado de intervenções voltado para um objetivo específico de Saúde Mental (WHO, 2005).

O estudo de Santos e Costa (2016) sobre a percepção dos usuários em relação à RD aponta que tal estratégia possibilita formas inovadoras de se relacionar com a substância e viabiliza a liberdade de escolha. Dantas, Cabral e Moraes (2014) corroboram essa premissa demonstrando como a RD possibilita intervenções contextualizadas e de autocuidado baseadas nas experiências dos usuários.

De acordo com Maciel e Vargas (2015), salientam a RD como política, a qual configura-se como uma alternativa potente ao ineficaz paradigma hegemônico de combate às drogas, ao possibilitar a redução de diversas situações de vulnerabilidade no âmbito da saúde e social.

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) preconizava que a Política de Redução de Danos orientasse as intervenções estratégicas em todos os pontos de atenção de saúde, inclusive na atenção primária (BRASIL, 2004a).

Em relação às intervenções de redução de danos, consistem em: informação, educação e aconselhamento; assistência social e à saúde, bem como disponibilização de insumos de proteção à saúde e de prevenção ao HIV/AIDS e Hepatites (BRASIL, 2005b).

De acordo com a antiga portaria nº 1.028 de 01 de julho de 2005, os principais assuntos a serem discutidos durante as orientações de RD são:

“informações sobre os possíveis riscos e danos relacionados ao consumo de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência; desestímulo ao compartilhamento de instrumentos utilizados para consumo de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência; orientação sobre prevenção e conduta em caso de intoxicação aguda (“overdose”); prevenção das infecções pelo HIV, hepatites, endocardites e outras patologias de padrão de transmissão similar; orientação para prática do sexo seguro; divulgação dos serviços públicos e de interesse público, nas áreas de assistência social e de saúde e divulgação dos princípios e garantias fundamentais assegurados na Constituição Federal e nas declarações universais de direitos.” (BRASIL, 2005b)

As intervenções de RD mais relatadas em estudos internacionais compreendem: tratamento de substituição de opióides, onde utiliza-se um fármaco, tal como a metadona para substituir o consumo de heroína; programas de distribuição de agulhas e seringas; salas supervisionadas de consumo de drogas, onde os usuários são supervisionados por profissionais de saúde e podem consumir SPAs em um ambiente higiênico e seguro; prevenção de *overdose*, por meio de orientações e prescrição de fármacos como

Naloxone; educação por pares para promoção da saúde, em que pessoas que já experienciaram o consumo de drogas dialogam e orientam os usuários; teste, vacinação e tratamento de doenças infecciosas e ações de informação para redução de risco de infecção sexualmente transmissível relacionada às drogas (HEDRICH; HARTNOLL, 2015).

Estudo no Brasil de metassíntese sobre Redução de Danos, no âmbito nacional e internacional, aponta que os programas brasileiros orientados por RD ainda são de baixa cobertura e a maioria das técnicas de RD empregadas no país consiste em: troca de seringas e material esterilizado; ações de informações e aconselhamento; distribuição de *Kits* de RD; Terapias de Substituição e ações implementadas em diversos serviços de saúde e de assistência social (GOMES; VECCHIA, 2018).

As trocas de seringas e de material esterilizado são efetivadas por intermédio do fornecimento de seringas e agulhas estéreis para usuários de drogas injetáveis, ou cachimbos para usuário de *crack*, acompanhado de ações informativas e de aconselhamento. Além disso, em alguns locais, há realização de testagem rápida para o vírus HIV. Salienta-se que tais ações têm se mostrado efetivas na diminuição de infecções, podendo ser realizadas nos serviços de saúde ou nas próprias cenas de uso (GOMES; VECCHIA, 2018).

As ações de informação e aconselhamento sobre o consumo seguro de SPAs, bem como as ações preventivas e autocuidado são essenciais nas intervenções de RD. Tais ações podem ser realizadas verbalmente por profissionais de saúde ou entre pares, tanto em nível individual como em grupos. As informações de RD podem também ser difundidas por meio de material educativo impresso. Os *kits* de RD podem ter composições variadas, dependendo do local e dos recursos disponíveis, e podem conter: material impresso educativo, seringas, agulhas, cachimbos, água, preservativos e materiais de higiene pessoal (GOMES; VECCHIA, 2018).

As Terapias de Substituição são práticas mais adotadas no contexto europeu e envolvem a substituição de opiáceos como a heroína, pela prescrição de fármacos, como por exemplo, a metadona e a buprenorfina-naloxona (GOMES; VECCHIA, 2018). Estudo nacional aponta as terapias de substituição de nicotina como recurso de RD, pois alguns usuários usam os adesivos de nicotina e gomas de mascar para manterem níveis seguros de uso do tabaco (FONSECA, 2012).

O mesmo estudo identificou os principais cenários de atuação em que as ações de RD são desenvolvidas e o público-alvo majoritariamente atendido. Os principais locais onde as estratégias de RD são implementadas envolvem as principais cenas de uso e de

vulnerabilidade social, identificadas por meio de mapeamento do território, e também locais públicos e comunitários. O público-alvo da maioria das intervenções foi tanto pessoas em situação de vulnerabilidade e estigmatização social como pessoas em situação de rua, profissionais do sexo e pessoas que residem em condições de habitação precárias (GOMES; VECCHIA, 2018).

Em seu estudo, Inglez-Dias (2014) reconhece algumas lacunas e desafios na execução da política de Redução de Danos no contexto brasileiro, tais como a dificuldade de articulação e integração das políticas públicas de saúde, baixa cobertura, avaliação insuficiente das práticas e financiamento fragmentado e limitado.

No Brasil, somente a portaria nº 1.028 de 1º de julho de 2005 descreve as ações que visam reduzir os danos sociais e de saúde, o que indica a existência de escasso aparato para subsidiar as ações dos profissionais de saúde. Além disso, há pouco material publicado abrangendo a avaliação e o impacto das ações de RD de fato implementadas e executadas (INGLEZ-DIAS, 2014).

Marlatt e Witkiewitz (2010) salientam que alguns profissionais ainda apresentam percepções equivocadas quanto à proposta da RD, e que tal fato constitui-se em um movimento antagônico à proposta da RD, pois eles a consideram como estratégia permissiva e até incentivadora do consumo de SPAs.

Tais concepções errôneas sobre o sentido e os objetivos da política de RD dificultam sua aceitação e implementação nos espaços da saúde e o acesso ao indivíduo e às comunidades a uma nova abordagem de cuidado, que contemple os desejos e necessidades das pessoas que consomem SPAs.

Atualmente, percebe-se que as novas resoluções e políticas sobre álcool e outras drogas no Brasil caminham em um sentido contrário à proposta da redução de danos. Tais modificações nessas políticas representam retrocessos a tudo que já foi e tem sido conquistado, no sentido de um cuidado mais amplo e que desloca o foco da droga em si e o direciona para o ser humano em sua singularidade e subjetividade.

A atual resolução n.1 de 09 de março de 2018 do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), que define as diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da PNAD - Política Nacional sobre Drogas (BRASIL, 2019), aprovada pelo Decreto 4.345, de 26 de agosto de 2002⁵ (BRASIL, 2002), tem como premissa básica a promoção da abstinência pelos programas, projetos e ações no âmbito de álcool e outras drogas. Isso

⁵ O decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002 institui a política nacional antidrogas e dá outras providências (BRASIL, 2002).

significa que as ações de saúde devem ser orientadas por um modelo proibicionista e não pautadas tanto a Redução de Danos como nos princípios da Reforma Psiquiátrica e dos direitos dos usuários (BORBA; OLIVEIRA, 2018).

Tal modificação na política sobre drogas preconiza a promoção de uma estratégia que não necessariamente é eficiente para todos ou abarca os desejos e necessidades de todos os usuários.

Dessa forma, ao se promover uma estratégia descontextualizada e despersonalizada do usuário, esta pode desencadear a perda do vínculo deste usuário com os dispositivos de saúde, podendo se deparar com sentimentos de incapacidade e frustração e se afastar dos espaços de cuidado.

A abstinência ofertada como única solução possível à questão do uso “problemático” de SPAs pode promover receio nos usuários, aos profissionais e aos dispositivos de saúde, desencadeando prejuízo na continuidade do cuidado. O indivíduo que não deseja ou não está em condições de decidir e/ou atingir a abstinência pode se afastar dos recursos ofertados pelo sistema de saúde, não se beneficiando de estratégias de promoção de saúde, diminuição de riscos e de autocuidado.

Além da menção à promoção de abstinência, a nova resolução do CONAD (BRASIL, 2019) reforça o modelo asilar, apontando para um maior incentivo às Comunidades Terapêuticas (CT), em detrimento dos espaços de cuidado de base comunitária e de reabilitação psicossocial (PRUDENCIO; SENNA, 2018; DELGADO, 2019).

O repasse de recursos financeiros da União para as CTs pode comprometer o financiamento das iniciativas do SUS e dos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

2. 2 A ATUAL POLÍTICA NACIONAL SOBRE DROGAS: DA EXCLUSÃO DA REDUÇÃO DE DANOS À ÊNFASE NA PROMOÇÃO E MANUTENÇÃO DA ABSTINÊNCIA

Atualmente, o Brasil vive momentos de transformações em relação às políticas públicas de saúde, principalmente no âmbito de álcool e outras drogas (PRUDENCIO; SENNA, 2018). No ano de 2019 foi sancionado o decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019, que aprova a Política Nacional sobre Drogas e revoga o decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002 (BRASIL, 2002). O decreto nº 9.761 exclui a redução de danos como estratégia norteadora do cuidado e privilegia a promoção e manutenção da abstinência (BRASIL, 2019).

Um dos principais objetivos da nova política é:

“Considerar nas políticas públicas em geral as causas e os fatores relacionados ao uso, ao uso indevido e à dependência do tabaco e seus derivados, do álcool e de outras drogas e garantir que as pessoas afetadas pelos problemas decorrentes de seu uso sejam tratadas de forma integrada e em rede, com o objetivo de que se mantenham abstinentes em relação ao uso de drogas” (BRASIL, 2019).

O Decreto nº 9.761 traz ainda como um de seus pressupostos que:

“As ações, os programas, os projetos, as atividades de atenção, o cuidado, a assistência, a prevenção, o tratamento, o acolhimento, o apoio, a mútua ajuda, a reinserção social, os estudos, a pesquisa, a avaliação, as formações e as capacitações objetivarão que as pessoas mantenham-se abstinentes em relação ao uso de drogas” (BRASIL, 2019).

Percebe-se uma incompreensão do governo brasileiro em não reconhecer a RD, inclusive como uma estratégia processual para se atingir o objetivo de abstinência, quando indicado clinicamente. A busca somente pela abstinência possivelmente desencadeará um aumento e investimento em internações involuntárias e compulsórias, bem como fomento de abertura de leitos de internação em hospitais gerais públicos e privados, considerando-se que para alguns usuários tal meta terapêutica é de difícil concretude. Entretanto, a contramão de tal política também consistirá em evasão de usuários dos serviços de saúde e de saúde mental.

Outra consideração relevante é que tanto no âmbito ideológico como prático do cuidado, há a tendência de se retornar aos modelos tradicionais de assistência, focalizando no modelo de doença e de cura como única solução, bem como um processo de institucionalização.

A estratégia de RD pressupõe o respeito e a consideração da vontade do sujeito e suas possibilidades mediante as condições que interpelam o sujeito, seu contexto de vida e sua relação com as drogas. Sendo assim, esse sujeito pode optar ou não pela abstinência total. Quando se fala em exclusão da RD e promoção da abstinência, retira-se do sujeito sua possibilidade de escolha. Se caso o usuário escolher continuar o consumo de SPAs, ou não conseguir atingir a abstinência total, retira-se desse usuário a oportunidade de ter acesso a orientações, intervenções e possibilidades de se pensar em um consumo que acarrete menos riscos e danos.

Além disso, a impossibilidade do usuário em conseguir a abstinência, pode ser reforçada por intermédio da explicação do modelo moral, o qual salienta que o insucesso da terapêutica e da mudança de seu comportamento aditivo relaciona-se à sua falta de motivação interna e vontade, desencadeando sentimentos de culpa (MARLATT, 1993).

A estratégia de RD vem sendo estudada e implementada com êxito em diversos países do mundo (MARLATT; WITKIEWITZ, 2002; WILSON et al. 2015; MARLATT; WITKIEWITZ, 2010; STEIN; MANYED, 2016; POLCIN, 2013; BOSQUE-PROUS; BRUGAL; 2016; NOSYK et al., 2017; FOLCH et al., 2018). Portanto, entende-se que por mais que tal estratégia encontre resistências no Brasil, é uma estratégia eficaz e capaz de trazer grandes benefícios ao usuário, família e comunidade.

Além disso, o decreto nº 9.761, reforça a manutenção de Comunidades Terapêuticas como espaços de investimento financeiro e de “cuidado”. O decreto aponta como diretrizes:

“Estimular e apoiar, inclusive financeiramente, o trabalho de comunidades terapêuticas, de adesão e permanência voluntárias pelo acolhido, de caráter residencial e transitório, inclusive entidades que as congreguem ou as representem. Estimular e apoiar, inclusive financeiramente, o aprimoramento, o desenvolvimento e a estruturação física e funcional das Comunidades Terapêuticas e de outras entidades de tratamento, acolhimento, recuperação, apoio e mútua ajuda, reinserção social, de prevenção e de capacitação continuada.” (BRASIL, 2019)

Tais diretrizes implicam em um subfinanciamento aos CAPS AD, que são dispositivos de saúde de base comunitária que possuem uma equipe multiprofissional especializada e capaz de atender a população usuária de SPAs, em oposição às CTs, as quais não possuem equipe técnica, mas predominantemente de cunho religioso. Além disso, os usuários acolhidos nas CTs geralmente são privados do convívio com seus familiares e a comunidade por um período de tempo determinado. Em muitas CTs, as ações são pautadas na religião e existem critérios excludentes de admissão dos usuários, como por exemplo, orientação sexual, estar sob o efeito de SPAs (GUIMARÃES; ROSA, 2019) ou apresentar quadro psicótico.

Apesar dos retrocessos aprovados pelo novo decreto da Política Nacional sobre Drogas (BRASIL, 2019), a Redução de Danos vai além de uma teoria ou política e não se limita ao papel. Ela continua se materializando na prática, na relação com o usuário e no cotidiano profissional. Embora o momento político atual seja de transição e de perda de

políticas e programas conquistados em épocas anteriores, acredita-se que a perspectiva da RD continuará sendo uma estratégia libertadora, que orientará as ações de cuidado dos profissionais.

Há ainda muitos desafios e lutas a serem travadas para a construção de um cuidado pautado na emancipação dos sujeitos, garantia de direitos e no respeito aos desejos e demandas singulares que envolvem o consumo de SPAs.

2. 3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E AS ESTRATÉGIAS DE REDUÇÃO DE DANOS

Com a implantação e regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição de 1988, configurado como: um conjunto de ações e serviços de saúde que tem por objetivo a promoção de qualidade de vida para toda a população brasileira e a garantia de acesso de todos a uma assistência à saúde integral e equitativa; ocorreu uma reformulação profunda da assistência à saúde, visando à consolidação de uma rede de cuidados regionalizada, hierarquizada e integrada (BRASIL, 1988).

A partir da implementação do SUS, a Atenção Primária à Saúde (APS)⁶ surgiu para reorientar o modelo de assistência à saúde, a fim de considerar as demandas e necessidades da população. A APS passou a ser a principal porta de entrada e articuladora de comunicação da rede de atenção à saúde (RAS), devendo atender a todas as pessoas do território, de acordo suas demandas, determinantes e condicionantes de saúde (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2017a).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi aprovada pela portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011a). Entretanto, com a portaria n. 2.436 de 21 de setembro de 2017, a qual aprova a nova PNAB, foram estabelecidas a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica no SUS, tendo a Estratégia da Saúde da Família como estratégia preferencial para sua ampliação e solidificação (BRASIL, 2017a). Entretanto, esta PNAB apresenta algumas incongruências, as quais envolvem alterações de parâmetros populacionais e a não obrigatoriedade da presença do Agente Comunitário em Saúde nas equipes de saúde da família. Tal fato pode desencadear a descaracterização e fragilidade na APS (DELGADO, 2019).

A APS é definida como grupo de ações de saúde nos âmbitos individuais, familiares e coletivos que envolvem ações de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico,

⁶ Este projeto de pesquisa considera o termo Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica como sinônimos, de acordo com a literatura (BRASIL, 2017a; GIOVANELLA, 2018).

tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. As principais diretrizes que guiam a operacionalização da APS são: regionalização e hierarquização, territorialização, cuidado centrado na pessoa, longitudinalidade do cuidado, coordenação do cuidado, ordenação da rede e participação da comunidade (BRASIL, 2017a).

Salienta-se que a portaria de Consolidação n. 3 de 28 de setembro de 2017, a qual aborda a consolidação das normas sobre redes do SUS, descreve em seu anexo V, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (BRASIL, 2017b). Por intermédio da portaria n. 3.088 de 23 de dezembro de 2011, a RAPS para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, bem como pessoas com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas no SUS, foi instituída. Entretanto, ressalta-se que com o surgimento da portaria n. 3.588 de 21 de dezembro de 2017, houve alteração da portaria de Consolidação n. 3, para dispor sobre a RAPS e dá outras providências (BRASIL, 2017c). As principais alterações na portaria 3.088/11, decorrentes da portaria n.3.588, consistiram na inserção de Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental, o retorno de serviços ambulatoriais especializados e hospitais dias, bem como a inserção do hospital psiquiátrico especializado e unidade de referência especializada em hospital geral na RAPS. Dessa maneira, compreende-se que com o incentivo de manutenção dos hospitais psiquiátricos, subentende-se que as diversas modalidades de CAPS, não representam mais como serviços substitutivos ao modelo asilar, corroborando a literatura (DELGADO, 2019).

De acordo com a resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017, que estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a APS está incluída como um dos seus componentes que a integram juntamente com Consultório na Rua; Centros de Convivência; Unidades de Acolhimento (Adulto e Infanto-Juvenil); Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) I e II; Hospital Dia; Unidades de Referência Especializadas em Hospitais Gerais; Centros de Atenção Psicossocial nas suas diversas modalidades; Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental e Hospitais Psiquiátricos Especializados (BRASIL, 2017d). Apesar de apresentar em suas entrelinhas no artigo 5º, o impedimento de ampliar capacidade de leitos psiquiátricos em hospitais especializados, reafirmando o modelo de assistência de base comunitária, não explicita o incentivo a tais serviços no território, mas fomenta, por intermédio do inciso IV, o reajuste de valor de internação de forma escalonada em hospitais especializados (BRASIL, 2017a). Além disso, o artigo 9º ressalta a ampliação da oferta de leitos hospitalares (BRASIL, 2017a), o que demonstra contradições relevantes e incentivo em

internações, reduzindo-se o investimento no acompanhamento do usuário em sistema aberto.

Aponta-se que com a aprovação desta resolução, houve alterações na Portaria n. 3.088 de 23 de dezembro de 2011, a qual institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS (BRASIL, 2011b).

Salienta-se que a RAPS assume diversas composições e fluxos de organização, dependendo das características dos diferentes municípios e territórios, para o atendimento de pessoas com necessidades e demandas decorrentes de transtornos mentais e/ou do consumo de SPAs. Entretanto, percebe-se que a trajetória histórica da Reforma Psiquiátrica brasileira se difere quanto aos seus avanços, quando se compara entre a área de transtornos mentais/loucura e a de álcool e outras drogas (ASSIS; BARREIROS; CONCEIÇÃO, 2013). No início do processo de Reforma Psiquiátrica, as discussões sobre o cuidado às pessoas com transtornos mentais derivados do consumo de SPAs não foram totalmente aprofundadas, considerando o seu reconhecimento, enquanto uma das problemáticas de saúde pública, ocorreu somente em 2002, quando do surgimento do Programa Nacional de Atenção Comunitária nesta área específica. Desta maneira, as justificativas em relação à diversidade dos avanços entre o movimento de transformação entre a área de saúde mental direcionada para os transtornos mentais/loucura e no âmbito de substâncias psicoativas, referem-se ao predomínio de concepções em saberes e práticas focadas no modelo jurídico-moral e biomédico na área de álcool e outras drogas. Assim, a dificuldade de clareza em considerar este fenômeno em uma perspectiva multifatorial e complexa, desencadeou percepções estigmatizantes e preconceituosas da imagem do usuário de SPAs, considerando-o enquanto “ser doente” que necessita estar internado em instituições fechadas, bem como, enquanto ameaça à sociedade, associando o consumo de drogas à violência e criminalidade (ASSIS; BARREIROS; CONCEIÇÃO, 2013).

A APS é constituída pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) prioritariamente, pelos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e pelos membros de Equipe de Consultório na Rua (eCR). As UBS são formadas pelas equipes de Atenção Básica (eAB) ou de Saúde da Família (eSF), e são os principais serviços responsáveis por reorganizar o modelo de assistência e funcionamento da RAS (BRASIL, 2017a).

Segundo a nova PNAB, aprovada pela portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017, compete ao processo de trabalho das equipes de atenção básica⁷ algumas ações fundamentais, dentre elas a Redução de Danos, o que entra em confronto com a atual política sobre drogas:

“Devem ser considerados na abordagem da Promoção da Saúde na AB: alimentação adequada e saudável; práticas corporais e atividade física; enfrentamento do uso do tabaco e seus derivados; enfrentamento do uso abusivo de álcool; promoção da redução de danos; promoção da mobilidade segura e sustentável; promoção da cultura de paz e de direitos humanos; promoção do desenvolvimento sustentável” (BRASIL, 2017a).

Apesar de extinta esta legislação que está sendo referenciada, percebe-se ainda que os serviços da rede de atenção primária à saúde apresentam-se como porta de entrada também para as pessoas com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas e devem oferecer ações básicas de saúde, com a finalidade de identificar situações de risco e de alta vulnerabilidade, implementar estratégias de educação em saúde e promover saúde e ações de Redução de Danos (BRASIL, 2004a).

As UBSs e USFs são espaços capazes de oferecer um escopo de ações voltadas para o consumo de substâncias, tais como ações de prevenção de uso prejudicial de SPAs, promoção de saúde, orientações no sentido de um consumo mais responsável e menos danoso, ações de rastreamento de uso de álcool, *crack* e outras drogas⁸ e de intervenção breve⁹.

Os dispositivos de APS, os quais envolvem as UBSs e USFs, também podem operar por intermédio de ações conhecidas e denominadas de tecnologias leves¹⁰, as quais permeiam o processo de cuidado por meio das interações entre profissional de saúde e usuários, do estabelecimento de vínculo, do diálogo, da escuta qualificada, do acolhimento, da promoção à saúde e prevenção à doença. Esta tecnologia aproxima a

⁷ A Política Nacional de Atenção Básica considera equivalentes os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2017a).

⁸ Ações de rastreamento podem incluir a utilização de instrumentos que avaliam o consumo de SPAs e que são utilizados no âmbito da Atenção Primária à Saúde. São exemplos de instrumentos o *Alcohol use disorders identification test* (AUDIT) e o *Alcohol, smoking and substance involvement screening test* (ASSIST) (HUMENIUK; DENNINGTON, 2008).

⁹ Intervenção Breve é uma técnica de curta duração direcionada para a mudança de comportamento de usuários que realizam consumo nocivo de SPAs (HUMENIUK; DENNINGTON, 2008).

¹⁰ As tecnologias leves são consideradas saberes e práticas que envolvem processos relacionais entre usuários e profissionais de saúde no trabalho, por intermédio de escuta qualificada, acolhimento, diálogos, estabelecimento de vínculo, autonomia e corresponsabilização com o objetivo de construir um processo terapêutico (FRANCO; MERHY, 2013).

prática em saúde com os projetos de vida dos sujeitos que buscam ajuda nestes equipamentos de saúde (SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018; FRANCO; MERHY, 2013).

Para Lancetti (2004), entende-se que na saúde mental e na dimensão da APS, o nível de complexidade deste cuidado é considerado invertido, o que ele denominou de “complexidade invertida”. Para o autor, as ações mais complexas se desenvolvem no nível primário de atenção da rede de saúde, pois as intervenções se desdobram no território, no cuidado com as famílias e na comunidade, enquanto que os procedimentos mais simples estão no âmbito do hospital psiquiátrico, local este em que se perde a complexidade deste cuidado e se instaura a simplificação por meio de ações institucionalizadas. Assim, tal complexidade invertida requer dos profissionais de saúde e dos gestores um novo modelo de produzir cuidado, o qual é complexo e diversificado. Justifica-se que é impossível compreender as necessidades das pessoas e de seus familiares, as quais envolvem tanto a saúde mental como as de uso/abuso/dependência de SPAs, se não forem inseridas no contexto do seu território, pois ele é espaço produtor de subjetividade (LANCETTI, 2014) e intersubjetividade. Portanto, os profissionais da APS necessitam ater-se às redes que constroem e estruturam a vida coletiva das pessoas, bem como aos mecanismos que apóiam ou delimitam os acontecimentos sociais (LANCETTI, 2002) e culturais.

No referente à RD, esta se estabelece enquanto estratégia de “baixa exigência”, ou seja, é construída em cooperação com o usuário e não com abordagens impositivas, que exigem somente a abstenia, por exemplo. Nessa abordagem de baixa exigência, os profissionais se dispõem a atender o usuário seja do jeito que ele estiver e no local em que estiver, sob ação de uso de substâncias ou não, a fim de promover aceitação do usuário e aumentar a adesão deste ao tratamento (FÔNSECA, 2012).

Sendo assim, torna-se importante compreender os desafios do trabalho cotidiano dos profissionais de saúde fundamentado no cuidado de complexidade invertida e de clínica de baixa exigência, que sustentam e são sustentadas pelas tecnologias leves e produzem avanços nos modos de cuidar.

Segundo Paula et al. (2014), existem ainda muitos impasses no âmbito da APS relacionados ao cuidado a usuários com uso prejudicial de SPAs, que comprometem a qualidade e integralidade da assistência, como por exemplo, dificuldade de estabelecimento de vínculos entre profissionais e usuários, bem como a presença de preconceitos.

Nos serviços da atenção primária à saúde, a lógica da abstinência e do cuidado centrado na doença ainda são as perspectivas dominantes que permeiam a atuação dos

profissionais nos serviços de saúde nesses espaços de atenção (COELHO; SOARES, 2014; TISOTT et al., 2015).

Estudo qualitativo realizado em uma UBS do município de São Paulo no âmbito da APS apontou que as práticas voltadas ao usuário ou coletivos que consomem álcool, *crack* e outras drogas, ainda são perpassadas por ideologia moralista e discriminatória (COELHO; SOARES, 2014). A falta de interesse pela temática do consumo de SPAs, de RD e de discussão nos diferentes âmbitos de atenção representa importantes obstáculos para a consolidação e execução da política ou estratégias de RD (TISOTT et al., 2015).

Apesar de a PNAB mencionar a Redução de Danos como ponto importante a ser trabalhado na atenção básica, não é descrita como tal estratégia deve ser incorporada no processo de trabalho dos profissionais da equipe de atenção primária à saúde. Dessa maneira, os profissionais de saúde não encontram nesta política, ações de apoio e preparo.

Estudo conduzido por Hirdes et al. (2015) aponta a importância e a necessidade do apoio matricial em saúde mental, como potente meio de capacitação e criação de novas perspectivas de cuidado, capaz de prover ações de saúde eficazes e qualificadas.

O projeto Caminhos do Cuidado é uma iniciativa do Ministério da Saúde que tem o objetivo de oferecer a formação de agentes comunitários de saúde, auxiliares e técnicos de enfermagem da saúde da família em saúde mental com ênfase em crack, álcool e outras drogas, pautado nos princípios da Reforma Psiquiátrica e na Redução de Danos (BRASIL, 2013a). Esse projeto é uma importante ferramenta para a ampliação do conhecimento e educação continuada de profissionais que atuam na APS, e contribui para desmistificar preconceitos acerca da questão do uso de SPAs e melhorar a qualidade da relação profissional-usuário (SANTOS; FERLA, 2017).

Faz-se necessário, portanto, cada vez mais, o incentivo à criação de espaços de discussão, matriciamento, trocas e aprendizado sobre a atenção ao usuário, familiares e comunidades que convivem com o consumo de SPAs em uma perspectiva trilhada pela estratégia da RD e a importância do protagonismo e responsabilização do usuário em seu processo de cuidado.

2. 4 CUIDADO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

No contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), os profissionais de enfermagem desempenham papel fundamental no cuidado ao usuário, familiar e comunidade que vivenciam situações que envolvem o consumo de álcool, *crack* e outras drogas.

Dessa maneira, é relevante conceituar o termo cuidado e cuidar, considerando que o cuidar constitui na principal essência de ação no trabalho da enfermagem. O termo Cuidado significa mais do que uma sequência de ações que têm por objetivo tratar/curar determinada doença. É um processo que se estabelece na relação com o outro e implica em responsabilização, preocupação e envolvimento. Cuidar é uma atitude que busca criar uma vinculação, respeitando a vida e considerando todos os aspectos que constituem a experiência humana e não apenas a doença (YASUI, 2007). Portanto, o cuidado de enfermagem não se restringe às intervenções técnicas, tendo como “objeto” de seu cuidar a doença ou a sintomatologia, mas sim o sujeito que experiencia o processo de adoecer e a doença.

Diante disso, o cuidado deve ser pautado na clínica ampliada que considera o cuidado do sujeito no território, pensado como território vivo e dinâmico com potencialidades e impasses, a valorização da história de vida, a compreensão ampliada do processo saúde-doença e a construção compartilhada de terapêuticas (BRASIL, 2009). Na saúde, os territórios são delimitados geograficamente para organização da população atendida; no entanto, esse espaço é um território social, delineado pelas interações sociais, trabalho e histórias de vida, construídos pelos sujeitos que significam e ressignificam esse espaço (SILVA et al., 2018). Dessa maneira, é importante que o profissional de enfermagem reconheça e compreenda o espaço no qual vive a população atendida por uma unidade de saúde; espaço este que é compreendido como território vivo e dinâmico

Entende-se que o sujeito que consome SPAs, objeto de cuidado e intervenção, neste caso da equipe de enfermagem, requer também uma rede ampla, complexa e diversificada de recursos e estratégias, inclusive a RD (BRASIL, 2009).

Devido à interação próxima ao território, os profissionais de enfermagem têm potencial para detectar necessidades de saúde decorrentes do consumo de SPAs e elaborar estratégias de cuidado (SOUZA; PINTO, 2012). Tais cuidados e ações necessitam convergir aos princípios do modelo de atenção psicossocial e estratégias de Redução de Danos.

De acordo com a PNAB, as atribuições dos profissionais de enfermagem abarcam o desenvolvimento de ações de promoção de saúde direcionadas às necessidades da população local promovendo um cuidado integral (BRASIL, 2017a).

O processo de trabalho dos profissionais de enfermagem envolve o estabelecimento de vínculos com o usuário e a família, acolhimento das necessidades de saúde, realização de atividades em grupo, levantamento de demandas físicas, sociais e dos determinantes de saúde e elaboração de plano de cuidados. Dessa maneira, a equipe de enfermagem tem papel central no cuidado com o usuário que consome SPAs. Esses profissionais podem utilizar de momentos favoráveis tanto em nível individual como coletivo para fornecer orientações e elaborar estratégias de RD.

Entretanto, a falta de capacitação dos profissionais de saúde, tanto no âmbito da graduação como no ambiente de trabalho, voltada para o manejo com o usuário de SPAs na perspectiva da APS, constitui-se em uma barreira para o acolhimento e assistência qualificada gerando muitas vezes desconforto e insegurança nos profissionais ao atenderem os usuários e familiares (HIRDES et al., 2015).

Outra barreira encontrada na literatura no que tange ao cuidado à pessoa que consome álcool, *crack* e outras drogas diz respeito à dificuldade de articulação e integração dos dispositivos da RAPS. Tais dificuldades estão relacionadas à desconsideração do processo de referência e contra referência e ao despreparo das unidades de saúde (VARELA et al., 2016).

O fortalecimento da RAPS e a integração das ações dos seus dispositivos provêm pontos de acesso diversificados e ampliados, bem como asseguram a continuidade do cuidado, contemplando as necessidades e os múltiplos fatores imbricados no processo de consumo de SPAs (BRASIL, 2004a).

Em revisão narrativa de literatura realizada pela própria pesquisadora deste estudo, utilizando-se de descritores de saúde “redução de danos” e “atenção primária à saúde” com operador booleano AND, nas bases de dados: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Banco de dados em Enfermagem (BDENF), explorando o período de 5 anos, foram encontrados 16 artigos que abordavam a temática.

Os estudos que salientam as concepções dos profissionais que atuam nos CAPSs quanto à política de Redução de Danos apontam que os profissionais das equipes de saúde dos CAPS AD, por muitas vezes, desconhecem a proposta da política, possuem perspectivas transpassadas pelo medo e preconceito moral, e suas práticas não consideram a liberdade de escolha dos usuários, violando seus direitos e os princípios do SUS (SOUZA et al., 2012; CALASSA; PENSO; FREITAS, 2015; CARVALHO; DIMENSTEIN, 2017; SOUZA et al., 2017a).

No entanto, nesta breve revisão narrativa de literatura, escassos estudos foram encontrados sobre redução de danos e a atenção primária, principalmente envolvendo a enfermagem, sendo que a maioria desses discutia a RD no âmbito de consultório na rua e não em UBSs e USFs (ENGSTROM; TEIXEIRA, 2016; CAMARGO, 2006; SIMÕES et al., 2017).

De acordo com este levantamento, não foram encontrados estudos que abordassem os saberes e práticas relacionados à estratégia de Redução de Danos na percepção de profissionais de enfermagem que atuam nos dispositivos de atenção primária à saúde. Além disso, não há estudos nacionais que explorem discursivamente as percepções desses trabalhadores diante da teoria e atividade prática sobre RD na rede de atenção primária.

Portanto, acredita-se que a análise dos sentidos produzidos pelos profissionais de enfermagem da atenção primária à saúde sobre Redução de Danos possa possibilitar o surgimento de reflexões e estratégias de cuidado que assegurem a autonomia e os direitos dos usuários de SPAs.

Assim, a análise dos sentidos produzidos nos discursos da equipe de enfermagem possibilitará também apreender as formações ideológicas e imaginárias que os perpassam a partir do contexto sócio histórico em que esses profissionais estão inseridos. Portanto, o presente estudo tem como questão de pesquisa: Quais são os sentidos produzidos pelos profissionais de enfermagem em relação aos saberes e práticas sobre as estratégias de Redução de Danos na atenção primária à saúde?

3 JUSTIFICATIVA

Este estudo justifica-se pela sua relevância, pois a partir da análise e interpretação do discurso dos profissionais de enfermagem, atuantes nos dispositivos da rede de atenção primária à saúde, sobre os saberes e práticas relacionados às estratégias de Redução de Danos poderá subsidiá-los a refletir sobre o desenvolvimento de seu trabalho.

Além disso, espera-se que ao apreender as condições de produção de seus discursos e as formações ideológicas que os perpassam, esta pesquisa possa contribuir para o aperfeiçoamento da qualidade da formação profissional, bem como do cuidado prestado aos usuários e implementação de novas práticas de cuidar em enfermagem, as quais precisam estar alinhadas às estratégias de Redução de Danos e aos preceitos da Reforma Psiquiátrica.

Este estudo também tem como propósito contribuir no avanço da produção de conhecimento científico, considerando que, ao apreender as concepções que permeiam os saberes e práticas dos profissionais de enfermagem, possibilita identificar as lacunas nesse campo de conhecimento e subsidiar novos estudos de produção de cuidado para pessoas que consomem SPAs e estratégias de RD. Além disso, a produção científica é considerada escassa nesta temática, principalmente no referencial teórico-metodológico de Análise de Discurso de matriz francesa.

4 OBJETIVO GERAL

Analisar quais os sentidos produzidos nos discursos dos profissionais de enfermagem, de uma cidade do interior paulista, sobre a estratégia de Redução de Danos na Atenção Primária à Saúde, por meio de suas percepções.

4. 1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Apreender a produção de sentidos sobre a estratégia de Redução de Danos constitutiva dos discursos dos profissionais de enfermagem, que perpassa seus saberes, a partir das condições de produção em que estão inseridos.
- Apreender a produção de sentidos sobre o usuário de substâncias psicoativas e as motivações para o consumo, constitutiva dos discursos dos profissionais de enfermagem, que perpassa seus saberes, a partir das condições de produção em que estão inseridos.
- Apreender a produção de sentidos sobre a estratégia de Redução de Danos constitutivas dos discursos dos profissionais de enfermagem, que perpassa sua prática, a partir das condições de produção em que estão inseridos.

5 MATERIAL E MÉTODOS

5. 1 REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO

O estudo foi fundamentado no referencial teórico e metodológico de Análise de Discurso (AD) de matriz francesa de Michel Pêcheux e de sua filiada Eni Orlandi, introdutora desse referencial no Brasil.

Esse referencial teórico parte da consolidação de três principais áreas do conhecimento: a área da Linguística, do Materialismo Histórico e da Psicanálise (ORLANDI, 2015). A Linguística aborda a teoria da linguagem e dos processos de enunciação; o Materialismo Histórico contribui com os conceitos teóricos de formações sociais e suas transformações, de ideologia de Althusser e da importância do contexto histórico na formação do homem, e a Psicanálise contribui com a noção de sujeito e o estudo do modo inconsciente (SILVA, 2005; BRANDÃO, 2012).

O discurso não se constitui somente em processo linear de transmissão de informações e decodificações de mensagens (ORLANDI, 2015). O discurso é definido como a palavra em movimento, ou seja, a prática da linguagem, a qual é a matéria prima da abordagem da análise de discurso. Os discursos do sujeito são construídos socialmente e determinados pela ideologia, de maneira que não são originados no próprio enunciador, mas concebidos em um determinado contexto social e histórico, e para analisá-los é necessário considerar tais contextos (ORLANDI, 2015).

A AD não se ocupa em compreender a língua em si e a gramática, mas o discurso e as produções dinâmicas de sentido conferidas ao discurso pelos sujeitos ao longo da história. A AD busca captar os sentidos além da superfície do discurso, além do que se diz ou no que também não é dito (ORLANDI, 2015).

O discurso é o efeito de sentidos entre locutores. Nesse processo de interlocução existem sujeitos se constituindo, bem como sujeitos e sentidos se afetando e sendo afetados pela ideologia e história. Assim, os sentidos são determinados pela história e ideologia no funcionamento da língua, bem como constituídos no momento da enunciação (PÊCHEUX, 2014). A AD possibilita analisar o discurso situando-o no processo relacional entre a linguagem e o contexto histórico, identificando os vestígios e as marcas das contradições ideológicas na materialidade linguística (BRANDÃO, 2012).

O processo de análise discursiva compreende o discurso, enquanto mediador do homem e da realidade. É por meio deste que os sujeitos conferem significados à sua existência (ORLANDI, 2015).

O sujeito na Análise de Discurso é constituído na interação com o outro, bem como interpelado pela ideologia e pelo inconsciente (ORLANDI, 2015). Portanto, o sujeito de linguagem é descentrado, clivado, cindido e assujeitado às diferentes formações discursivas e formações ideológicas, o qual não tem controle em seu dizer e pensamento (ORLANDI, 2015; PÊCHEUX, 2014).

O sujeito é descentrado, pois o *eu* não ocupa lugar de centralidade, já que o sujeito é transpassado por forças internas ou externas que o constituem e são muitas vezes

desconhecidas ao próprio sujeito. O sujeito é cindido, pois não é um ser uniforme, é formado pelo inconsciente que provoca a divisão do *eu*. Ou seja, ele é constituído também pelo inconsciente que se manifesta por enunciações que revelam algo que muitas vezes o sujeito não está consciente do que é revelado (BRANDÃO, 2012).

Desta maneira, o “sujeito discursivo funciona pelo inconsciente e pela ideologia” (ORLANDI, 2015, p.20). Assim, não há discurso sem sujeito e não há sujeito sem ideologia (ORLANDI, 2015).

Os sujeitos então, também são considerados em seu contexto histórico e os processos de produção de sentido atribuídos ao discurso são utilizados para se relacionar com os outros e com o mundo (SILVA, 2005). Os sentidos são determinados pelas posições ideológicas assumidas pelos sujeitos em determinado processo sócio histórico (ORLANDI, 2015).

A Análise de Discurso busca compreender as condições em que os discursos são produzidos. As condições de produção incluem o sentido estrito, ou seja, o contexto imediato em que um discurso está sendo emitido, e também o sentido amplo, que envolve o contexto sócio histórico, aspectos imaginários e ideológicos. Os discursos são entremeados por contextos que permitem a formação de um dizer. Nada do que é dito é desprovido de sentidos construídos historicamente, ideologicamente e pela imaginação (ORLANDI, 2015).

Os sentidos produzidos pelos sujeitos se inscrevem nas Formações Discursivas (FDs). Segundo Orlandi (2015, p.43), uma formação discursiva:

“Define-se como aquilo que em uma formação ideológica dada – ou seja, a partir de uma posição dada em uma conjuntura dada – determina o que pode e deve ser dito”

Perpassam pelas FDs dois eixos distintos: o intradiscurso e o interdiscurso. O intradiscurso constitui-se no eixo da formulação do enunciado. É o que está sendo dito no momento em uma determinada circunstância dada. Já o interdiscurso, também chamado de memória discursiva, é o já dito anteriormente, em outro lugar pré-construído, que possibilita o dizer. São as memórias coletivas e sociais que são delineadas na história e se materializam no discurso (GOMES, 2007; ORLANDI, 2015). Portanto, uma FD é transpassada por várias FDs e toda FD é atravessada pelo Interdiscurso. As FDs se constituem na relação interdiscursiva, onde há trocas das FDs com componentes pré-concebidos e produzidos exteriormente a eles (BRANDÃO, 2012).

As FDs são também entremeadas por formações imaginárias e formações ideológicas. No discurso, as formações imaginárias são concebidas como o lugar ou posição na formação social que o sujeito imagina que ocupa. São a imagem do local que o sujeito acredita ocupar e que pensa que o destinatário ocupa em uma determinada relação; envolvem concepções imaginárias que influenciam na produção de um discurso (BRANDÃO, 2012).

As formações ideológicas se materializam no discurso e são norteadoras dos sentidos presentes nas formações discursivas. Portanto, as formações ideológicas se definem como o que não é transparente e emergente na fala do sujeito (ORLANDI, 2015). Para Pêcheux e Fuchs (1997, p.166), formações ideológicas constituem em:

“Conjunto complexo de atitudes e representações que não são nem individuais, nem universais, mas se relacionam mais ou menos diretamente a posições de classes em conflito umas com as outras”.

As formações ideológicas estão transcritas nas formações discursivas. A FD permite compreender o processo em que o discurso foi produzido e sua relação com a ideologia. As formações ideológicas contêm uma ou mais FD interligadas (HAROCHE; PÊCHEUX; HENRY, 2007).

Apropriando-se da literatura sobre AD (GOMES, 2007), na prática do profissional de enfermagem, a fala, as palavras e o discurso entremeiam a cotidianidade e a relação com os usuários, constituindo-se como alicerce do seu exercício profissional. Dessa maneira, é importante analisar os processos discursivos desses sujeitos e os contextos vivenciados, nos quais são produzidos.

5. 2 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de estudo qualitativo e exploratório. A pesquisa qualitativa permite trabalhar com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes dos sujeitos estudados, possibilitando assim aprofundar o estudo sobre fenômenos pouco conhecidos que necessitam de uma abordagem que ultrapassa a quantificação (MINAYO, 2016).

A pesquisa exploratória tem a finalidade de esclarecer, desenvolver e estimular a compreensão de determinado assunto pouco conhecido (GIL, 2008). Portanto, a pesquisa exploratória e qualitativa busca obter uma visão ampla do fenômeno estudado.

5. 3 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada em um município do interior paulista. A coleta de dados foi realizada nas unidades de saúde da rede de Atenção Primária à Saúde, sendo duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e oito Unidades da Saúde da Família (USF).

5. 4 CONDIÇÕES DE PRODUÇÃO DO MUNICÍPIO DE SÃO CARLOS – SP

O presente estudo foi realizado no município de São Carlos, situado na região centro-leste do estado de São Paulo. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município possui 249.415 habitantes, referente ao ano base de 2018, e a densidade demográfica é de 195,15 hab/km² (IBGE, 2019).

O município faz parte do Departamento Regional de Saúde III – Araraquara (DRS III), o qual integra os seguintes municípios: Américo Brasiliense, Araraquara, Boa Esperança do Sul, Borborema, Cândido Rodrigues, Descalvado, Dobrada, Dourado, Gavião Peixoto, Ibaté, Ibatinga, Itápolis, Matão, Motuca, Nova Europa, Porto Ferreira, Ribeirão Bonito, Rincão, Santa Ernestina, Santa Lúcia, São Carlos, Tabatinga, Taquaritinga e Trabiju (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2019).

A cidade de São Carlos possui 42 estabelecimentos de saúde pertencentes ao SUS (IBGE, 2019). O Plano Regional da Rede de Atenção Psicossocial do DRS III - Araraquara está pautado na originária Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, e é estruturado nos seguintes elementos: Atenção Básica, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial (OLIVEIRA, 2016; BRASIL, 2011a).

A RAS de Carlos atualmente é composta por: 21 Unidades de Saúde da Família, 12 Unidades Básicas de Saúde, um Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II), um Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPS i), um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), três Unidades de Pronto Atendimento (UPA), um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Hospital Universitário e uma Santa Casa (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO CARLOS, 2018; ACORINTE, 2016).

As unidades estão inseridas e organizadas administrativamente em cinco regiões territoriais, as quais têm a função de organizar e coordenar por área geográfica as ações desenvolvidas no território pelas unidades (OLIVEIRA, 2016). Atualmente o município

conta com cinco regiões: Santa Felícia, São José, Redenção, Vila Isabel e Aracy. Salienta-se a existência de pelo menos uma unidade de saúde representativa de cada região territorial do município específico. Justifica-se tal fato, pela intenção de captar a percepção dos profissionais de enfermagem inseridos nestes diferentes territórios.

5. 5 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes do estudo foram profissionais de enfermagem que atuam nos dispositivos de Atenção Primária à Saúde de uma cidade do interior paulista. Os critérios de inclusão dos participantes do estudo consistiram em: ser maiores de 18 anos de idade, profissional atuante na APS há pelo menos 1 ano (por ter vínculo fortalecido com a unidade) e ter vínculo efetivo e/ou temporário. Como critério de exclusão: estar em licença saúde, paternidade ou gestante no período da coleta de dados.

O recrutamento e fechamento amostral dos participantes da pesquisa deu-se por meio de técnica de amostragem de conveniência (ETIKAN; MUSA; ALKASSIM, 2016) de quatorze profissionais de enfermagem, sendo nove enfermeiras, quatro auxiliares de enfermagem e uma técnica de enfermagem. Tais profissionais estavam acessíveis e disponíveis nas equipes de enfermagem das respectivas unidades de saúde escolhidas, durante o período de coleta de dados. Não houve desistência dos participantes, depois que concordaram em participar. Entretanto, este estudo buscou manter o rigor metodológico durante a relação pesquisadora-pesquisados, obtendo-se da amostra de participantes o “aprofundamento, abrangência e diversidade no processo de compreender o grupo social” (MINAYO, 2017, p.10) sobre suas concepções da Redução de Danos, articulados ao referencial teórico da AD.

5. 6 COLETA DE DADOS

No período de setembro a dezembro de 2018, foi realizado o levantamento das unidades de saúde do município e de suas equipes de enfermagem junto à Secretaria Municipal de Saúde.

Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, a pesquisadora contatou, via telefone, as unidades de saúde para agendar a exposição presencial do projeto de pesquisa durante as reuniões de equipe. Após confirmação, a pesquisadora convidou os profissionais de enfermagem das unidades de saúde relacionadas a cada região territorial, por contato telefônico individual, para

consultá-los sobre o interesse e disponibilidade para participarem da pesquisa e agendamento prévio da entrevista.

No período de fevereiro a outubro de 2019 foram agendadas as apresentações da proposta do projeto de pesquisa para as equipes de saúde, mais especificamente, a equipe de enfermagem, bem como realizadas as entrevistas. O instrumento de coleta de dados utilizado foi um roteiro de entrevista semiestruturada, o qual consiste em uma entrevista centrada em determinado tema, sobre o qual se confecciona um roteiro com perguntas principais, complementadas por outras questões que podem surgir no momento. O roteiro permite que a pessoa discorra livremente sobre os assuntos que surgem com o desdobramento da entrevista (PÁDUA, 2016).

O instrumento foi composto por uma parte de caracterização do participante, por meio de seus dados pessoais e profissionais (idade, sexo, profissão, qualificação profissional, tempo de experiência profissional na área de saúde, tempo de atividade no serviço de atenção primária, cursos na área de saúde mental). A outra parte foi constituída por questões norteadoras elaboradas pelas pesquisadoras (APÊNDICE I).

Foram realizadas duas entrevistas piloto, sendo o roteiro da entrevista revisto e aperfeiçoado.

As entrevistas foram previamente agendadas de acordo com a possibilidade e disponibilidade dos profissionais de enfermagem e pesquisadora, de maneira a não prejudicar o horário de trabalho da participante, sendo gravadas por áudio em formato digital e, posteriormente, transcritas na íntegra. Em relação à duração de tempo das entrevistas, estas tiveram um tempo médio de 24 minutos.

Os participantes da pesquisa foram identificados como Sujeitos Discursivos (SD) seguidos por numeração sequencial correspondente à ordem das entrevistas (SD1, por exemplo). As sequências discursivas foram representadas pela sigla “sd”, seguidas da numeração sequencial (por exemplo, sd5 para cada SD).

5. 7 ANÁLISE DOS DADOS

Foram utilizados os dispositivos analíticos do referencial metodológico da AD, o qual possibilita captar o dito e não dito para além das evidências e compreender a determinação dos sentidos histórico e social, bem como a constituição inconsciente e ideológica do sujeito (ORLANDI, 2015).

O processo de análise possui três etapas. A primeira etapa, conhecida como passagem da superfície linguística para o objeto discursivo, foram realizadas a transcrição

na íntegra de todas as entrevistas e as escutas do material para a constituição do *corpus* de análise. Nesse processo, a pesquisadora se ateve aos vestígios, indícios, pistas, ao dito e o não dito, buscando as regularidades dos processos de produção discursivas, ou seja, as marcas linguísticas, as quais são compostas pelas metáforas¹¹, paráfrases e polissemias¹². Nessa respectiva etapa, as falas brutas coletadas foram transformadas em objeto discursivo (ORLANDI, 2015).

Nesse processo de construção do objeto discursivo, a pesquisadora identificou o dito e o não dito e como esses dizeres são acometidos pelas memórias discursivas, formações imaginárias e ideologia (SILVA, 2005). A segunda etapa se caracteriza pela passagem do objeto discursivo para o processo discursivo. A pesquisadora apreendeu como a história se substancializa nos processos discursivos e aglutinará teoria, *corpus* e análise (SILVA, 2005). Ainda nessa etapa foram identificadas as sequências discursivas relevantes e realizados os primeiros recortes do material, constituindo-se as Formações Discursivas.

Na terceira etapa, ocorreu a transformação do processo discursivo em formação ideológica, em que foi realizado o agrupamento dos recortes discursivos em blocos discursivos, de acordo com as ideologias comuns encontradas (GOMES, 2007). De acordo com Silva (2005, p. 38), nesse processo de análise:

“O analista pode detectar como os sujeitos e os sentidos se constituem, se posicionam na história, e como a língua atravessa e é atravessada por esses sujeitos e sentidos”.

Após a realização de todas as etapas da análise, para garantir os aspectos de validade e fidedignidade dos resultados (NOBLE; SMITH, 2015), dois pesquisadores enfermeiros “*experts*” na temática de RD e AD avaliaram as sequências discursivas, os recortes e os blocos discursivos finais (APÊNDICE II)..

5. 8 ASPECTOS ÉTICOS

Para garantir os direitos dos participantes e fazer cumprir os aspectos contidos na Resolução n. 510 de 2016 do Conselho Nacional de Saúde, este projeto foi encaminhado para a apreciação da Secretaria Municipal de Saúde e aprovado (ANEXO I) e para

¹¹ Figura de linguagem que estabelece uma transferência do significado de uma palavra para outra, por meio de uma comparação não explícita (FERREIRA, 2010).

¹² [Linguística]. Que apresenta um grande número significados numa só palavra. Cujo significado dependerá do contexto em que a palavra está inserida (FERREIRA, 2010).

apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos de uma Universidade Federal e aprovado em 12 de novembro de 2018, sob CAAE: 03877318.0000.5504 (ANEXO II). Ademais, os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE III), afirmando estarem cientes sobre os aspectos que envolvem o estudo.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6. 1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DO DISCURSO

Foram realizadas quatorze entrevistas com profissionais de enfermagem da APS do município, sendo nove enfermeiras, uma técnica de enfermagem e quatro auxiliares de enfermagem.

6. 1. 1 Sujeito do Discurso 1 (SD1)

Sexo feminino, possui 55 anos e é auxiliar de enfermagem. Atua como auxiliar de enfermagem há 23 anos, na Atenção Primária à Saúde há 13 anos e na USF, onde trabalha atualmente, há dois meses. Relata ter realizado o curso de capacitação chamado “Caminhos do Cuidado”. A entrevista foi previamente agendada, ocorreu em uma terça-feira, às 14h06min, na sala de procedimentos da USF. No momento da entrevista, aparentava-se calma e disposta a responder as perguntas. Demonstrou-se interessada na temática da entrevista. Não houve nenhuma interrupção durante a entrevista. A entrevista teve a duração de 14 minutos.

6. 1. 2 Sujeito do Discurso 2 (SD2)

Sexo feminino, possui 48 anos e é auxiliar de enfermagem. Atua na Atenção Primária à Saúde há cinco anos e na UBS, onde trabalha atualmente, há três anos e meio. Relata nunca ter participado em curso ou capacitação na área de Saúde Mental ou Álcool e outras Drogas. A entrevista foi previamente agendada, ocorreu em uma segunda-feira, às 13h55min, na sala de procedimentos da UBS. No momento da entrevista aparentava estar receptiva ao diálogo. A entrevista teve a duração de 12 minutos e 11 segundos.

6. 1. 3 Sujeito do Discurso 3 (SD3)

Sexo feminino, possui 53 anos e é auxiliar de enfermagem. Trabalha como auxiliar de enfermagem há 27 anos. Atua na UBS, onde trabalha atualmente há três anos; antes atuava no âmbito hospitalar. Aponta ter contato superficial com a área de Saúde Mental, principalmente durante o curso de Auxiliar de Enfermagem por meio de visitas observacionais em dispositivos de Saúde Mental e palestras. A entrevista foi previamente agendada, ocorreu em uma segunda-feira, às 14h21min, na sala de procedimentos da UBS. Aparentava estar disposta a participar da entrevista e receptiva ao diálogo. A entrevista teve a duração de 11 minutos e 8 segundos.

6. 1. 4 Sujeito do Discurso 4 (SD4)

Sexo feminino, possui 37 anos e é enfermeira. Atua na área da enfermagem há 24 anos, iniciou como atendente de enfermagem, depois como auxiliar de enfermagem e posteriormente como enfermeira. Atua na APS há oito anos. Na UBS onde trabalha atualmente, atua há três meses. Já realizou cursos na área de Saúde Mental/Álcool e outras Drogas há muitos anos atrás. A entrevista foi previamente agendada, ocorreu em uma segunda-feira, às 14h51min, em uma sala da UBS. A entrevistadora teve a percepção de que a unidade estava bem movimentada, e parecia demonstrar sinais de estar apressada e ansiosa para que a entrevista terminasse rapidamente. A entrevista foi interrompida brevemente por uma funcionária da unidade. A entrevista teve a duração de 7 minutos.

6. 1. 5 Sujeito do Discurso 5 (SD5)

Sexo feminino, possui 54 anos, é enfermeira. É enfermeira há 30 anos; em 2009 fez especialização (residência) em Saúde da Família e desde então atua na APS. Na USF, onde trabalha atualmente, atua há um ano. Relata nunca ter participado de algum curso específico na área de Saúde Mental/Álcool e outras Drogas. A entrevista foi previamente agendada, ocorreu na sala de enfermagem da USF, em uma quinta-feira, às 13h59min. Nesse dia e horário a unidade não recebe usuários, pois realiza a reunião de equipe, portanto, a entrevistada parecia estar receptiva à entrevista. Apresentou-se aberta

ao contato e confortável em participar da entrevista. A entrevista teve a duração de 10 minutos.

6. 1. 6 Sujeito do Discurso 6 (SD6)

Sexo feminino, possui 39 anos, é enfermeira há 14 anos. Autodeclara-se parda, é casada e católica. Antes de atuar como enfermeira, foi auxiliar de enfermagem por seis anos. Atualmente, trabalha na USF e faz 10 anos. Relata ter realizado dois cursos de capacitação sobre os instrumentos “*Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)*” e “*Alcohol, Smoking And Substance Involvement Screening Test (ASSIST)*”. A entrevista foi previamente agendada, ocorreu na sala do consultório de enfermagem da USF, em uma quinta-feira, às 13h30min. A entrevista aconteceu antes da reunião de equipe da unidade, portanto, a enfermeira estava fora do horário de expediente. A entrevistadora teve a percepção de que a entrevistada estava receptiva e confortável durante a entrevista. A entrevista teve a duração de 23 minutos e 33 segundos.

6. 1. 7 Sujeito do Discurso 7 (SD7)

Sexo feminino, possui 38 anos, é enfermeira. Autodeclara-se negra, é solteira e católica. Atua na atenção básica desde que se formou em Enfermagem, há 11 anos. Na unidade onde foi realizada a entrevista, atua há um ano e dois meses. Relata já ter participado de capacitações em Saúde Mental, ofertadas pela rede do município e que realizou estágio eletivo, quando cursava graduação, na ala psiquiátrica de um hospital geral. A entrevista foi previamente agendada, ocorreu na sala do consultório de enfermagem da USF, em uma quinta-feira, às 16h01min. A entrevista foi interrompida brevemente por um funcionário da unidade. Apresentou-se disposta e aberta à entrevista. A entrevista teve a duração de 14 minutos e 2 segundos.

6. 1. 8 Sujeito do Discurso 8 (SD8)

Sexo feminino, possui 49 anos, é enfermeira. Se autodeclara branca, é católica e casada. Atuou como auxiliar de enfermagem por três anos aproximadamente e atua como enfermeira há 10 anos; e trabalha na Atenção Primária à Saúde há aproximadamente três anos. Graduou-se em uma universidade privada no município e realizou especialização

em Saúde da Família. Relata nunca ter participado de alguma capacitação ou formação na área de Saúde Mental ou de álcool, *crack* e outras drogas. A entrevista foi previamente agendada, ocorreu na sala do consultório de enfermagem da USF, em uma quinta-feira, às 15h26min. A entrevista foi interrompida por uma ligação telefônica e depois brevemente por um funcionário da unidade. Durante a entrevista, a entrevistadora teve a percepção de que a entrevistada estava propensa a responder as questões norteadoras de maneira colaborativa. A entrevista teve duração de 43 minutos e dois segundos.

6. 1. 9 Sujeito do Discurso 9 (SD9)

Sexo feminino, possui 43 anos, é enfermeira. Autodeclara-se branca, é católica e casada. Atua como enfermeira há 18 anos e na Atenção Primária à Saúde há aproximadamente oito meses, quando iniciou na USF atual. Antes de ingressar na APS atuava nas áreas de urgência/emergência e auditoria. Relata nunca ter participado de alguma capacitação ou formação na área de Saúde Mental ou de álcool, *crack* e outras drogas. A entrevista foi previamente agendada, ocorreu na sala do consultório de enfermagem da USF, em uma segunda-feira, às 14h37min. A entrevista foi interrompida em três momentos distintos por funcionário da unidade. A entrevistadora teve a percepção de que as interrupções dificultaram o andamento da entrevista e desencadearam momentos de desconcentração. A entrevista teve a duração de 40 minutos e 29 segundos.

6. 1. 10 Sujeito do Discurso 10 (SD10)

Sexo feminino, possui 44 anos, é enfermeira. Autodeclara-se branca, é protestante e casada. É enfermeira há 20 anos e trabalha na USF do município há aproximadamente 19 anos. Relata ter participado de pequenos cursos e atividades formativas na área de Saúde Mental, mas nunca de álcool, *crack* e outras drogas, especificamente. A entrevista foi previamente agendada, ocorreu na sala do consultório de enfermagem da USF, em uma sexta-feira, às 16h11min. A entrevistadora teve a percepção que a entrevistada aparentou estar confortável com a entrevista. A entrevista durou 25 minutos e 18 segundos.

6. 1. 11 Sujeito do Discurso 11 (SD11)

Sexo feminino, possui 45 anos, é enfermeira. Autodeclara-se branca, é espírita e casada. É enfermeira há 22 anos e sempre trabalhou na APS, em diversas unidades do município. Menciona ter participado de atividades formativas na área de Saúde Mental e álcool, *crack* e outras drogas, como capacitação sobre o instrumento AUDIT, gestantes e o consumo de SPAs. A entrevista foi previamente agendada, ocorreu na sala de procedimentos da UBS, em uma segunda-feira, às 11h01min e teve a duração de 37 minutos e 14 segundos. A entrevistada aparentava estar atarefada e preocupada com as demais tarefas da UBS; no entanto, ao longo da entrevista, se mostrou colaborativa e interessada no tema da entrevista.

6. 1. 12 Sujeito do Discurso 12 (SD12)

Sexo feminino, não quis relatar idade, é técnica de enfermagem, mas atua como auxiliar de enfermagem. Autodeclara-se branca, é casada, não possui religião específica. Atuou como técnica de enfermagem por oito anos e atualmente vem atuando como auxiliar de enfermagem na UBS do município há oito anos. Relata ter participado de pequenas capacitações em grupo na área de Saúde Mental, na própria unidade; mas nunca de álcool, *crack* e outras drogas. A entrevista foi previamente agendada, ocorreu na sala de procedimentos da UBS, em uma sexta-feira, às 10h19min e teve a duração de 36 minutos e 24 segundos. A entrevista teve uma interrupção no decorrer da entrevista devido a uma chamada telefônica. A entrevistadora teve a percepção de que inicialmente a entrevistada estava conflitante e desconfortável em participar da entrevista. Foi informada pela entrevistadora de que não era necessário participar da entrevista, caso não quisesse. No entanto, a entrevistada afirmou querer continuar. Ao longo da entrevista, a entrevistada foi gradativamente mostrando-se mais aberta, confortável e colaborativa.

6. 1. 13 Sujeito do Discurso 13 (SD13)

Sexo feminino, 28 anos de idade, é técnica de enfermagem. Autodeclara-se parda, é casada e católica. Atua como técnica de enfermagem há 11 anos e na USF atual, há seis anos. Relata nunca ter participado de capacitações na área de Saúde Mental e de álcool, *crack* e outras drogas. A entrevista foi previamente agendada, ocorreu na sala de vacinas da USF, em uma quinta-feira, às 14h15min e teve a duração de 17 minutos e 3 segundos. A entrevistada aparentava estar confortável e aberta durante toda a entrevista.

6. 1. 14 Sujeito do Discurso 14 (SD14)

Sexo feminino, 45 anos de idade, é enfermeira com especialização em Saúde da Família. Autodeclara-se branca, é casada e não possui religião. Atua como enfermeira há 17 anos e na unidade do município, há cinco anos. Relata ter participado capacitações na área de Saúde Mental e de álcool, *crack* e outras drogas, realizadas na própria unidade e também em outros momentos. A entrevista foi previamente agendada, ocorreu no consultório de enfermagem da USF, em uma quinta-feira, às 16h21min e teve a duração de 37 minutos e 2 segundos.

5.2 APRESENTAÇÃO DOS BLOCOS DISCURSIVOS

O processo de análise de discurso possibilitou a elaboração de três blocos discursivos: 1) As memórias discursivas que dão efeitos de sentido aos discursos sobre as concepções de Redução de Danos; 2) As formações imaginárias das profissionais de enfermagem sobre o usuário que consome SPAs e as motivações para o uso e; 3) Os efeitos de sentido que circulam a prática das profissionais de enfermagem.

O 1º bloco discursivo abordou a compreensão que os profissionais de enfermagem têm sobre a estratégia de Redução de Danos. Dessa maneira, a interpretação possibilitou apreender quais eram as concepções sobre RD e quais paradigmas as permeavam.

O 2º bloco discursivo explorou o imaginário social que as profissionais de enfermagem apresentam sobre o usuário de SPAs e quais ideologias o perpassam.

O 3º bloco discursivo salienta os efeitos de sentido que circulam a prática das profissionais de enfermagem, e que na percepção dessas, acreditam ser ações de Redução de Danos.

O quadro abaixo apresenta os blocos discursivos e a identificação dos sentidos que o permearam.

Quadro 1 - Título dos blocos discursivos e seus sentidos.

Título dos blocos discursivos	Sentidos
1. As memórias discursivas que dão efeitos de sentido aos discursos sobre as concepções de Redução de Danos	1.1 A RD como caminho para a obtenção da abstinência por intermédio da internação e prevenção da recaída.
	1.2. RD no âmbito de riscos e danos físicos e biológicos.
	1.3. RD no modelo religioso e moral.

	1.4. RD na abordagem ampliada e psicossocial.
2. As formações imaginárias dos profissionais de enfermagem sobre o usuário que consome SPAs e as motivações para o uso	2.1 O usuário como improdutivo.
	2.2 Estigmas em relação à aparência física e comportamento do usuário.
	2.3 O usuário como resistente.
	2.4 O usuário como violento, imprevisível, criminoso e prostituído.
	2.5 Motivação para o uso de drogas associada à família.
3. Os efeitos de sentido que circulam a prática das profissionais de enfermagem	3.1 Ações ancoradas no Modelo Biomédico.
	3.2 Ações favoráveis à obtenção de abstinência total e internações em clínicas/ comunidades terapêuticas/ dispositivos hospitalares.
	3.3 Ações de RD focadas no âmbito físico e biológico.
	3.4 As profissionais de enfermagem desenvolvem ações confluentes com o modelo de RD, sem identificá-las como tais.
	3.5 Orientações individuais de RD que consideram o desejo da pessoa e o não julgamento.
	3.6 Ações coletivas de promoção à saúde.

6. 2. 1 Bloco 1: As memórias discursivas que dão efeitos de sentido aos discursos sobre as concepções de Redução de Danos

6. 2. 1. 1 Resultados do Bloco 1

O bloco discursivo materializou os efeitos de sentido produzidos sobre as concepções de Redução de Danos, os quais são interpelados ideologicamente pelas memórias discursivas (Interdiscurso) nos enunciados dos profissionais de enfermagem.

Os recortes de número 1 a 6 enunciam a Redução de Danos como caminho para a obtenção da abstinência por intermédio da internação e prevenção da recaída.

O sujeito discursivo 2 relacionou o sentido de Redução de Danos como um meio para se obter o objetivo final de abstinência às drogas, por intermédio do esforço máximo empenhado pelo usuário.

Recorte 1: Eu acho que Redução de Danos seria o empenho ao máximo pra ele [usuário] ter fim desse vício (sd1) (SD2)

O recorte acima dialoga com os recortes 2 e 3, os quais expressam vestígios de significantes de uma mesma formação discursiva, em que se pressupõe que os usuários

ao atingirem a abstinência também podem vivenciar a recaída. Entretanto, no Recorte 3 evidencia-se a responsabilidade da participação do serviço para acompanhá-lo.

Recorte 2: A gente teve alguns casos de usuários de drogas, é... de usuário de crack também que fez tratamento aqui, que vinha sempre, tinha recaída (sd10), vinha conversava, chorava, começava de novo (sd11). (SD10).

Recorte 3: Qualquer deslize, às vezes ele consegue até ficar livre (sd9), mas qualquer deslize (sd10), se ele não tiver um bom acompanhamento ele volta, né? (sd11). (SD11).

As enunciações nos recortes 4, 5 e 6 salientam efeitos de sentido de espaços de internação e confinamento, os quais constituem, na perspectiva dos profissionais de enfermagem, em instituições de tratamento que recolhem e evitam abandonar os doentes na rua. O significante “dependente químico” denota um ser doente, requerendo internação para recuperar-se.

Recorte 4: É... locais pra internação (sd2). [...] Assim, eu acho que simplesmente largar eles aí assim, como é hoje, não é bom, é ruim. (sd3). Tanto pra gente agora, tanto pra eles, como pra gerações futuras, né? É ruim (sd4). (SD2)

Recorte 5: Eu acho que deveria ter um lugar [com] pessoas capacitadas né (sd4), pra isso, que, que recolhesse eles na rua e não tratasse eles na rua (sd5), entendeu? (SD3)

Recorte 6: uma vez que você é dependente químico, você depende daquilo (sd17), você não vive sem aquilo (sd18), aí precisa de ser, é... levado pra clínica de recuperação né (sd19). (SD8)

Os recortes 7 e 8 revelam a influência das crenças religiosas como alternativa para aceitação do tratamento e recuperação das drogas.

Recorte 7: Isso que é a minha... a minha... a minha Redução de Danos: Jesus Cristo [...] (sd12). [...] pede pra Deus te ajudar você sair dessa vida (sd14), que você entrou nesse caminho (sd15), que é um caminho sem volta rapaz (sd16). (SD1)

Recorte 8: é que nem igreja, né (sd17), se você for na igreja e você aceitar ou você tá aberto para aceitar, porque você tem que tá aberto para aceitar, se você tiver aberto para aceitar, seu coração vai transbordar e você vai melhorar. (sd18). (SD6).

Os recortes discursivos 9 a 11 salientam que reduzir danos envolve que o usuário aceite sua condição de doente, bem como necessita ter força de vontade para querer mudar seu hábito de vida.

Recorte 9: eu entendo que a pessoa, ela tem que querer, primeira coisa (sd23). [...]. Se ele [usuário] quer mudar, ele vai mudar (sd24). (SD8)

Recorte 10: eles[usuários] têm oportunidade (sd7), só basta eles 'querer' (sd8). (SD1).

Recorte 11: Pessoas assim, que a cabeça já não... (sd5), eles não querem se prender a nada (sd6), é difícil você tratar essas pessoas, eles têm que aceitar e aceitar que eles são alcoólatras (sd7) e, geralmente, eles não aceitam que são alcoólatras. (sd8). (SD12).

Os recortes 12 e 13 expressam a facilidade da pessoa em iniciar o consumo de drogas, mas a dificuldade de se recuperar, o que requer tempo e etapas.

Recorte 12: Parece que é uma coisa muito fácil de cê entrar. Difícil de sair (sd32). [...], mas que você dá um passo de cada vez (sd33). (SD8)

Recorte 13: é basicamente prevenção que depois que entrou é difícil sair (sd4). (SD11)

As enunciações dos recortes de número 14 a 17 abordam a Redução de Danos na perspectiva de clínica ampliada.

No recorte n. 14, o discurso é atravessado pelo efeito de sentidos do conceito de cuidado integral ao usuário e usuária de SPAs, pois o foco não se limita a reduzir e abster-se da droga, mas à prevenção de outras situações de vulnerabilidade que possam advir dos danos de seu consumo, bem como identificar outras necessidades de saúde que contemplam outros aspectos da vida do sujeito, de sua família ou comunidade.

Recorte 14: Reduzir danos, na parte de droga, não é, às vezes, você tirar só a droga (sd22), mas é conscientizar a pessoa sobre o que ela pode ter no futuro. [...] às vezes, a gente acha que tem que tratar o paciente que é drogado só relacionado com a doença, à drogação, e a gente esquece, acaba esquecendo das outras doenças, né? Por exemplo, uma mulher, você acaba esquecendo de falar pra ela que às vezes, a prevenção... de prevenir uma gravidez, uma prevenção de fazer um papanicolau pra prevenir um câncer de colo uterino, enfim tá focado só na droga [...] (sd3). A gente tem que ver como um conjunto (sd5), né? Tratar aquela mulher ou aquele homem, como uma saúde total (sd6), não só vendo a saúde

mental, mas ver ela também, o aspecto biológico dela, como um todo (sd7). (SD6).

O recorte n.15 pressupõe a aproximação do profissional para a construção e estabelecimento de vínculo com o usuário, de maneira a possibilitar-lhe adesão ao serviço de saúde e planejar junto com ele o seu cuidado. Além disso, aborda o sentido de redução de danos nos âmbitos sociais e fisiológicos.

Recorte 15: [...] ir devagar e conquistando essa pessoa pra ver se você consegue chegar no seu objetivo final... e pra você também não afastar essa pessoa, você tem que fazer sugestões ponderadas, ao ponto de vista dela, pra que ela... você não perca ela, porque senão ela se afasta [...] é manter vínculo [...] realmente reduzir o dano que o álcool e a droga esteja fazendo nessa pessoa, diminuir a gravidade, o comprometimento, tanto social como fisiológico dessa pessoa (sd6). (SD5).

O recorte n. 16 enuncia a concepção de Redução de Danos na visão da clínica do sujeito, no sentido de realizar uma abordagem não impositiva, mas de negociação com o usuário, respeitando o seu desejo de manter o consumo de SPAs.

Recorte 16: São ações que podem né, diminuir as doenças ou os agravos à saúde daquele paciente né... (sd1), [...] eu não vou tirar uma droga, mas talvez eu possa pensar em drogas mais leves, em diminuir quantidade, em diminuir risco no consumo, né (sd2). (SD7).

As enunciações dos recortes n. 17, 18, 19, 20 e 21 compreendem a formação discursiva ancorada na perspectiva biológica, em que o organismo sofre os danos advindos dos efeitos das SPAs, de acordo com o seu consumo. Assim, esse corpo requer ser foco de intervenções de RD.

Recorte 17: Eu entendo que assim, o quanto menos ele tiver... ele conseguir usar, da substância do álcool, menos efeito ele vai ter pro organismo dele (sd5). (SD11)

Os recortes 18, 19 e 20 referem-se à produção de efeito de sentidos sobre riscos e danos neurológicos, cardíacos, hepáticos, bem como e relacionados ao comportamento sexual, tais como Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs).

Recorte 18: Então, os danos são fisicamente, vai dar problema cardíaco, vai dar problema hepático, né? E a pessoa vai ficando fraca mesmo (sd7). (SD12)

Recorte 19: Os danos 'é' cognitivo com certeza (sd17). Acredito que o neurônio que murchou ou que morreu jamais ele vai [...] (sd18) só se ter

uma medicina tão avançada que recupere o que perdeu né? (sd19). (SD8).

Recorte 20: Por exemplo, um paciente que é usuário, sei lá, de uma droga injetável, além de todos os danos que ele pode ter pelo uso da droga, ele pode contrair uma DST por conta né, do... da seringa que ele tá usando, tudo mais. Então, é... Se a gente não consegue intervir né... que ele pare de usar, talvez a gente consiga oferecer outros recursos como... uma seringa estéril, que seja só dele, uma agulha estéril que seja só dele e aí isso eu chamo de redução. (sd24). (SD7).

O recorte n. 21 relaciona Redução de Danos com o ato de medicalizar.

Recorte 21: que não deixa de ser uma forma de redução de danos, é... você entrar com medicamento, com medicação controlada quando a pessoa quer deixar (sd10). (SD10).

6. 2. 1. 2 Discussão do Bloco 1

Os discursos dos profissionais de enfermagem deste estudo sobre a concepção de RD são permeados por diferentes saberes discursivos, os quais são subsidiados pelos modelos biológico/doença/asilar, moral, de prevenção de recaída (estrutura cognitiva-comportamental), religioso e da clínica ampliada. Portanto, parafraseando Pêcheux (2014) e Orlandi (2015), é uma memória discursiva que não é acessível conscientemente a estes profissionais, mas é constitutiva deles e que retorna por meio do Interdiscurso. O Interdiscurso é o já dito anteriormente (memória discursiva), em outro lugar pré-construído, que possibilita o dizer. São as memórias coletivas e sociais que são delineadas na história e se materializam no discurso (GOMES, 2007; ORLANDI, 2015).

Assim, os recortes discursivos 1, 2 e 3 expressam sentidos de uma mesma formação discursiva subsidiada nas memórias discursivas de modelo de doença, de prevenção à recaída e moral. Tais modelos são frutos de memórias discursivas construídas social e historicamente hegemônicas no cenário de tratamento de usuários de SPAs.

O modelo de doença pressupõe que a dependência SPAs é uma doença e, portanto, busca-se atingir como meta terapêutica - a cura, ou seja, a abstinência; entretanto, pode ocorrer a recaída, a qual pode ser prevenida. Ao mesmo tempo, no recorte 1, a sequência discursiva sd1 (*seria o empenho ao máximo pra ele [usuário] ter fim desse vício*) expressa um discurso de modelo moral, o qual revela que o consumo da droga é

uma escolha pessoal, que desrespeita as normas e regras sociais (MARLATT; GORDON, 1993). Portanto, para a pessoa manter-se abstinente, requer força de vontade, um esforço individual e motivação interna para controlar o comportamento aditivo, (MARLATT; GORDON, 1993; PILLON; LUÍS, 2004).

Os significantes “recaída”, “deslizes”, “começava de novo” nos recortes discursivos n. 2 e 3 denotam deriva de efeitos metafóricos de sentidos de que o dependente de SPAs pode deslizar (escorregar suavemente) para a queda ou várias quedas – “recaída”. Entretanto, a pessoa ao se levantar de uma queda, recomeça o seu caminhar (“começava de novo”), porém, a situação vivenciada da queda pode ser refletida. O efeito metafórico enquanto processo semântico produzido pela transferência contextual (neste estudo, o “deslize”) provoca uma deriva de sentido no discurso, de acordo com a posição ideológica ocupada pelo sujeito (ORLANDI, 2015). Tais efeitos de sentidos remetem ao Interdiscurso do modelo de prevenção de recaída (PR), abordagem de tratamento de usuários de SPAs difundida por Knapp e Bertolote (1994), Marlatt (1998) e Gorski (1995). Essa abordagem consiste em uma série de ações preventivas, com vistas à mudança de comportamento da pessoa e manutenção da abstinência, utilizando-se de técnicas da abordagem de terapia cognitiva-comportamental.

Os recortes n.4 e 5 enunciam significantes verbais “largar” e “recolher”, os quais estão correlacionados e ocasionam tensões de sentidos, pois produzem deslocamento para efeito de sentidos de confinamento. No sd3 do SD2, o verbo “largar” dá sentido para o enunciador de “abandono”, “sem cuidado”, requerendo um lugar para confinar os usuários, portanto, local de internação e reclusão, como única alternativa (*É... locais pra internação –sd2 de SD2*). Tais discursos são acometidos pelo Interdiscurso advindo do modelo asilar, que marcou o início da história da psiquiatria no Brasil, em meados do século XIX, onde os considerados “alienados” eram submetidos ao confinamento e tratamento em hospícios e colônias (FOUCAULT, 1978). O modelo é determinado pela reclusão de pessoas em instituições fechadas, com privação de liberdade, onde o usuário torna-se objeto de intervenção da figura do médico, caracterizado por ações coercitivas e de contenção para a adequação do “louco” aos comportamentos sociais aceitos e pré-estabelecidos (CRUZ, et al., 2019).

Tais essências discursivas acima contradizem a estratégia de RD, a qual defende os direitos humanos, a autonomia da pessoa e a liberdade do e para o usuário, seja para suas próprias escolhas no referente a continuar o consumo de SPAs ou para decidir sobre suas condições de vida e habitação, corroborando literatura (TEIXEIRA et al., 2017; LOPES; GONÇALVES, 2018; KNAACK, 2019).

No recorte 5, a sequência discursiva “que recolhesse eles na rua e não tratasse eles na rua” proporciona o deslizamento para o efeito metafórico de sentidos de guardar/tirar de circulação o usuário que incomoda a sociedade. Esse seguimento discursivo enuncia um saber Outro, isto é, a memória discursiva da política higienista-disciplinadora brasileira entre finais do século XIX e início do XX, que consistia em esconder/remover as pessoas do convívio social (NIELSSON; WERMUTH, 2018) reflexo das condições de produção ampliadas do contexto histórico da época. Tal discurso corrobora a atual política nacional sobre drogas (Decreto n. 9.761/19), a qual preconiza a construção de uma sociedade protegida de consumo de SPAs, por intermédio de intervenções de combate às drogas, redução de demandas (com foco na abstinência das drogas) e de ofertas (ações de segurança pública) (BRASIL, 2019). Contradizendo a sequência discursiva, as equipes do Consultório na Rua lidam com as diferentes demandas e necessidades de saúde da população em situação de rua, e atuam *in loco*, onde ela se encontra, executando ações de saúde junto às UBSs, serviços especializados (CAPS) e serviços de urgência e emergência (BRASIL, 2012b). Esta proposta não tem pretensão de recolher alguém da rua, mas sim de produzir cuidados de saúde integrais às pessoas em situação ou experiência de rua, oferecendo-lhes ações de prevenção à saúde, redução de danos e promovendo o acesso à saúde a todos.

O SD8 no recorte 6 aponta a internação como o caminho que “tem que ser”, “deve ser”, “precisa ser” tomado. Esta enunciação revela o sentido impositivo da única alternativa ao dependente químico, ou seja, da internação, desconsiderando a opinião e autonomia do usuário para decidir sobre seu tratamento. Na sd 17 (“uma vez que você é dependente químico, você depende daquilo”) e sd18 (“*você não vive sem aquilo*”) o enunciador atribui o sentido de que o usuário, enquanto “doente”–“dependente”, necessita da droga. Os seguimentos discursivos manifestam pistas linguísticas como o silenciamento (ORLANDI, 2015). O SD8 silencia o significante “droga” e substitui pelos significantes “aquilo” e “daquilo”. A palavra “droga” não está exteriorizada e materializada no dizer, mas está derivando do dito, ou seja, havia um dito primário e secundariamente, um não dito que era imaginado, o qual foi ocultado e escondido do discurso (ORLANDI, 2015), devido ao estigma negativo que esse significante carrega, dando a conotação de que não deve ser explícito no processo discursivo.

Percebe-se que nos recortes de n. 1 a 6, o discurso é afetado pelo interdiscurso de um modelo asilar e de doença/cura, os quais valorizam a internação e a abstinência. Os dados corroboram estudo sobre concepções de profissionais de Unidade de Saúde da Família a respeito de programas de saúde, no qual manifestou a formação discursiva

Jurídico-Moral “Humanizadora”. Esse discurso defende o modelo de interações em instituições de saúde “humanizadas”, sob a prerrogativa de dar resposta à ineficácia dos outros dispositivos de saúde pública (BORGES; SANTOS; PORTO, 2018). Achados semelhantes foram encontrados em estudo com profissionais da APS, os quais sustentam discurso normatizador de promoção de abstinência, sob o domínio do modelo biomédico, desvalorizando a complexidade e singularidade do fenômeno do consumo de SPAs (MALVEZZI; NASCIMENTO, 2018).

Os recortes 7 e 8 enunciam efeitos de sentidos de discurso religioso considerando que os sujeitos do discurso são interpelados pela ideologia do sistema de crenças e atitudes religiosas-cristãs. O SD1, no recorte 7, percebe-se um efeito metafórico de que a fé cura, quando o enunciador atribui o significado de Redução de Danos à personificação da figura de um Ser Superior-Jesus Cristo, o qual pode ajudá-lo e ser a resposta de seus problemas.

No mesmo recorte, as sd14 (*pede pra Deus te ajudar você sair dessa vida*) e sd15 (*que você entrou nesse caminho*) enunciam um silenciamento dos significantes “vida” e “caminho”, os quais ocultam e dão opacidade de um não dito de sentido de “perdição”, “caminho desviante”. Na sd16, esse “caminho sem volta” remete à ideia de que não é possível que a pessoa que consome substâncias possa algum dia ter uma vida diferente ou fazer escolhas diferentes. Em um único recorte, percebe-se indícios de dois discursos diferentes, o do discurso religioso e o do moralista. É a heterogeneidade materializando-se no discurso, considerando que o discurso sempre se constitui interiormente com outros discursos, ou seja, é atravessado por outros discursos, bem como por diferentes posições-sujeitos assumidas (ORLANDI, 2015). O respectivo SD em sua posição-sujeito de profissional de saúde tensiona com outra de ser católica, ao apresentar um discurso religioso que coloca Deus como responsável pela “cura” e não o usuário. Considerações semelhantes foram encontradas em estudo sobre a relação da religiosidade e psicologia, o qual apontou tendências que reconhecem transtornos psíquicos como “doenças da alma”, requerendo que a cura seja operada por Deus (NANTES; GRUBTIS, 2019). O discurso moralista se articula a esse recorte, ao reconhecer que o usuário não tem forças por si só para abandonar o uso de substâncias, justificando-se pela fraqueza de seu caráter, e falta de controle de seus desejos e ações, devendo se ancorar a um Ser Superior.

O recorte 8 da enunciativa SD6 possibilita efeito de sentidos comparativos entre a pessoa estar aberta e motivada em aceitar/aderir ao tratamento e estar na igreja e aceitar Deus, reforçando o discurso religioso. Conciliando com tais fragmentos discursivos, a

sd18 (se você tiver aberto para aceitar, seu coração vai transbordar e você vai melhorar) expressa marcas linguísticas e vestígios que derivam efeitos metafóricos de que o usuário, ao se reconhecer enquanto doente, aceitará o tratamento e, portanto, recuperar-se-á. O significante “coração” remete à interpretação simbólica de um saber discursivo dominante de “amor e caridade”, portanto, a sua abertura permite entrada de coisas boas (aceitação de Deus e tratamento) e, assim, o homem e usuário se enche de amor, transborda esse sentimento amoroso e vai melhorar (plenitude do bem estar e paz).

Para Pêcheux (2014, p.96), o efeito metafórico enquanto “efeito semântico produzido por uma substituição contextual” desencadeia um movimento de sentido, em que sujeitos e sentidos se movem. Tal movimento ou desliz de sentido afeta sujeitos e sentidos com a historicidade, ideologia e linguagem, por intermédio de invasão súbita de diversos sentidos.

A irrupção do saber discursivo religioso de SD6 pode estar relacionada à condição de produção estrita em que esse discurso foi formado, bem como a posição-sujeito assumida pela entrevistada, enquanto uma mulher religiosa e cristã. Além das condições de produção estritas que influenciam os discursos, as memórias discursivas das religiões predominantes no Brasil e de um Ser Superior permeiam as vivências e produções de sentido. Como tendência atual no debate político e assistencial no Brasil, o crescimento das comunidades terapêuticas, que reforçam o discurso religioso (ALVES; PEREIRA, 2019), perpassam os saberes relacionados ao cuidado com usuário.

É possível encontrar a presença da marca linguística da paráfrase nos recortes 9 e 10. A paráfrase para a AD consiste em diferentes formulações de um mesmo sentido, de um mesmo discurso (ORLANDI, 2015). Os enunciadores SD8 e SD1 expressam a mesma formação discursiva moralista e produzem o mesmo sentido que é a da valorização da força de vontade do indivíduo, a qual é única e suficiente para lidar com o consumo de drogas; discurso historicamente disseminado e socialmente aceito e fortalecido. O modelo moral reforça a dimensão do esforço individual, da força de vontade e minimiza as outras questões complexas e entrelaçadas que permeiam o consumo prejudicial de substâncias e o tratamento dos usuários.

No recorte 11 ocorre o efeito metonímico em que o SD12 expressa a sd5 (*Pessoas assim, que a cabeça já não...*) e a seguir refaz e complementa com a sd6 –“eles não querem se prender a nada”. Na AD, o efeito metonímico consiste na substituição de um sentido para outro, sendo que essa substituição produz um deslocamento de sentidos, onde o enunciante tem a ilusão de escolher as palavras para tornar claro seu dizer (esquecimento número 2), quando na verdade esse processo discursivo é entrelaçado por

questões históricas e ideológicas que constroem o sentido (CASSANA, 2017). O esquecimento número 2 apresenta característica pré-consciente, pois o sujeito do discurso privilegia e seleciona determinados dizeres em detrimento de outros (PÊCHEUX, 2014). Assim, o sentido de “cabeça” é deslocado para o sentido de mente ou pensamentos. A não continuidade do significante do enunciado dá indícios de silenciamento, ou seja, o não dito, esconde outros sentidos possíveis - da “cabeça que não funciona” para os “pensamentos que não funcionam”, desencadeando uma “mente vazia”, que faz com que o usuário “não se prenda a nada” (sd6). Esse silêncio consiste na ocultação de outros sentidos possíveis que causem desconforto, ou seja, concebido como inconveniente (ORLANDI, 2007).

Nos recortes 12 e 13 (“*fácil de se entrar*” e “*difícil sair*”, respectivamente), onde ocorrem indícios de um processo parafrástico, ou seja, processos de retorno ao mesmo dizer, à mesma memória (ORLANDI, 2015), os sujeitos discursivos expressam o mesmo sentido de que o consumo de SPAs é um “algo sem saída”, “sem cura”. Percebe-se uma memória discursiva advinda de uma ideologia do modelo de doença, ou seja, de que a dependência química seria uma patologia progressiva (PILLON; LUÍS, 2004) e de que o indivíduo não tem controle sobre suas ações (portanto de seu consumo) e de sua própria vida, conforme preconiza-se em um dos critérios de dependência da Classificação Internacional de Doenças (CID 11) – alta necessidade impulsiva interna para o consumo de SPAs, que se manifesta pelo prejuízo da capacidade de controle (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2019).

O SD8 ao enunciar a sd33 (“*mas que você dá um passo de cada vez*”), no Recorte n. 12, parafraseia o lema do grupo de mútua ajuda denominado Alcoólicos Anônimos (AA) – “Um dia de cada vez”. Tal paráfrase é marcada social e historicamente pelo interdiscurso advindo de organizações como os Alcoólicos Anônimos (AA), uma organização autodeclarada como “Irmandade”, destinada a pessoas que procuram cessar completamente o uso de álcool. Estudo aponta que membros do AA compreendem o alcoolismo não só como doença no âmbito orgânico, mas também moral e espiritual (CAMPOS, 2004). Percebe-se que o paradigma moral atravessa os discursos e saberes de alguns sujeitos discursivos. Estudo conduzido por Carvalho e Dimenstein (2017) sobre as concepções de Redução de Danos com usuários, profissionais do CAPS AD e profissionais de Comunidades Terapêuticas concluiu que a lógica moral e condenatória do uso de SPAs ainda impera nesses cenários e faz parte das concepções dos profissionais, o que impossibilita que ações de RD sejam disseminadas e implementadas.

O recorte 14 aponta indícios de sentidos de RD associados à atenção à saúde do usuário em sua totalidade, como anuncia SD6 em suas sequências discursivas, os significantes “total” e “conjunto” (*“Tratar aquela mulher ou aquele homem, como uma saúde total” (sd6) e “A gente tem que ver como um conjunto” (sd5)*). Apesar dos discursos ressaltarem o cuidado integral ao usuário, ainda se percebe um resquício de sentidos direcionados às demandas e necessidades dos usuários que envolvem danos físicos, os quais requerem ações de prevenção. No mesmo recorte identifica-se outros vestígios que enunciam saberes discursivos de um cuidado integral, como por exemplo, o adjetivo “só” (*“Reduzir danos, não é, às vezes, você tirar só a droga” (sd22); “a gente acha que tem que tratar o paciente que é drogado só relacionado com a doença, à drogação, e a gente esquece, acaba esquecendo das outras doenças”(sd3)*). Tal fato possibilita compreender que RD não tem foco somente na redução de consumo de drogas e seus agravos, mas outros cuidados, tais como a saúde da mulher (*“de prevenir uma gravidez, uma prevenção de fazer um papanicolau pra prevenir um câncer de colo uterino”*). Percebe-se nos recortes citados acima, um efeito metonímico de deslizamento de sentidos do adjetivo “só” para o “conjunto”; do único e singular para o todo e total. Do foco nas drogas para a saúde integral. Apesar do SD6 ampliar o seu olhar sobre RD, percebe-se que a integralidade ainda é vista no âmbito físico. O sentido de integralidade, de cuidado integral restringe-se à saúde fisiológica.

O recorte 15 enuncia os significantes verbais “devagar” e “conquistando” que produzem sentidos de aproximação e abordagem com o usuário. Tal abordagem se manifesta em efeito metonímico de que é uma relação que requer cuidado do profissional de enfermagem, pois pode ser “frágil” ou “efêmera”. É uma relação que envolve cuidado para “não afastar” o usuário, “não o perca”; assim precisa se consolidando aos poucos, para que algo não escape às mãos, não se “perca”.

O SD5 menciona que o estabelecimento de vínculo se consegue pelo respeito ao usuário, ofertando-lhe “sugestões ponderadas” e orientações, de acordo com as opiniões e perspectivas do usuário, do seu “ponto de vista”. Tal sequência discursiva demonstra sentidos e saberes que se aproximam da proposta da estratégia de Redução de Danos. Além disso, SD5 prevê ações de RD que não se restringem ao âmbito físico, mas também ao social.

O discurso de SD5 aproxima-se do conceito de integralidade e, portanto, está coerente com os preceitos apontados por Ayres et. al. (2012), em que a integralidade consiste na qualidade e sensibilidade em acolher, criar vínculos e responder às demandas

de saúde que não se limitem ao tratamento, prevenção e proteção de doenças físicas, mas que ao mesmo tempo, não as negligenciem.

No recorte 16, o SD7 materializa significantes, tais como, “não tirar a droga”, mas “reduzir”, “diminuir” e “drogas mais leves”, que prevêm ações não repressoras sobre o consumo de SPAs, ou seja, estratégias que não se limitam à abstenia. Os dados corroboram estudo (LIRA et al., 2018), o qual aponta que no cotidiano do trabalho dos profissionais do CAPS AD de um município da região nordeste do Brasil não priorizam imediata abstinência do usuário, mas consideram e valorizam o seu desejo e sua particularidade sociocultural.

Percebe-se que as concepções de Redução de Danos congruentes com o aparato teórico e prático da clínica ampliada, ainda são discretas e pouco retratadas nos discursos dos SDs.

Entende-se ainda que os saberes discursivos relacionados à Redução de Danos transitam entre diferentes formações discursivas e efeitos de sentido. Uma mesma formação discursiva é perpassada por outras formações discursivas, o que demonstra um movimento de contradições e ambiguidades em um mesmo dizer.

Os recortes discursivos do número 17 a 21 enunciam sentidos da Redução de Danos no âmbito de riscos e danos fisiológicos.

Observa-se neste estudo que a ênfase nos processos biológicos é reflexo das condições de formação ampliadas em que esses discursos foram formados, considerando que as formações em ciências da saúde estão ainda muito voltadas para o modelo biológico-tecnista e biomédico, conforme literatura (MOREIRA; DIAS, 2015). Profissionais formados sob o modelo biomédico tendem a ter mais dificuldades, no cotidiano do trabalho, em incorporar novas abordagens que não centralizem na doença, mas sim, na saúde (MOREIRA; DIAS, 2015). Ademais, a Saúde Mental, enquanto disciplina inserida na formação de profissionais de enfermagem, encontra desafios para conquistar espaço, bem como valorizar e explorar conteúdos que vão além da patologia e do medicamento (JUNIOR et al., 2016).

O recorte n. 18 foca nos danos associados aos órgãos coração e fígado e relaciona com a fraqueza do usuário (*“Então, os danos são fisicamente, vai dar problema cardíaco, vai dar problema hepático, né? E a pessoa vai ficando fraca mesmo”*). O significante “fraca” se manifesta em efeito metafórico com o possível outro significado, o não-dito, de fraqueza moral.

Percebe-se um efeito de silenciamento fundante dos sentidos no recorte discursivo 19, na sd 18 (*“Acredito que o neurônio que murchou ou que morreu jamais ele vai [...]”*)

quando há o apagamento do possível significante “recuperar” ou “viver”; efeitos contraditórios dos significantes “murchou” e “morreu”. O silêncio na sequência discursiva não é interpretado como um vazio, mas sim possibilitador de geração de sentidos outros; é uma forma diferente de significar (ORLANDI, 2007).

O recorte 20 do SD7 (*“ele pode contrair uma DST”*), apesar de enunciar danos biológicos em detrimento dos danos psicológicos, sociais entre outros, salienta as ISTs como possíveis danos derivados do consumo de SPAs. Para SD7, a estratégia de distribuir o Kit com materiais estéreis para evitar a incidência desse agravo se materializa neste discurso (*“gente consiga oferecer [...] uma seringa estéril, que seja só dele, uma agulha estéril que seja só dele e aí isso eu chamo de redução”* (sd24)) e aponta memórias discursivas de um Interdiscurso, interpelado pela ideologia das primeiras intervenções de redução de danos no contexto de prevenção de ISTs, focadas principalmente no risco de contaminação pelo HIV (MACHADO; BOARINI, 2013).

O recorte 21, na sd10, o sujeito do discurso entende que uma ação de Redução de Danos seria a oferta de medicamentos controlados para quem deseja cessar o uso. Discurso marcado pelos vestígios históricos e sociais sobre a cultura da medicalização e pelo modelo de doença/cura (AZEVEDO, 2018). O significante “controlados” possui outros sentidos possíveis, dependendo da formação discursiva em que se inscreve, efeito chamado na AD de polissemia. Na polissemia existe um processo de quebra nos processos de significação, dependendo de como são afetados pela língua e pela história, ou seja, os sentidos sempre podem sofrer processo de transformação e serem sentidos outros (ORLANDI, 2015). O significante pode assumir sentidos diferentes, o de regulação e fiscalização, pois os medicamentos possuem protocolos específicos, ou o de contenção e repressão. Ambos significados pertencentes ao mesmo universo de sentidos, o do usuário de SPAs.

Percebe-se que os saberes discursivos se apresentam arraigados principalmente no modelo biológico e os discursos carregam essas marcas em sua materialidade. O cuidado centrado no biológico/fisiológico, que não considera os aspectos econômicos, sociais, culturais e psicológicos de indivíduos e coletividades, limita novos olhares e perspectivas para além da doença, do corpo físico e coíbe o surgimento de práticas que possibilitam novas formas de cuidado, de relações, de autonomia e auto-gestão dos sujeitos (MALVEZZI; NASCIMENTO, 2018).

6. 2. 2 Bloco discursivo 2: As formações imaginárias dos profissionais de enfermagem sobre o usuário que consome SPAs e as motivações para o uso

6. 2. 2. 1 Resultados do Bloco 2

O bloco discursivo abordou as formações imaginárias que as profissionais de enfermagem construíram sobre o usuário e sobre as motivações para o consumo de SPAs. Buscou-se apreender as posições que esses profissionais atribuem ao dependente no processo discursivo, bem como as imagens desses produzidas em certas condições de produção. Nessas formações imaginárias perpassam efeitos de sentido acometidos pelo interdiscurso e pela ideologia.

Os sujeitos discursivos construíram a imagem do usuário como improdutivo para a sociedade. Sociedade a qual os próprios sujeitos discursivos estão inseridos.

Nos recortes de 1 a 3 o usuário é retratado como desinteressado pelo trabalho e estudo, vive no ócio, o que pode desencadear o uso de drogas durante o dia e não ter perspectiva de vida.

Recorte 1: A maioria deles, eles não gostam de trabalhar (sd8), eles não aceitam ajuda de jeito nenhum (sd9). (SD1).

Recorte 2: É muito comum, a luz do dia, o paciente tá sentado fazendo uso de droga, ou de bebida, a luz do dia, sem... sem perspectiva, sem estudo... (sd7) [...] quanto menos ocupação a pessoa tiver mais tempo ela tem pra se interagir com droga, com bebida (sd8), então acredito que falta oportunidade, de cursos, de estudo, de trabalho, isso aí que valoriza o ser humano (sd9) (SD8).

Recorte 3: [...] muita falta de perspectiva, eu vejo nos jovens, eles acabam abandonando a escola, parece que há uma falta de interesse também em buscar o trabalho, sabe? (sd17) (SD10)

O recorte 4 aponta a imagem do usuário que consome SPAs como oneroso economicamente e um problema para a sociedade.

Recorte 4: Porque vai conseguir trabalhar? Ou se consegue, depois vai ser mandado embora, se continuar no vício (sd22) [...] porque um patrão não vai ficar, né? Alcoólatra, alcoolizado, não vai... [...] (sd23) ele vai ficar, ele vai usar tanta droga que ele vai ser a... um problema pra sociedade, como que eu vou tá resolvendo isso? (sd24) [...] Então se eu consigo reduzir danos, eu consigo aumentar... é... o número de

trabalhadores, eu consigo melhorar a economia, enfim, ele vai ter praticamente uma vida normal, né(sd25) [...]essa pessoa pode colaborar com a economia, né, ela pode ser um... uma pessoa que, que ajude o país, não que afunde o país (sd26). (SD11)

Os recortes seguintes expressam formações imaginárias relativas a estigmas em relação à aparência física e comportamento do usuário. Nos recortes de 5 a 7 observa-se imaginário social do usuário desnutrido, emagrecido, sem cuidados de higiene e alimentação.

Recorte 5: A pessoa vem aqui alguns dias com a irmã sem banho, você vê que não se alimenta, porque tem a aparência desnutrida, desidratada, magreza. Banho nem pensar porque o cheiro é assim... não dá pra, pra falar sobre o cheiro... (sd11) É um cheiro de quem não toma banho, não sei se mistura com droga (sd12) (SD2)

Recorte 6: Porque aquela usuária ela já nem come direito, nem se alimenta direito, ela não tem rotina de educação alimentar... (sd13) (SD8)

Recorte 7: Que assim, quando a gente pega um paciente com álcool e drogas ele já tá naquela fase bem deprimente né? (sd8) Ele já tá com emagrecimento (sd9) (SD4).

Nos recortes 8 e 9 os sujeitos discursivos expressam a concepção de que o usuário que já não consome mais SPAs tem modificações em sua apresentação, tornando-se “outra pessoa”.

Recorte 8: Eu nem reconheci porque ele tinha engordado assim... (sd9) tava tão... assim tinha... parecia que era outra pessoa... (sd10) mais novo... então ele veio falar que ele não tinha mais bebido (sd11) (SD10).

Recorte 9: E parece que ela tá sem usar, porque cê já vê que a pessoa tá diferente né? Ela já engordou [...] (sd28) então ela tá sempre por aqui, já tava com outro aspecto, né? (SD11)

Nos recortes 10 e 11 emergem a formação discursiva do usuário como não humano, animalizado e irracional.

Recorte 10: Então, a pessoa parece mesmo, um animal, andando, desnorteada (sd7) (SD2).

Recorte 11: ela tava em abstinência, ele nem na unidade entrou, ele ficou lá fora, parecia um bicho (sd10) [...]. Eu acho que... tanto sentido como finalidade [da Redução de Danos] é... é evitar que a pessoa... nem sei... mas ficar como zumbi aí (sd11) (SD11)

Nos recortes 12 e 13 o usuário é representado como alguém resistente à ajuda e ao cuidado.

Recorte 12: Ah o... o dependente químico, ele tem as ajuda... difícil é eles aceitar

(sd2.) (SD1).

Recorte 13: Pessoas alcoólatras, eles vêm aqui ver pressão, eles vêm já alcoolizado e tem uns que a gente até orienta, já tentamo ver se consegue arrumar pra eles irem em um certo lugar, mas você vê que eles não querem (sd1), eles querem, você tenta tirar eles, mas eles não aceitam (sd2). (SD12).

Os recortes a seguir retratam o usuário como violento, imprevisível, perigoso e criminoso.

Recorte 14: Porque a própria sociedade tem medo deles [usuários], porque cê não sabem do que eles são capaz, entendeu? (sd10) (SD3).

Recorte 15: E a gente tem um pouco de receio de algumas coisas assim, de falar, na sala de espera [sobre orientações relacionadas à álcool e drogas], por ser no bairro assim, bem vulnerável. (sd12) por medo das ações mesmo né, dos próprios pacientes, né, não os pacientes que não usam, os pacientes que usam né? (sd13) A gente pode falar assim, de droga, de droga assim, de álcool, né? De álcool, do tabaco, que é uma coisa mais... [...]. Agora é difícil você falar assim, sobre, sobre cocaína, sobre maconha, sobre... (sd14) (SD6).

Recorte 16: Assim, eles podem tá tão fora da realidade, que eles podem cometer suicídio... né (sd11), podem fazer alguma coisa para outra pessoa também... violência né... (sd12). (SD9).

Os recortes 17 e 18 expressam a formação imaginária do usuário como criminoso.

Recorte 17: Porque uma coisa leva a outra né, pessoa por droga ela [pessoa usuária] vai roubar, ela vai matar né (sd28) (SD9).

Recorte 18: Vai chegar uma hora que você já não tem mais nada, você vai começar a roubar e se vai roubar é depender e você tá exposto né a outras situações e de repente você pode ser morto, senão você vai ser pego pela polícia e vai pra cadeia (sd30) É risco pra ele e pra sociedade que também vai colocar a sociedade em risco, né, furtando, (sd31) e aí se tá sob o efeito cê não sabe nem, né, não tem dimensão do que você

pode tá fazendo e aí cê tá com uma arma na mão, pronto, cê vai matar outro, e aí aumentar índice de violência, tudo mais. Né? (sd32) (SD11).

Os recortes 19 e 20 retratam o usuário como prostituído, devido ao consumo de SPAs.

Recorte 19: às vezes muita menina se prostitui por conta de droga, sem camisinha... (sd24) (SD9).

Recorte 20: mas a droga, prostituição... porque é o caminho... sequência né? (sd28) (SD8).

Os recortes a seguir expressam os efeitos de sentido produzidos sobre a motivação para o uso de drogas associada à família.

Recorte 21: Porque muitas vezes é aquilo que eu te falei lá no começo. Falta de estrutura familiar, profissional, social, de saúde... de saúde não, de educação... de saúde sim, de educação, e estrutura é financeira (sd26). Então tem... é... a vulnerabilidade social, é tudo isso, é um conjunto de fatores que muitas vezes leva o indivíduo a... ao caminho das drogas, da prostituição (sd27) [...]. Por conta dessa deficiência, porque pai... pai tá preso, que a mãe não estudou... enfim, é uma cadeia de consequências (sd28). (SD8).

Recorte 22: A desestrutura familiar né... (sd15). Antigamente os pais eram mais rígidos né, os pais conviviam mais com os filhos, hoje todos os pais trabalharam, a maioria trabalha, não tem tempo pro filho, o filho fica pro mundo [...] antigamente uma mãe fazia crochê e ensinava a filha a fazer, né, ensinava a filha a fazer a comida, hoje os pais, a estrutura, papel de família vem se mudando muito né. Papel familiar, então isso também é um aumento também no número de drogação também, né? (sd16) (SD6).

Recorte 23: “Hoje em dia a parte de sexualidade né, é os homens com... O papel de família assim mudou. Homem com homem, tendo filho, pode adotar um filho, mulher com mulher (sd16), então não sei se isso pode ser relacionado ao futuro, no futuro, não, não sei como será isso né, se pode tá relacionado a drogação ainda né? Mas vem-se mudando o papel familiar, há uma desestrutura familiar, tendo uma desestrutura um aumento grande de usuários... (sd17). (SD6).

Segundo Pêcheux (2014), a Formação Imaginária (FI) relaciona-se ao imaginário social que os sujeitos do discurso apresentam dos outros sujeitos, ou de si próprios, ou seja, às posições sociais que o sujeito atribui a si e ao outro no processo discursivo. No processo discursivo, a imagem do lugar social do sujeito anunciador para o sujeito ao qual o discurso é dirigido, busca-se perguntar: “Quem é ele para que eu lhe fale assim?” (PÊCHEUX, 1997a, p.83). Neste caso, a equipe de enfermagem assumindo a posição-sujeito de profissionais de saúde que constroem a imagem do outro (neste caso o usuário de SPA) e de seu lugar social, produzem diferentes efeitos de sentido no respectivo discurso. Assim, as enunciações demonstram a constituição de indivíduos enquanto sujeitos discursivos pela interpelação ideológica, tornando-se possível pelo atravessamento do interdiscurso, possibilitando apontar efeitos de sentido do modo como o imaginário do profissional de enfermagem percebe e reconhece o usuário de SPAs, ou seja, como improdutivo, desnutrido, violento, perigoso e prostituído.

Apropriando-se das ideias de Pêcheux (1997b), nos recortes que se seguem em relação às formações imaginárias do usuário de SPAs, estas são resultantes de processos discursivos advindos de condições de produção ampliadas que asseguram o discurso em foco. Portanto, todo discurso se remete a outro, ou seja, um ouvido e dito antes em outro lugar.

Neste estudo, a formação imaginária do usuário como improdutivo remete à ideologia de que os usuários de substâncias não trabalham, ora porque não gostam de trabalhar, ora porque são incapazes de exercer o trabalho. Portanto, conseqüentemente, o imaginário social é de que eles não contribuem economicamente, não desempenham o papel de produtivos dentro do modo de produção capitalista, tornando-se inúteis e um peso para a sociedade.

No recorte 2, o seguimento discursivo sd7 (*“à luz do dia, o paciente tá sentado fazendo uso de droga”*), expressa uma deriva para o silenciamento, ou seja, um sentido oculto no enunciado (ORLANDI, 2015), de que só seria aceitável realizar o consumo de substâncias à noite, ou seja, escondido e visto por poucas pessoas, o que pode-se deduzir – ser esse consumo mais aceitável socialmente. Além disso, a sd8 (*“quanto menos ocupação a pessoa tiver mais tempo ela tem pra se interagir com droga”*) aponta efeitos de sentido de que estar no ócio é dar possibilidade de buscar o consumo de drogas. Tal sequência discursiva possibilita parafrasear com o ditado popular - “Mente vazia, oficina do diabo”, o qual aborda em sua essência que não ter uma ocupação pode gerar pensamentos negativos. Além disso, o problema então não seria somente consumir substâncias, mas sim, fazê-lo “à luz do dia”, o que remete à ideia de que neste horário,

as pessoas devem estudar e trabalhar, papéis esperados e construídos social e historicamente. Portanto, fazer uso de substâncias durante o dia é sinônimo de não ter “perspectiva de vida” e estar no ócio.

No mesmo recorte, na sd9 (*“isso aí que valoriza o ser humano”*) no discurso interpelado pela ideologia do capitalismo, o sujeito do discurso parafraseia o estudioso norte americano Benjamin Franklin (1706 a 1790) com seu enunciado de que “o trabalho dignifica o homem”; discurso fortemente disseminado no imaginário social. Para a AD, a paráfrase constitui-se em enunciados que expressam a mesma continuidade semântica; é a marca linguística que revela a heterogeneidade no discurso (CHARAUDEAU; MAINGUENEAU, 2004). Nos processos parafrásicos há algo que se mantém, ou seja, as memórias, que mantêm o sujeito em um retorno constante ao mesmo dizer (ORLANDI, 2015).

No recorte 4, para o SD11 a estratégia de Redução de Danos é balizadora para o crescimento econômico (*“Então se eu consigo reduzir danos, eu consigo aumentar... é... o número de trabalhadores, eu consigo melhorar a economia”-sd25*), para que os usuários de SPAs possam cumprir sua função social de trabalhador dentro da estrutura capitalista, e não se configura enquanto clínica do sujeito, de relação e de promoção de cuidado.

Essas formações imaginárias são interpeladas pela ideologia capitalista e atravessadas pelas condições de produção ampliadas em que esses discursos foram produzidos, ou seja, com o contexto sócio histórico em que os sujeitos estão inseridos, o do modelo hegemônico econômico capitalista. O sujeito torna-se produtivo e valorizado socialmente por meio do trabalho que gera lucro e alimenta o sistema capitalista. Segundo Marx (1985, p. 106,) “é produtivo o trabalhador que produz mais-valia para o capitalista ou serve à autovalorização do capital”.

Ademais, as formações imaginárias também advêm do contexto acometido pelas memórias da história da loucura e do surgimento da psiquiatria. Com o surgimento do pré-capitalismo no século XV, o louco é visto como improdutivo e passa a ser excluído socialmente (VIETTA; KODATO; FURLAN, 2001). Segundo Foucault (1978), nos meados do século XVII, já com o desenvolvimento das cidades e o primórdio da industrialização, os tidos como loucos, desviantes dos padrões morais, portadores de doenças e infratores, ou seja, pessoas à margem da sociedade, foram submetidos ao asilamento em um fenômeno conhecido como “Grande internamento”. Os asilados eram submetidos a laborterapia sendo obrigados a trabalhar, como meio para a superação do ócio, tido como ato de revolta. O trabalho assume o papel de mecanismo de manutenção da ordem social e econômica (ANDRADE et al., 2013).

Com o nascimento da psiquiatria, o trabalho surge como recurso terapêutico do tratamento moral, com a função disciplinadora e de cura para a doença mental. Por meio do trabalho, o “louco” passa a ser de domínio da figura do médico, e por meio do trabalho repetitivo e rigoroso, tem seu comportamento e corpo moldado para tentar se ajustar às normas burguesas (ANDRADE; COSTA-ROSA, 2014).

Atualmente, de acordo com os ideários da Reforma Psiquiátrica, a relação do trabalho e “loucura” adquire outro sentido; o trabalho é ressignificado como possibilidade de emancipação dos sujeitos, como instrumento de reabilitação psicossocial e reinserção social. Na perspectiva de Saraceno (1996) o trabalho como produção de subjetividade (com valor social) e instrumento de reabilitação social, se torna uma possibilidade de construção de vida e criação de cidadania, possibilitando o desenvolvimento de habilidades auto organizacionais do cotidiano de vida, promovendo autonomia dos sujeitos e a reinserção na comunidade.

Caminhando pelos efeitos de sentido construídos sobre a imagem do usuário, os sujeitos discursivos expressaram formações imaginárias relacionadas à aparência física e comportamento do usuário. O recorte 5, por intermédio da sd11 (*“porque tem a aparência desnutrida, desidratada, magreza. Banho nem pensar porque o cheiro é assim... não dá pra falar sobre o cheiro”*) reflete o imaginário coletivo de que a pessoa que usa substâncias não tem cuidado com higiene e alimentação, revelando o interdiscurso do usuário sujo e desnutrido.

Os recortes 6 e 7 corroboram esse sentido em movimento parafrástico, retomando os estigmas e estereótipos construídos socialmente sobre a imagem do usuário (*“ela já nem come direito, nem se alimenta direito, ela não tem rotina de educação alimentar”*sd13 do Recorte 6). O uso do significante “nem” remete a um sentido de negação, ou seja, de anulação da pessoa, de sua identidade pessoal e social, reforçando o estereótipo de que o dependente químico, enquanto ser anulado, é também ser auto negligente, o que aumenta sua vulnerabilidade social, conforme estudo (BARD et al., 2016). No recorte 7, sd8, o significante “deprimente” tem seu sentido deslocado, em um efeito metafórico, do sentido de triste, deprimido, para emagrecido, desnutrido. No seguimento discursivo e nas posições ideológicas e históricas em que o discurso se inscreve, ser usuário de álcool e outras drogas é ser emagrecido, algo considerado deprimente. É ser indisciplinado, fugir às convenções sociais e ter sua singularidade negada (BARD et al., 2016).

Nos recortes 8 e 9 os sujeitos discursivos produzem efeitos de sentido de que as drogas modificam a aparência dos sujeitos para pior e que sem elas o sujeito se torna sujeito outro, sujeito melhorado (*“parecia que era outra pessoa”*sd10). O sujeito parece

assumir outra identidade após o abandono de substâncias, como se existissem dois indivíduos separados: um emagrecido, de aparência não agradável e outro rejuvenescido (*“mais novo”sd11*) e com aparência saudável (*“Ela já engordou”sd28*). Dois indivíduos distintos, em um mesmo corpo, cindidos pelo uso de substâncias. Esta noção de indivíduo que tem sua vida transformada advém de memórias discursivas de modelos morais e religiosos, que acreditam que sem o uso de SPAs o sujeito se torna outro, transformado, recuperado (MEIRELLES; TELLES, 2017).

Nos recortes 10 e 11, os SDs realizam a seleção dos significantes “animal”, “bicho” e “zumbi”, para se referirem ao usuário que consome SPAs ou em quadro de abstinência. A seleção das palavras não escapa ao inconsciente e as palavras em si não possuem um sentido próprio em sua literalidade. É por meio da metáfora, essa marca discursiva, que os sentidos são transferidos às palavras, permitindo um significado outro, diferente do significado literal (ORLANDI, 2015). Uma palavra não tem sentido em si deslocada das formações ideológicas e discursivas em que se inscrevem. Em efeito metafórico de deslocamento de sentidos, os sentidos de selvageria, debilidade e irracionalidade são transferidos para o sentido de usuário de SPAs. Essas formações imaginárias repercutem noções advindas do interdiscurso do estigma e do preconceito, de que o usuário de SPAs que foge às convenções sociais têm sua identidade reconhecida como transviante, marginal, delinquente e sem capacidade para lidar com seu uso/abuso/dependência, sendo, portanto, demonizado (BARD, et al., 2016; MELO; MACIEL, 2016).

Nos recortes 12 e 13, o usuário é retratado como resistente a qualquer tipo de intervenção/tratamento, rejeitando-o ou dificultando-o. Achados semelhantes foram encontrados em revisão de literatura que objetivou conhecer as concepções de profissionais de saúde sobre o uso de drogas. Segundo Costa e Paiva (2016) alguns dos estudos apresentaram a concepção moralizante de que devido à dependência química, o sujeito se torna incapaz, fraco, sem controle de sua própria vida, portanto, não reconhece que seu uso é problemático, se recusa a aderir à abstinência e recusa o tratamento. No entanto, segundo os preceitos da RD, é necessário saber escutar e respeitar o indivíduo enquanto ser autônomo que pode decidir por realizar o tratamento ou não. As práticas de cuidado de RD direcionadas para os usuários devem ter como meta a motivação da construção da autonomia, promoção de contratualidade, responsabilização e protagonismo do sujeito em seu tratamento (SILVEIRA et al., 2017; LIMA; CAPANEMA; NOGUEIRA, 2017).

No recorte 13, sd1, o silenciamento, ou seja, o ocultamento de outro possível dizer (ORLANDI, 2015), na construção do discurso (*“pra eles irem em um certo lugar”-sd1*)

substitui outro possível dizer, de que “o certo lugar”, seria um local para tratamento em outro lugar (CAPS AD, Comunidade Terapêutica ou Hospital Psiquiátrico), reforçado pelo seguimento discursivo sd2 (“*você tenta tirar ele-sd2*”), expressando a ideia de afastamento do usuário do cenário da Atenção Básica, como se o sujeito pertencesse a outro lugar, que não àquele.

Entretanto, a imagem que o sujeito enunciador tem do outro são produzidas no processo discursivo, sendo que o discurso sempre é pronunciado a partir de condições de produção dadas (PÊCHEUX, 1997a). Assim, as condições de produção estritas em que as enunciações dos profissionais de enfermagem foram produzidas (“*a gente tem um pouco de receio de algumas coisas assim, de falar, na sala de espera, por ser no bairro assim, bem vulnerável*”-sd12 e “*Por medo das ações mesmo né, dos próprios pacientes, né, não os pacientes que não usam, os pacientes que usam né*”-sd13) mesclam essa imagem que o enunciador está inserido (a posição do sujeito e do outro) e as condições de produção ampliadas, historicamente construídas. Assim, os profissionais de enfermagem sentem receio e medo diante do usuário de drogas, sendo que tais sentimentos são reforçados por eles estarem em um bairro, considerado na perspectiva deles, como território de alta vulnerabilidade.

O medo da violência por parte dos profissionais de saúde e de usuários de drogas do município do Rio de Janeiro foi retratado em outro estudo, o qual ressalta que esse medo, enquanto fruto do socialmente construído, afeta relações sociais e o acesso a serviços de saúde e espaços comunitários (FERREIRA; ENGSTROM, 2017).

Outra construção discursiva e imaginária do sujeito consistiu em considerar o usuário de SPAs como violento, perigoso e criminoso. Nos recortes de 14 a 16, as noções de medo, violência e periculosidade constituem em memórias discursivas construídas histórica e socialmente, e que perpassam os dizeres dos sujeitos do discurso (“*Porque a própria sociedade tem medo deles [usuários] cê não sabem do que eles são capaz, entendeu?*”-sd10) (“*eles podem tá tão fora da realidade*”-sd11 [os usuários] *podem fazer alguma coisa para outra pessoa também... violência né...*”sd12). As memórias discursivas do louco caracterizado como perigo social, advém do início da psiquiatria no Brasil, em que os loucos são percebidos como violentos e criminosos, e portanto, tinham sua punição ressignificada sob forma de tratamento médico e medicalização. Os loucos institucionalizados eram submetidos a tratamentos, contenções e medicações para conterem o comportamento violento. A associação entre loucura e periculosidade foi um dos marcos constitutivos das práticas manicomiais e de exclusão social do sujeito, considerado como risco à sociedade (AMARANTE, 2007).

Historicamente, o nascimento da psiquiatria possibilitou compreender a doença mental como periculosidade social presumida, que deve ser contida, segregada e encarcerada em manicômio. Diante disso, a doença mental e crime são unidos, ou seja, a psiquiatria se une à justiça, ambas configuradas como campo de saber e de exercício de poder/norma, com a tarefa de tutelar, conter, custodiar e judicializar (BASAGLIA, 1982).

O recorte 15 retrata um tabu presente na sociedade que é o da temática de drogas ilícitas. É considerável seguro falar, discutir sobre álcool e tabaco, mas não sobre outros tipos de substâncias ilícitas. O uso de álcool ou tabaco, considerados como “não drogas”, bem como o usuário que os consome, são aceitos socialmente, como aponta a deriva para o silêncio expresso na sd14 (*“A gente pode falar assim, de droga, de droga assim, de álcool, né? De álcool, do tabaco, que é uma coisa mais...”*). Já as substâncias ilícitas “drogas” e as pessoas que as consomem, causam medo e receio.

Tais dados corroboram estudos em que usuários de drogas ilícitas (*crack* ou opióides) são estigmatizados, marginalizados e excluídos da comunidade por serem reconhecidos com comportamentos desviantes, transgressores e inadequados (VALIM; ZALUAR; SAMPAIO, 2015; STUART, 2019). Tal fato desencadeia o afastamento dessas pessoas de diversos espaços coletivos, incluindo os dispositivos de saúde.

Os recortes 17 e 18 reforçam o imaginário pré-construído do sujeito criminoso, aquele que furta, rouba, mata e tem sua perspectiva de vida reduzida à “cadeia”; é o sujeito que *“É risco pra ele e pra sociedade –sd31”* e acaba por *“aumentar índices de violência - sd32”*. Parafraseando Orlandi (2007), tais discursos são formados e derivados da interligação de dois eixos, um vertical e diacrônico, constituído pelo interdiscurso de periculosidade social, e outro horizontal e sincrônico, configurado pelas condições de produção ampliadas, em que existe, historicamente, a associação do uso de drogas com atos violentos e criminosos. Apresentam como sequências evolutivas finais do caminhar do usuário de drogas, os atos de roubo e homicídio. Na sd 30 (*“de repente você pode ser morto, senão você vai ser pego pela polícia e vai pra cadeia”*), essa formação constitui-se em paráfrase ao ditado popular: “o fim é cadeia ou caixão”, reduzindo a existência e as possibilidades de vida do usuário a estes dois destinos, os quais são considerados fatídicos. Estes achados corroboram estudo que identificou que as concepções dos profissionais de saúde sobre as consequências do consumo de SPAs pelo usuário envolvem morte, implicações negativas para a sociedade, violência e criminalidade (COSTA; PAIVA, 2016).

Os recortes 19 e 20 associam o uso de SPAs por meninas adolescentes com prostituição, reflexo de memórias discursivas formadas anteriormente e exteriormente, como expresso no recorte 20, sd28: *“mas a droga, prostituição... porque é o caminho... sequência né?”*. Nesta sequência discursiva, as drogas e prostituição estabelecem relação de causa-consequência, ou seja, a droga leva à prostituição. Essas formações imaginárias se inscrevem nas condições de produção ampliadas no sentido de acontecimentos históricos. No início no século XX no Brasil, emerge a preocupação com a prostituição, infecções sexualmente transmissíveis e o consumo de álcool e drogas. É nesse contexto que surgem os primeiros programas antidrogas na perspectiva de padronização das normas morais da sociedade (FIORI, 2007).

Os achados corroboram estudos que apontam a imagem construída coletivamente do usuário de SPAs que tem sua singularidade e história de vida reduzidas a concepções estigmatizantes de ser marginal e violento (BARD et al., 2016), irresponsável e desviante dos costumes morais (MEDEIROS et al., 2015), restando somente, a exclusão social.

Tais concepções vão à contrapartida da estratégia de RD, a qual busca romper com discriminações e sentidos negativos atribuídos ao usuário, e visa promover a inserção social deste, promovendo a contratualidade e desenvolvendo a sua autonomia, conceito fundamental da RD (SILVEIRA, et al., 2017; VEARRIER, 2019). Autonomia para realizar suas próprias escolhas, sem julgamentos, e para também se responsabilizar pelas consequências destas escolhas (SILVEIRA, et al., 2017).

Os recortes 21, 22 e 23 abordam efeitos de sentido produzidos sobre a motivação para o uso de drogas associada à família. Surge um discurso afetado pelo imaginário coletivo, ou seja, memórias discursivas, de que o consumo de SPAs é secundário a conflitos familiares, não levando em consideração a dimensão multifatorial que pode estar associada ao consumo de SPAs.

Historicamente, ao analisar o surgimento e desenvolvimento da psiquiatria, a família era compreendida como nociva à saúde mental do “doente”, podendo deixá-lo “desorganizado” e ser a fonte de “desequilíbrios”, mantendo-se, portanto, afastado do convívio do familiar, para garantir-lhe a sanidade e segurança de todos (VIANNA et al., 2009).

Atualmente, sob a perspectiva do Pensamento Sistêmico, uma das correntes teóricas que estuda famílias, a família é concebida como um sistema de constante modificação, ao longo do tempo, em que cada componente constituinte dessa família, diante de uma situação vivenciada, se afeta mutuamente e com o todo, causando transformações na dinâmica e estrutura familiar. A família é o primeiro contexto de

integração social em que são construídas e reconstruídas as relações familiares. Diante de acontecimentos individuais, toda a família cria uma nova forma de funcionamento e organização em resposta a esses, sendo importante compreender como determinadas situações interferem na dinâmica familiar (GOMES, et al., 2014; CAMICIA; SILVA; SCHMIDT, 2016). Torna-se então, fundamental compreender como essas relações se desenvolvem, já que os elementos de um sistema se influenciam de maneira circular e constante, de maneira que essas relações podem modificar as crenças, pensamentos, valores e comportamentos dos membros. Sendo assim, a dinâmica familiar pode afetar a relação do indivíduo com as drogas e, por conseguinte, essa situação afeta toda a dinâmica familiar.

No recorte 21, o SD8 atribui a motivação de uso de SPAs à “falta de estrutura familiar-sd26” e à “vulnerabilidade social-sd27”, sendo que esta última envolve deficiências nas áreas econômicas, de saúde e de educação em que os indivíduos que consomem drogas estão inseridos. Percebe-se efeitos metafóricos ao associar os significantes “preso” e “cadeia” (“pais tá preso” e “cadeia de consequências” sd28). Tais sequências discursivas proporcionam interpretar que o usuário de drogas está preso em uma cadeia de circunstâncias, que envolvem causa-efeito, derivada da “desestrutura familiar”- sd15 e de alta “vulnerabilidade social”- sd27.

No recorte 22 o SD6 por intermédio da sd15 “desestrutura familiar” produz efeitos de sentido de um estilo parental atual contraditório ao do passado. Para este sujeito do discurso, há uma contradição de estilo parental autoritário de antigamente ao permissivo dos tempos atuais. Entretanto, a materialidade deste discurso aponta que no passado, apesar de um estilo que envolvia rigidez e controle para educar e controlar o comportamento da criança, os pais conviviam mais com seus filhos. Percebe-se que este discurso é afetado pelo interdiscurso de uma família de constituição clássica, formada por valores educacionais rigorosos por parte dos pais, inserido em um sistema social patriarcal. Tal fato é justificado pela sd16 – *“pais trabalharam, a maioria trabalha, não tem tempo pro filho, o filho fica pro mundo”*, a qual deriva para efeitos metafóricos de sentidos de negligência, abandono e irresponsabilidade diante do cuidar dos filhos e filhas, justificado pela falta de tempo de convivência com eles devido ao trabalho. Portanto, há um silenciamento de que o trabalho se torna o “vilão” no processo de participação dos pais na educação e cuidado dos filhos, o que pode desencadear para a “drogadição”.

A sd16 também aponta o papel de subserviência atribuído à mulher e o ensino de tarefas domésticas às filhas mulheres. Sendo assim, revela uma concepção de que uma família que não atende a esses papéis não tem estrutura, ou seja, não tem sustentação e

organização. Ao contrário do que o sujeito discursivo elege como estrutura familiar “adequada” e que pode prevenir o uso futuro de algum tipo de SPAs, na perspectiva do Pensamento Sistêmico, as fronteiras rígidas, caracterizadas por relações mais restritivas, podem prejudicar as relações e o afeto entre os membros familiares, causando afastamento (SCHROEDER; RAMOS; ZACHARIAS, 2017).

O recorte 23 reitera um discurso afetado pela memória discursiva de configuração familiar que rompe a ideologia de “família tradicional ou nuclear”, portanto, uma estrutura de família que possui uma configuração que não seja composta por homem-mulher-filhos. Para SD6 tal situação se constitui em uma família “com papéis invertidos” ou “sem estrutura” e, portanto, atribui às diferentes configurações familiares, o sentido de desencadeadoras do uso futuro de SPAs por parte dos filhos dessa família. As memórias discursivas se incidem no discurso, produzindo um sentido negativo atribuído às configurações familiares múltiplas e diversificadas, que fogem aos padrões heteronormativos.

Em efeito polissêmico, a marca linguística materializada no discurso, o mesmo significante composto - “estrutura familiar” assume diferentes sentidos, dependendo da formação discursiva em que os significantes se inscrevem e a posição-sujeito assumida pelo enunciador. No recorte 21 “desestrutura familiar” significa estar em contexto de vulnerabilidade, pobreza e encarceramento, enquanto que no recorte 22, “desestrutura familiar” significa possuir uma constituição familiar que não seja heteronormativa, ou seja, com figura paternal rígida e maternal subserviente, que se ocupa das tarefas domésticas. Na polissemia, ou seja, na ruptura dos processos de significação é que são possíveis as transformações, os movimentos, dos sujeitos e dos sentidos. Os sentidos sempre podem ser outros, assim como os sujeitos (ORLANDI, 2015). Nos dois discursos a falta de estrutura familiar foi apontada como causadora da motivação para o consumo de substâncias. Diante de diferentes constituições e dinâmicas familiares existentes indaga-se qual estrutura familiar seria a adequada e qual seria o modelo correto que dá estrutura a uma família? Seria possível caminhar nesta perspectiva de linearidade causal?

As formações imaginárias apresentadas no estudo se inscrevem na posição-sujeito do SD enquanto profissional de enfermagem inserido em uma unidade de Atenção Primária à Saúde. Mesmo que o estigma apareça de maneira mais evidente em alguns recortes, percebe-se que este é transversal a todos os discursos. Os profissionais de enfermagem não estão deslocados da sociedade em que se inserem e seus processos discursivos não são externos aos processos históricos, sociais e ideológicos. As memórias discursivas e as formações ideológicas são constitutivas dos sujeitos

discursivos, sendo estes não originários de seus próprios discursos (ORLANDI, 2015). Entende-se que a formação imaginária atribuída ao outro, objeto de seu cuidado, se reflete na prática, nas decisões terapêuticas, no relacionamento com o usuário e na produção de cuidado, sendo importante compreendê-la.

6.2.3 Bloco discursivo 3: Os efeitos de sentido que circulam a prática dos profissionais de enfermagem

6. 2. 3. 1 Resultados do Bloco 3

O bloco discursivo abordou a produção de efeitos de sentido que circulam a prática das profissionais de enfermagem, que na percepção destas acreditam ser ações de Redução de Danos. Entretanto, essas ações trazem também indícios de formações discursivas, como por ex., na perspectiva biomédica e de doença.

Os recortes 1 e 2 indiciaram ações de enfermagem ancoradas na formação discursiva biomédica. No primeiro recorte, o SD10 elencou ações de encaminhamento ao médico da unidade e tratamento medicamentoso para àqueles usuários de SPAs que querem a abstinência. O SD12 descreveu tanto ações técnico-assistenciais como tratamento medicamentoso e aferição de sinais vitais.

Recorte 1: O médico faz muito tratamento aqui pra quem quer fazer... quem quer deixar né, de usar, ele medica, a gente agenda toda semana, vem uma semana conversar com ele, outra semana conversar comigo, então a gente tenta (sd8) [...]trouxe ele para cá, para unidade, agendei com médico e aí ele aceitou fazer o tratamento. O doutor entrou com medicação e... e aí assim ele vinha toda semana no começo (sd9). (SD10).

Recorte 2: Então nós fazemos só a parte de medicação, ver uma pressão [...] a gente faz, mas a gente não comenta (sd8). (SD12).

Os recortes 3 ao 5 enunciaram práticas de RD que envolveram orientações para reduzir gradativamente o consumo de SPAs até obtenção de abstinência, enquanto que o recorte n. 6 apontou a relevância de apoio ao usuário de SPAs até obter a internação.

Recorte 3: Então é tentar dizer que quanto menos, melhor. É legal ficar ainda usando? Não (sd12) [...] tentar gradativamente diminuindo essa dose de droga, de álcool, pra que ele se livre (sd13). (SD11).

Recorte 4: a gente fala assim: Olha... A gente vai aconselhando né, chama aconselhamento... é... Vamo parando devagar, com o tempo (sd20) [...]. Com o tempo você vai tirando devagar, porque tudo que é brusco causa sofrimento (sd21). (SD8).

Recorte 5: Cê tem que parar de beber. Cê bebeu ontem?" "Ah bebi" Cê tem que tentar parar (sd6). (SD12).

Recorte 6: Dá o suporte até que ela aceita, que ela [pessoa usuária] consiga uma internação (sd9). (SD2).

Nos recortes 7 a 11 os sujeitos discursivos descreveram ações desenvolvidas de RD focadas em reduzir riscos e danos físicos no âmbito de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e doenças ginecológicas, considerando a vulnerabilidade desta população.

Recorte 7: Eu ia oferecer teste rápido, que é o que gente tem aqui né, porque eles estão muito vulneráveis... pras meninas [...] aí se fosse menina, eu ia tentar sei lá, colher o papanicolau pra ela e dar orientações a respeito de alimentação, porque eles ficam muito tempo sem comer, sei lá, eu ia investigar essas coisas (sd9). (SD9).

O recorte 8 apontou na sequência discursiva indícios de cuidado com a adolescente usuária de SPAs, que não se limita à droga em si, mas à prevenção de gravidez indesejada.

Recorte 8: Eles [equipes dos CAPS AD e CAPSi] deram maior apoio assim, psicológico pra menina [usuária], mas eles falam assim: (eu acho até que eles tão certo) "Continue usando a maconha..." (risada) "Mas você toma esse anticoncepcional..." (sd9). (SD5).

Nos recortes 9 e 10 os SDs elencaram orientações sobre o risco de contaminação por ISTs, tais como, HIV e Sífilis, reforçando a percepção de uma população muito vulnerável.

Recorte 9: que eles [usuários de SPAs] têm mais contato são as doenças sexualmente transmissíveis. Até mesmo porque eles compartilham muita coisa né (sd22), então eu... tentaria explicar essa questão para ele e reduzir o dano, ele pegou uma doença que... para ele pode... mais do que ele já tem... pode ser uma doença, uma doença crônica né... HIV, sífilis, né (sd23). (SD9).

Recorte 10: Então que dizer agora que ele tomou coragem [para internar em Comunidade Terapêutica], né, pra conseguir, agora tá com outro

problema que é o HIV, mas ele sabe que corria o risco né, já tá na rua, e de comportamento (...) né, suspeito, de exposição sexual, mas acho que é isso, assim, que aparece mais (sd18) [...] então o meu papel é de falar mesmo das consequências, né, e de que ele vai tá exposto a outras, a outras doenças, né (sd19). (SD11).

No recorte 11, o SD7 exemplifica uma ação de RD em que são distribuídos kits com materiais educativos, preservativos e materiais esterilizados que podem reduzir riscos e danos derivados do consumo de SPAs.

Recorte 11: Tem municípios que oferecem o kit mesmo, seringa, agulha, água de coco, revistinha, camisinha... é... revistinha não, que eu falo... material educativo né? Entrega aquilo, aí eles não têm que vir aqui na unidade fazer isso, a gente sabe onde tá os pontos de usuário de droga. (sd11). (SD7).

Os recortes 12 a 16 foram enunciados por sujeitos discursivos que desconheciam o propósito da estratégia de RD ou até mesmo se pronunciaram contra ela. Os sujeitos discursivos realizaram ações de RD, mesmo não as reconhecendo como tais, como por ex., acolhimento, orientações de tratamento de substituição de SPAs, escuta qualificada e grupos terapêuticos.

Recorte 12: Então, acho que tudo é, é... seria uma conversa, um apoio mesmo, pra sempre que ele precisasse (sd6). (SD2).

Recorte 13: Assim, eu até cheguei a orientar ele, falei assim: “[nome do familiar da SD1], é.. deixa a cocaína, e usa a maconha no lugar da cocaína, cheguei a orientar ele, cheguei a fazer esse tipo de orientação que eu sei que também que não é correta né? Tudo é droga né, tanto a cocaína como a maconha (sd6). (SD1).

Recorte 14: Mas um atendimento que poderia ser implementado é os atendimentos em grupo né? A gente, tipo, reunir um grupo que todos são portadores de álcool e drogas e cada um colocar sua experiência, sua vivência (sd5). (SD4).

Recorte 15: Eu acho que a gente tem que ouvir o paciente e deixar ele manifestar o desejo dele (sd19). Eu não sei assim se há outro caminho, mas pra mim é a escuta, deixar ele a vontade, ter a liberdade de escolhas, porque a gente não consegue mudar a vida de uma pessoa se ela não permitir, não é? (sd20). (SD8).

Recorte 16: Seria basicamente dar orientação, né, dá ajuda, quando a pessoa vem procurar a gente, ter a capacidade de ver que o paciente não precisa necessariamente de um médico, precisa mais de uma orientação, precisa mais de um atendimento mais humano, do que simplesmente vai no médico, toma remédio e vai embora (sd7). (SD13).

As ações mencionadas nos recortes de 17 a 19 são ações de RD que priorizaram o diálogo, pactos com o usuário e sua liberdade de escolha, corroborando os preceitos teóricos e práticos da RD. Os recortes foram enunciados por sujeitos discursivos que relataram ter conhecimento sobre a proposta da estratégia da RD.

Recorte 17: Então se ela [pessoa usuária] não consegue, não vou falar pra ela: “você nunca mais use maconha”. “Você usa menos, você usa tal hora...” Eu posso fazer algumas sugestões pra ela, pra diminuir o risco [...] (sd1). Na prática é orientação. A gente usa recursos como computador, mídia, esses negócio, mas é orientação. Conversa, diálogo, formação de vínculo, dar um pouco mais de segurança pro paciente, mostrar apoio (sd4). (SD5).

Recorte 18: A gente conversa, a gente fala sobre... como ele poderia melhorar, a gente às vezes cria é... estipula pra ele tempos, né? Que ele poderia melhorar na vida dele como tempos... Se ele quer isso pra vida dele... Qual o futuro que ele pensa pra ele, ou pros filhos, ou pra família, se ele já parou alguma vez, né? Qual o horário que ele mais tem vontade, então a gente faz como se fosse uma orientação individual, né? ” (sd11). (SD6).

Recorte 19: Se a gente já julga, se a gente já põe pra fora, se a gente já que coloca que isso... que aqui não é o local né, a gente já tem uma quebra de vínculo, que provavelmente, vai ser muito difícil reconstruir (sd8). (SD7).

Os recortes de 20 a 22 demonstraram ações de promoção à saúde, as quais envolvem práticas integrativas e complementares, que não são exclusivamente direcionadas à população que consome SPAs, mas destinadas a toda comunidade em geral, e que também beneficiam usuários de álcool e outras drogas.

Recorte 20: Não ‘temo’ grupo ainda nessa área de saúde mental né..., mas a gente tem também a fisioterapeuta e a dentista que trabalham com acupuntura e auriculoterapia, então também tem esse apoio... (sd13). Então a gente agora tá... nós ‘tamo’ fazendo um grupo da horta, que a

gente tem a horta comunitária e tava fazendo alguns grupos na escola... e a gente... como aqui é junto com o centro comunitário, também a gente tem o grupo de atividade física e culinária..., mas como a gente tá... tem uma parceria então agora tem aqui... tem aula de alongamento, tem de artesanato (sd14). (SD10).

Recorte 21: A gente oferece aqui cursos de artesanato pros pacientes pra tentar melhorar a parte de saúde mental, temos grupos de atividade física, que é o grupo de alongamento, duas vezes na semana (sd5). [...] começou quarta-feira, com algumas oficinas de mulheres, pra fazer, é... do crochê, vai fazendo ponto, vai levar na maternidade, pra estimular também a parte de saúde mental e pra é....meditação, a gente tem a.... Como chama? Acupuntura auricular também, pra diminuir, a gente faz orientação pra população pra diminuir a ansiedade, diminuir outras coisas, né? Então assim, tem várias coisas que é ofertado, né? (sd6). (SD6).

Recorte 22: Eu também aplico reiki e auriculo [auriculoterapia], então também esses pacientes, esses familiares, quando eu percebo que tem uma mãe que está assim ela vem eu faço o reiki, coloco a auriculo e tem tido ótimos resultados, porque elas falam “ai eu saio daqui mais calma, saio daqui mais tranquila, saio daqui compreendendo e aceitando melhor”, então assim tem dado bons resultados essa questão de eu ter a possibilidade de aplicar as práticas integrativas aqui tem ajudado bastante. (sd18). (SD14).

6. 2. 3. 2 Discussão do Bloco 3

Os efeitos de sentido que circulam a prática de profissionais de enfermagem da APS, a qual envolve ações de RD na percepção desses atores, abarcam diferentes saberes, concepções e modelos afetados pelas memórias discursivas e posições ideológicas.

O recorte 1 salienta um cuidado ancorado no paradigma de saúde biomédico, centralizado na figura do médico e na medicalização (“O médico faz muito tratamento pra quem quer fazer, quem quer deixar de usar, ele medica, a gente agenda toda semana”–sd8) (“agendei com médico e aí ele aceitou fazer o tratamento. O doutor entrou com medicação e aí assim ele vinha toda semana no começo”-sd9), demonstrando vestígios da presença do Interdiscurso do modelo de doença materializados no enunciado. Além

disso, percebe-se neste discurso indícios de sentidos de relações de poder do saber médico, bem como oferta terapêutica direcionada para o usuário que busca a unidade de saúde para objetivar a abstinência. O profissional de enfermagem só agenda a consulta se houver a prescrição médica e o usuário só vem ao agendamento se o médico prescrever medicamento. Parafraseando Foucault (2015) na essência deste discurso, o poder está presente porque há um campo de saber médico, o qual só se é praticado por meio deste poder. Tais ações contradizem a estratégia de RD, pois, geralmente, o usuário que consome SPAs nem sempre procura voluntariamente a unidade, conforme literatura (FERREIRA et al., 2015). Geralmente, a equipe de saúde da estratégia de saúde da família e/ou do Consultório na Rua vai ao encontro destes usuários, principalmente para construir relações empáticas e de vínculo. Além disso, uma das estratégias de RD é cuidar deste usuário na perspectiva interdisciplinar e de rede, portanto, buscando apoio de outros profissionais de saúde e de outros dispositivos do território que constituem a rede de saúde e de atenção psicossocial.

O discurso assistencial tecnicista aparece no recorte 2, no qual o SD12 menciona apenas ações técnicas de cuidado de enfermagem realizadas ao usuário, como por ex., acompanhamentos das medicações e aferição de sinais vitais. Acredita-se que na estratégia de RD uma das ações da enfermagem relevante seja estabelecer interações de intersubjetividades (entre sujeitos), que envolva a escuta terapêutica, o acolhimento, compartilhamento de necessidades, responsabilidades e respeito diante do cuidado a ser decidido em conjunto. Tais condutas focam na singularidade e subjetividade do sujeito e em seu território vivo e dinâmico, corroborando literatura (SILVA et al., 2018; TISOTT et al., 2019).

Outra pista no enunciado do SD12 relaciona-se ao fato da profissional de enfermagem após realizar as técnicas de medicar e aferir pressão arterial, relatar que “não comenta” (“a gente faz, mas a gente não comenta (sd8) ”. A não continuidade da ideia ao significante do enunciado dá vestígios de silenciamento, ou seja, o não dito, que esconde outros sentidos possíveis (ORLANDI, 2015), tais como “a gente não comenta sobre o uso de SPAs”. Tal silenciamento aponta para o desconforto e dificuldade que alguns profissionais de enfermagem possuem em abordar o uso de álcool e outras drogas, o que pode inferir ser um tabu social.

Na perspectiva do modelo biomédico ou de doença, tanto a doença como o diagnóstico médico possuem posições centrais no processo terapêutico, baseando-se na premissa de “doença-cura”. Considerando a dependência química como doença, a “cura” seria por meio da abstinência (PILLON; LUÍS, 2004). Quando questionadas sobre quais

ações de cuidado são realizadas para pessoas em uso de SPAs, algumas profissionais de enfermagem referiram que preconizam a abstinência e em alguns casos mencionam internação compulsória ou voluntária como alternativa para o tratamento. No recorte 3, o SD11 relata a orientação de redução de consumo gradual de SPA até que se atinja a abstinência (*“tentar gradativamente diminuindo essa dose de droga, de álcool, pra que ele se livre”-sd 13*). O significante “livre” deriva para outro sentido, para o efeito metafórico de liberdade, ou seja, as drogas aprisionam, acorrentam e quando se atinge a abstinência o sujeito se liberta. Na AD por meio do efeito metafórico, um único significante pode ter seu sentido deslizado, transferido para outro sentido, por meio de processos de metáfora (ORLANDI, 2015), produzindo novos processos de significação.

O SD8 relata realizar orientação semelhante, ao preconizar a redução gradual do consumo de SPAs, com o objetivo final de cessar totalmente o uso (*“Vamo parando devagar, com o tempo [...] (sd20) “Com o tempo você vai tirando devagar, porque tudo que é brusco causa sofrimento” sd21*), pois segundo ele, o que é “brusco” causa sofrimento. A oposição dos significantes “devagar” e do significante “brusco” se tencionam e expressam o sentido de que o processo para obtenção de abstinência requer tempo, e que mudanças abruptas levam ao sofrimento, contrariando a recomendação do SD 12 que indica prontamente, de imediato a abstinência (*Cê bebeu ontem?” “Ah bebi” Cê tem que tentar parar”sd6*). Percebe-se que para os dois SDs a meta final é a mesma, ou seja, a abstinência, mas as estratégias são construídas de maneiras diferentes.

Entende-se que a indicação de abstinência (seja gradual ou abrupta) pode ser uma alternativa para pessoas com uso problemático de SPAs, mas não necessariamente é uma orientação universal e que se adequa a todos. De acordo com os princípios da RD, é necessário considerar a singularidade de cada indivíduo, suas condições, seu contexto de vida e seus desejos, e a partir de então construir com o usuário sua melhor abordagem terapêutica, que pode ou não envolver a abstinência (MARLATT; WITKIEWITZ, 2002; DEGENHARDT et al., 2019).

Simultaneamente ao objetivo de recomendar a abstinência, os sujeitos discursivos compreendem que os usuários necessitam de internação para almejar a cura da doença, conforme recorte 6 da SD2 (*“Dá o suporte até que ela aceita, que ela [pessoa usuária] consiga uma internação” sd9*). Para essa profissional, o cuidado no uso de álcool e outras drogas consiste em ofertar apoio até que a pessoa se interne, e para isso ela deve “aceitar”. A sd9 do recorte 6 oculta um sentido Outro de que a pessoa precisa aceitar que possui uma doença derivada do uso de SPAs e para isso necessita de cura (abstinência e/ou internação). Infere-se que tal discurso advém do Interdiscurso do modelo de doença,

o qual considera a abstenia a meta a ser alcançada (PILLON, LUÍS, 2004). Estudos asiáticos que abordam tratamento de dependentes em opióides e heroína apontam que internações compulsórias de pessoas usuárias dessas substâncias não têm resultados eficazes de custo-benefício terapêutico, tanto a curto como em longo prazo. Além disso, a maioria destes serviços realiza intervenções com práticas que violam direitos humanos, por ex., trabalho forçado e abusivo, permeado por violência e tratamento médico ineficiente (WEGMAN et al., 2017; VUONG et al., 2018). Entretanto, diferente de intervenções focadas na abstenia e internações, alguns sujeitos discursivos do presente estudo elencam ações de RD que envolvem educação em saúde, prevenção de doenças e promoção à saúde. Tais intervenções consistem em prevenção de riscos e danos físico e biológicos, como por ex., realização de teste rápido para detectar IST e orientações sobre seus riscos, exames de prevenção de doenças ginecológicas e de gravidez indesejada, bem como distribuição de *kits* com materiais estéreis e educativos.

No recorte 7, os sujeitos discursivos mencionam oferta de teste rápido, exame de citologia cervical e orientações sobre alimentação e pressupõe que as adolescentes usuárias de SPAs estão mais vulneráveis e não se alimentam corretamente. O recorte 8 complementa enunciados de orientações de profissionais de CAPS AD e CAPS infantil sobre ações preventivas à gravidez indesejada pela adolescente, com o uso de anticoncepcional. A recomendação não incluía a modificação do consumo da SPAs utilizada pela adolescente (*“mas eles falam assim: (eu acho até que eles tão certo) “Continue usando a maconha...” [risada]. Mas você toma esse anticoncepcional...”sd9*). A risada, enquanto linguagem não verbal, revela indícios do estranhamento que tal afirmação gera ao SD5, na sua posição-sujeito de enfermeira de uma USF. Apesar de dizer que concorda com tal afirmação, a risada em seguida pode expressar efeitos de sentido da negação do dito, ou seja, manifesta a contradição, o estranhamento em ser uma profissional enfermeira de saúde e concordar com tal orientação. Parafraseando Foucault (2008), compreende-se que o enunciado para ser legítimo tem que afetar tanto o enunciador como o lugar institucional em que foi tecido e condições de produção estrita (neste caso a USF situada em um bairro de alta vulnerabilidade social), o que sustenta o lugar discursivo da enfermeira e seu discurso. Assim, o sujeito do discurso pode assumir diferentes posições-sujeito e dar a direção a partir deste lugar discursivo assumido, e também da perspectiva que a profissional adota para questionar suas percepções.

Historicamente, considerando as condições de produção ampliadas, a prática em educação em saúde dos profissionais replica as estruturas de dominação e poder da sociedade, resultando em relações de autoritarismo e imposições de soluções técnicas

(VASCONCELOS, 2001), práticas de caráter normatizador, prescritivo e de incentivo por hábitos considerados saudáveis e opositivo a atitudes “não saudáveis”. A risada manifestada pelo SD pode inferir um dizer que é percebido como absurdo diante da orientação realizada, ou seja, uma recomendação distante da esperada para um profissional de saúde. Entretanto, tal recomendação está em consonância com os princípios da RD, já que a não censura ao consumo de SPAs é uma forma de aproximação profissional-usuária para que a mesma continue sendo cuidada, independentemente de seu consumo, evitando-se o distanciamento entre ela, unidade e profissional da saúde. Estudo sobre gestante em situação de rua, que faça ou não uso de SPAs, salienta a relevância do cuidado de enfermagem, focando inicialmente no fortalecimento do vínculo, por intermédio da escuta qualificada. Tal atitude acolhedora pode possibilitar a aproximação da gestante para a realização do pré-natal, momento este que pode ser potencial para orientar e esclarecer dúvidas relacionadas à gravidez de risco ou não, pré-parto e puerpério, riscos e danos advindos de intoxicações agudas de SPAs, realizar procedimentos essenciais, tais como, imunização, exames laboratoriais básicos, testes rápidos para IST entre outras intervenções educativas e preventivas (ARAÚJO et al., 2017).

O recorte 9 menciona orientações de RD para prevenção de ISTs, tais como HIV e sífilis, considerados doenças de riscos derivadas do consumo de SPAs pelo SD9. A sd 23 (*“então eu... tentaria explicar essa questão para ele e reduzir o dano, ele pegou uma doença que... para ele pode... mais do que ele já tem... pode ser uma doença, uma doença crônica né... HIV, sífilis, né”*) revela indícios de que o uso/abuso/dependência química já é considerado uma doença e, portanto, é necessário prevenir o surgimento de outras doenças (AIDS, sífilis).

Corroborando o pensamento de SD9, SD11 também menciona o cuidado de prevenção de ISTs e relaciona o consumo de SPAs com comportamento de risco para ISTs (*“mas ele sabe que corria o risco né, já tá na rua, e de comportamento (...) né, suspeito, de exposição sexual”-sd18*). Percebe-se nesta sd transferência de sentidos para efeito metafórico ao associar os significantes “comportamento de risco” e “suspeito” à generalização de que toda pessoa que consome SPAs e/ou está em situação de rua, possui comportamento considerado suspeito e de risco, e está mais suscetível à infecção por ISTs. Os efeitos de sentido são construídos por meio de generalização, estigmatização e julgamento moral do usuário. O estigma, a discriminação e o julgamento moral dificultam o acesso do usuário de SPAs ao serviço de saúde e ao tratamento, bem como o seu engajamento e adesão terapêutica (DEGENHARDT et al., 2019). Entretanto,

é importante que o profissional de enfermagem escute as experiências de vida desta população específica, estabeleça uma aliança terapêutica para junto ao usuário planejar o cuidado. Há necessidade do profissional de enfermagem busque confrontar essas falsas crenças de que toda pessoa em situação de rua é usuária de SPAs e está exposta às ISTs. Tal atitude promove condições para que possam ser realizadas profilaxia pré e pós-exposição ao HIV, caso houver necessidade e/ou aceitação e concordância pelo usuário.

As sequências discursivas também evidenciam concepções ideológicas do signifiante “comportamento de risco” advindas de memórias discursivas das décadas de 1980 e 1990 no Brasil. Nesses anos, com o aumento de infecções por HIV, determinados seguimentos da população foram classificados como “grupo de risco”, tais como, homens homossexuais e pessoas em situação de rua. Porém, foi também nesse período que as primeiras iniciativas de RD surgiram, com a distribuição de material estéril para evitar a incidência de ISTs (MACHADO; BOARINI, 2013).

Atualmente, os termos “comportamento de risco” e “grupos de riscos” foram substituídos pela compreensão de vulnerabilidade social, que inclui determinantes sociais, culturais e econômicos que permeiam o consumo de SPAs e exposição à ISTs. Contrariando a estratégia de RD, a ideia de “risco” ou “comportamento suspeito” produz fronteiras espaciais, sociais e de relações de poder que podem dificultar o acesso a estratégias de proteção e prevenção contra infecções por ISTs (FACCHINI et al., 2018), bem como o engajamento e adesão ao tratamento.

No recorte 11, o SD7 exemplifica uma ação prática de RD, que mesmo não sendo executada no município do estudo, é reconhecida como estratégia importante de RD. A distribuição de *kits* de RD pode conter material impresso educativo, seringas, agulhas, canudos descartáveis, cachimbos, água, preservativos (GOMES; VECCHIA, 2018)., protetor labial, “barrinhas de cereal ou proteína” e materiais de higiene pessoal, dependendo do município. Tal ação tem sido realizada em muitos municípios brasileiros e se mostra efetiva na redução de infecções, podendo ser realizada nos serviços de saúde ou nas próprias cenas de uso (GOMES; VECCHIA, 2018).

Percebeu-se que algumas profissionais de enfermagem desenvolvem ações confluentes com o modelo de Redução de Danos em seu cotidiano profissional, mesmo sem identificá-las como tais.

No recorte 12, o SD2 relatou apresentar atitudes positivas e ações na interação terapêutica, como o diálogo e apoio, atitudes que podem auxiliar na aproximação com o usuário para o processo terapêutico.

Destaca-se a regularidade dos significantes “orientar” e “orientação” nos recortes 13, 16, 17, 18 e 21, os quais relacionam-se com intervenções de RD realizadas pela enfermagem.

O SD1 em outro determinado momento da entrevista, mesmo sem possuir conhecimento aprofundado sobre a estratégia de RD, se pronunciou contra ela. Percebe-se a contradição entre o que o SD1 pensa que é RD e o que ela executa. Em sua posição-sujeito de parente de familiar que consome SPA, realiza a orientação de substituição de uma droga considerada mais danosa, por outra menos danosa, o que configura-se como uma das estratégias de orientação de RD. O conflito se dá por considerar que a orientação não é correta, considerando que todas as SPAs são drogas (*“também, que não é correta né? Tudo é droga né, tanto a cocaína como a maconha” sd16*). Os efeitos de sentido de ambivalência no discurso da profissional de enfermagem têm impactos diante da orientação realizada ao membro familiar. Considerando a condição de produção estrita da materialidade desse discurso dessa profissional (na unidade de saúde) e de suas posições-sujeito, ou seja, enquanto mulher cristã, profissional de saúde e parente de familiar usuário de SPA, percebe-se alternância de posição-sujeito assumida pela profissional. Infere-se que enquanto profissional de saúde e mulher cristã acredita não ser correto tal orientação, enquanto que para o familiar realiza orientações de RD (apesar de seu desconhecimento deste saber consciente). Assim, denota-se um discurso heterogêneo materializado que constitui diferentes sujeitos e saberes (GRIGOLETTO, 2005). Na perspectiva da AD, o indivíduo se constitui em sujeito por intermédio do funcionamento ideológico; portanto, o lugar que ele assume na sociedade influencia naquilo que ele enuncia (COURTINE, 2016). O SD enuncia um já dito sobre RD em outro lugar, constituindo-se em memória discursiva. O SD4 também não possuía conhecimento sobre o que é RD e quais ações de RD poderiam ser realizadas, mas menciona o atendimento em grupos, como ferramenta de trocas de saberes e experiências.

O SD8 no recorte 15 relata uma ação de comunicação compatível com os princípios de RD, como escuta qualificada e consideração dos desejos do sujeito na elaboração do cuidado (LOPES; GONÇALVES, 2018; KNAAK, 2019), mesmo sem conhecer profundamente a RD. Os significantes verbais “ouvir” e “escutar”, bem como os fragmentos “manifestar desejo”, “deixar à vontade” e “liberdade de escolha” são vestígios que reforçam os efeitos de sentido de atenção, respeito e liberdade que permeiam a estratégia de RD.

No recorte 16, o SD atribui valor importante no acolhimento ao usuário ao atendimento “humano”, para além de consultas médicas e medicações. O cuidado “humano” em questão remonta ao termo “humanização”, introduzido na área da saúde enquanto Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004b). O termo humanização deriva de um sentido de recuperar a essência humana, resgatar o perdido da natureza humana. A polissemia e amplitude do termo “humanização” possibilitam inúmeras interpretações como, por exemplo, o cuidado centrado no ser humano ou atitudes de empatia e apoio para com o outro que guiam o relacionamento profissional-usuário (SANCHES et al., 2016). Nessa noção de acolhimento às demandas e expectativas de outro ser humano constitui-se no espaço onde a RD se insere, enquanto estratégia que se consolida através da relação com o outro, sem emissão de julgamentos ou juízo de valor, mas sim de trocas e compreensão.

Percebe-se que nos recortes de 12 a 16, os SDs executam intervenções de saúde mental e RD, como escuta e diálogo, mas não as percebem como tais. A escuta qualificada, comunicação terapêutica e relação interpessoal constituem-se em instrumentais de trabalho de enfermagem essenciais (PONTES; LEITÃO, RAMOS, 2008). É importante reconhecer e valorizar essas ferramentas de trabalho que, muitas vezes, dão conta de questões que fogem à objetividade e ao tecnicismo.

Quanto às profissionais que relataram possuir conhecimento prévio sobre RD, estas produziram ações de cuidado embasadas nos pressupostos de RD quanto às orientações singulares, contextualizadas e geradoras de vínculo.

No recorte 17, o SD5 retoma a importância de realizar orientações não impositivas ou condenatórias e que não indiquem de imediato a abstenção abrupta. Fala também sobre a importância da escuta qualificada e formação de vínculo, corroborando estudo que discute as práticas de RD no contexto do CAPS AD (LIRA et al., 2018), e destaca o diálogo como forma de valorização da autoestima, autocuidado, projeto de vida e troca de experiências.

Semelhante a esta ideia, o SD6 no recorte 18 menciona as orientações individualizadas, baseadas no contexto de vida e histórico de uso do sujeito, bem como recomenda orientações que estipulem metas (*“A gente conversa, a gente fala sobre... como ele poderia melhorar, a gente, às vezes, cria é... estipula pra ele tempos, né? Qual o futuro que ele pensa pra ele, ou pros filhos, ou pra família, se ele já parou alguma vez, né” sd11*). Em efeito metafórico, os significantes “tempos” e “futuro” derivam para o sentido de “metas”, “prazos”, uma orientação de pactuação com o sujeito que admite que as mudanças se dão transcorridas ao longo do “tempo”, ou seja, é um processo que se

constrói em longo prazo, em uma perspectiva temporal, de futuro, sem medidas imediatistas. Questiona também o impacto do consumo na dimensão familiar, convergindo com o modelo de atenção psicossocial, que considera as influências do consumo nas interações e no ambiente familiar. Tais dados corroboram estudo, na perspectiva fenomenológica, sobre os motivos de ação de cuidados de redutores de danos gaúchos no desempenho de suas atividades junto aos usuários de SPAs. Esses profissionais ao realizarem seu trabalho, almejam ajudar os usuários na transformação futura de suas vidas, nos aspectos familiares, laboral, terapêutico entre outros (TISOTT et al., 2019).

No recorte 19, SD7 enuncia significantes “quebra” e “reconstruir” que apontam vestígios de efeitos metafóricos de rompimento e (re) construção de vínculos entre profissional de enfermagem e usuários de SPAs. O SD7 ressalta a importância do não julgamento do usuário em relação a seu consumo de drogas, como atitude que possibilita aproximar e estabelecer vínculo entre usuário-profissional de enfermagem, bem como de promover o engajamento e adesão do sujeito ao serviço e tratamento. O não julgamento e o estabelecimento de vínculo são preceitos fundamentais da estratégia de RD, que prevê intervenções não estigmatizantes e discriminatórias (TEIXEIRA et al., 2017; LOPES; GONÇALVES, 2018; KNAAK, 2019). Os dados corroboram as ideias de Merhy (2002) que salienta que o trabalho em saúde necessita se fundamentar no trabalho vivo em ato, ou seja, àquele que se constrói em processos interacionais de encontro entre usuários-profissionais. Nesse processo intercessor, ações de cuidado são estabelecidas em múltiplas conexões, explorando novas formas e possibilidades de cuidado que permitam criar alianças, vínculos, compromissos entre trabalhador de saúde e usuário, de acordo com necessidades e demandas individuais e coletivas.

Outras ações mencionadas foram ações de promoção à saúde ampliadas à comunidade. Os recortes 20 e 21 ilustram ações de práticas integrativas e complementares (PICs), grupos/oficinas de atividades físicas, atividades manuais e atividades artísticas.

No recorte 20, mesmo o SD10 relatando que não existe um grupo específico de saúde mental, relata a existência na unidade de PICs como acupuntura e auriculoterapia, horta comunitária, grupos de artesanato, culinária e alongamento. Tais atividades, ainda que não específicas para população que consome SPAs, são promotoras de saúde, bem-estar e interação social. Além disso, tais atividades podem ser consideradas como meios para integração social e reabilitação psicossocial.

No recorte 21, o SD 14 também enuncia atividades de PICs, como reiki e auriculoterapia, como possibilidade de cuidado ofertada a usuários e familiares

vivenciando difíceis situações de vida. Segundo Schweitzer, Esper e Silva (2018), a APS constitui-se em potente cenário para a consolidação das PICs por ser efetiva em situações primárias menos graves e possibilitar a compreensão e estímulos a problemas que o modelo de saúde biomédico hegemônico não consegue dar respostas por si só.

Tais práticas aplicadas a usuários que consomem SPAs colaboram para a diminuição de ansiedade, melhora do humor e da capacidade em lidar com emoções, bem como aumento do vínculo profissional-usuário (SOUZA et al., 2017b).

Os profissionais de enfermagem que atuam na APS realizam diversas intervenções de RD subsidiadas por diferentes memórias discursivas e posições ideológicas. Entretanto, foram realizadas de fato, poucas intervenções coerentes com os preceitos da RD e cuidado psicossocial. É importante salientar que diversos seguimentos da sociedade são corresponsáveis por esse processo, tais como serviços especializados, gestão em saúde, políticas públicas e ensino.

Questiona-se até que ponto estes profissionais receberam respaldo teórico e prático na graduação e ensino técnico em enfermagem sobre os conceitos e escopo de intervenções da RD. Infere-se que a dificuldade de operacionalização de estratégias de RD pode estar relacionada ao período de visibilidade teórica e prática da estratégia de RD no Brasil (cerca de 40 anos) e à idade média dos SDs, que foi de 41 anos. Torna-se necessário, portanto, a implementação de conteúdos sobre Redução de Danos nas estruturas curriculares de estudantes da área de enfermagem, a fim de garantir a formação de um profissional mais apto e empoderado para trabalhar com RD e as necessidades decorrentes do consumo de SPAs.

Estudo aponta a necessidade de que os conteúdos de Saúde Mental, trabalhados na formação do estudante de enfermagem, vão ao encontro das demandas sociais atuais e realidade vivenciada (OLMOS, et al., 2018). Segundo o mesmo estudo, as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem vigentes se propõem a promover uma formação humanista, crítica e reflexiva alinhada aos preceitos da Reforma Psiquiátrica. No entanto, a proposta de adotar a perspectiva da clínica ampliada e psicossocial, em detrimento do estudo de psicopatologias e sintomatologias, impõe desafios e resistências a educadores e estudantes em operar em um novo modelo (OLMOS, et al., 2018).

De acordo com estudo, a falta de articulação entre disciplinas de saúde coletiva e disciplinas de saúde mental consiste em obstáculo para o processo de formação do profissional de enfermagem. Além disso, entraves institucionais dificultam o ensino de saúde mental aplicado para o contexto da APS. A apropriação dos conceitos de saúde

mental vinculados à APS pelos profissionais de enfermagem evita encaminhamentos desnecessários, e os torna empoderados para trabalharem com as diferentes demandas de saúde mental na comunidade (NÓBREGA et al., 2020).

Os achados apontam lacunas na assistência e a importância em se discutir o conteúdo de RD no âmbito da formação do ensino técnico e superior de enfermagem, bem como no âmbito da qualificação profissional por meio de educação permanente. O aperfeiçoamento do ensino fortalece práticas profissionais emancipatórias, horizontais e qualificadas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo apontam que a produção de sentidos sobre as concepções de RD nos discursos dos profissionais de enfermagem da APS são perpassadas por memórias discursivas dominantes, advindas de alguns discursos Outros que contradizem os preceitos desta estratégia.

O estudo salienta que os efeitos de sentido sobre a RD são interpelados ideologicamente por um interdiscurso que preconiza a obtenção da abstenção das SPAs por intermédio da internação do usuário, bem como a prevenção de recaída, predominando, respectivamente, o modelo biológico/de doença e o cognitivo-comportamental.

Os achados demonstram as tensões existentes entre as memórias advindas do modelo moral e religioso que resultam em práticas condenatórias e em uma abordagem com o usuário que limita sua liberdade de escolha e autogestão.

O estudo demonstrou que a concepção de RD na perspectiva da clínica ampliada, que enfatiza o estabelecimento de vínculo e a integralidade do sujeito ainda é limitada. Ainda que alguns profissionais tenham demonstrado concepções coerentes com a proposta da estratégia de RD, estas permaneceram focadas nas consequências do uso de SPAs que afetam a dimensão fisiológica.

O estudo demonstra que os sujeitos discursivos construíram diferentes formações imaginárias do usuário de SPAs, que se constroem a partir de memória discursivas e de diferentes ideologias, sendo elas: a do usuário que se apresenta como improdutivo, sendo oneroso economicamente; a do usuário resistente ao tratamento; a do usuário violento, criminoso, perigoso e prostituído. Foram também construídas formações imaginárias que reforçam estigmas relacionados à aparência e comportamento do usuário, nos quais o usuário é representado como emagrecido, desnutrido e com comportamento irracional.

Os profissionais de enfermagem também construíram efeitos de sentido sobre a motivação para o uso de drogas, que envolvem composições e papéis familiares.

Não foram identificadas imagens dos usuários de SPAs alinhadas às perspectivas de RD, isto é, que assumem posição-sujeito de autônomo, corresponsável pelo seu processo de cuidado, participante ativo em seu projeto terapêutico e livre para realizar suas escolhas de vida.

O estudo também demonstrou que a maioria das práticas de RD, executadas pelos profissionais de enfermagem, está direcionada para minimizar riscos e danos físicos. Algumas ações estão ancoradas no modelo biomédico e/ou no modelo de doença, portanto, os profissionais de enfermagem executam ações que preconizam a abstenia e/ou internações. Em menor número, foram observadas algumas intervenções que pressupõem o acolhimento, o não julgamento e a escuta qualificada do usuário, a fim de promover o diálogo e corresponsabilização pelo tratamento, preceitos constituintes da estratégia de RD. O estudo também evidenciou que alguns profissionais de enfermagem executam ações de RD, mesmo não as reconhecendo como tais.

Percebe-se que as práticas dos profissionais de enfermagem dialogam com diferentes modelos de atenção às pessoas que consomem álcool e outras drogas. A prática cotidiana desses trabalhadores é tecida por uma rede composta de diferentes saberes discursivos e ideológicos, que refletem diretamente no cuidado realizado ao usuário de SPAs e comunidade. Salienta-se também que as condições de trabalho dos profissionais de enfermagem, muitas vezes, são perpassadas por questões de acúmulo de tarefas, sobrecarga e cobranças em atingir metas de procedimentos, o que pode contribuir para que esses profissionais tenham dificuldades em se aproximar dos conteúdos de Redução de Danos e Álcool e Drogas. Portanto, faz-se cada vez mais necessário o compromisso de gestores e políticas públicas em promoverem condições de trabalho adequadas e espaços de diálogo no contexto laboral.

É necessário considerar os paradigmas que circulam as práticas de enfermagem para compreender os mecanismos que as mantêm, bem como as ferramentas necessárias para aprimorarem as tecnologias de cuidado, que possam produzir cuidado acolhedor e transformador, nos preceitos da estratégia de RD.

O limite do estudo relaciona-se à amostragem de conveniência e à obtenção de discursos restritos à categoria profissional de enfermagem de unidades de saúde da APS. Entretanto, houve significâncias na validade dos resultados, considerando inclusive a validação por *experts*. Todavia, os resultados refletem pensamentos e simbologias de um

grupo que está na base da assistência que precisa projetar perspectivas de cuidado frente à pessoa no contexto do consumo de SPAs.

O estudo pode contribuir para o avanço da produção de conhecimento científico sobre Redução de Danos na perspectiva de profissionais de enfermagem que atuam na APS; temática considerada escassa, principalmente no referencial teórico-metodológico de Análise de Discurso de matriz francesa.

Espera-se que o estudo contribua para sustentar propostas de educação permanente sobre os conceitos de RD na formação e qualificação do profissional de enfermagem, bem como a relevância da manutenção desta estratégia no cuidado com usuários, familiares e comunidade no contexto do consumo de SPAs. Além disso, ampliar a visão e o compromisso dos gestores de saúde pública quanto ao relevante papel dos profissionais de enfermagem que atuam na APS, no âmbito de acolher e lidar com as necessidades de saúde de pessoas com uso problemático de SPAs.

Acredita-se que o estudo possibilite subsidiar novas reflexões e considerações sobre o papel da RD, enquanto estratégia de saúde promovedora de autonomia ao usuário e corresponsabilização entre profissionais de saúde, gestores, familiares e usuários, bem como o impacto da exclusão desta na nova política de saúde mental.

Espera-se que o estudo possibilite aos profissionais de enfermagem repensarem novas práticas de cuidar em enfermagem, alinhadas às estratégias de Redução de Danos e aos preceitos da Reforma Psiquiátrica.

8 REFERÊNCIAS

ACORINTE, A. C. **Discursos dos usuários dependentes de substâncias psicoativas sobre sua imagem discursivamente construída**. 2017. 98f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem- Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2016.

ALVES, Y. D. D; PEREIRA, P. P. G. A controvérsia em torno da internação involuntária de usuários de crack. **Soc Estado**, v.34, n.2, p. 5-13-538, 2019. Disponível em: doi: 10.1590/s0102-6992-201934020007. Acesso em: 16 jan. 2020.

AMARANTE, P. Loucura e ação cultural: desinstitucionalização e Reforma Psiquiátrica no Brasil. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 49, 1997, Belo Horizonte. **Anais 49º Congresso Brasileiro de Enfermagem**. Belo Horizonte: ABEN/MG 1997, p. 289-308.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ANDRADE, M. C. et al . Loucura e trabalho no encontro entre saúde mental e economia solidária. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 33, n. 1, p. 174-191, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000100014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 dez. 2019.

ANDRADE, M. C; COSTA-ROSA, A. O encontro da loucura com o trabalho: concepções e práticas no transcurso da história. **Gerais, Rev. Interinst. Psicol.**, Juiz de Fora, v. 7, n. 1, p. 27-41, jun. 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202014000100004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 25 out. 2019.

ARAÚJO, A.S. et al. The context of the pregnant woman in the situation of street and vulnerability: its look at the pre-natal. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 11(Supl. 10), p. 4103-10, out., 2017. Disponível em: doi: 10.5205/reuol.10712-95194-3-SM.1110sup201713. Acesso em: 16 jan 2020.

ASSIS, J. T; BARREIROS, G. B; CONCEIÇÃO, M. I. G. A internação para usuários de drogas: diálogos com a reforma psiquiátrica. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 16, n. 4, p. 584-596, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141547142013000400007&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 16 jan. 2020.

AYRES, J.R.C.M. et al. Ways of comprehensiveness: adolescents and young adults in Primary Healthcare. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.16, n.40, p.67-81, jan. /mar. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-32832012000100006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 jan. 2020.

AZEVEDO, L. J. C. Considerações sobre a medicalização: Uma perspectiva cultural contemporânea. **Revista CES Psicologia**, v. 11, n. 2, p. 1-12, 2018. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S201130802018000200001&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 08 dez. 2019.

BORBA, L. O. et al. Assistência em saúde mental sustentada no modelo psicossocial: narrativas de familiares e pessoas com transtorno mental. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1406-1414, dez. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000600018. Acesso em: 20 mar. 2018.

BORBA, H. S; OLIVEIRA, J.A.P.de. Uso de drogas e sistema penal: entre o proibicionismo e a redução de danos. **Psicologia E Saúde Em Debate**, v.4, (Supl1), p. 25-25, 2018. Disponível em: psicodebate.dpgpsifpm.com.br/index.php/periodico/article/view/371. Acesso em: 13 jan. 2020.

BARD, N. D. et al. Estigma e preconceito: vivência dos usuários de crack. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, p. 2680, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692016000100309&script=sci_arttext&lng=pt. Acesso em: 17 nov. 2019.

BASAGLIA, F. Scritti II – 1968-1980 – **Dall'apertura del manicomio alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica**. Torino: Giulio Einaudi, 1982.

BORGES, S. A. C; SANTOS, M. L. R; PORTO, P. N. Discurso Jurídico-Moral Humanizador sobre drogas e violência sanitária na saúde da família. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 430-441, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010311042018000200430&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 18 nov. 2019.

BOSQUE-PROUS, M; BRUGAL, M. T. Intervenciones de reducción de daños en usuarios de drogas: situación actual y recomendaciones. **Gaceta Sanitaria**, v. 30, n. 1, p. 99-105, 2016. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911116300838>. Acesso em: 19 out. 2017.

BRANDÃO, H.H.N. **Introdução à análise do discurso**. 3.ed. Campinas: Editora da Unicamp, 2012.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 01 jan. 2019.

BRASIL. Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002. Institui a Política Nacional Antidrogas e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Seção 1:3. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional DST/AIDS. **A política do Ministério da Saúde para a atenção**

integral a usuários de álcool e outras drogas. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. **Humaniza SUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS/Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.059/GM de 4 de julho de 2005. Destina incentivo financeiro para o fomento de ações de redução de danos em Centros de Atenção Psicossocial para o Álcool e outras Drogas - CAPSad - e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.028 de 01 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, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, n. 204. Brasília, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 3.088 de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. 2011b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 01 de maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. **Diário Oficial da República**, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. **Projeto Caminhos do Cuidado: Formação de Agentes Comunitários de Saúde, Auxiliares e Técnicos de Enfermagem da Saúde da Família - em saúde mental ênfase em crack, álcool e outras drogas**. Brasília, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cadernos de Atenção Básica, n. 34**. Brasília, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação n.3, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 3.588, de 21 de dezembro de 2017**. Altera as portarias de consolidação n. 3 e n.6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial e dá outras providências. Brasília, 2017c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução CIT/SUS nº 32, de 14 de dezembro de 2017. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Ministério da Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2017d.

BRASIL. Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD). **Resolução Nº 01, de 01 de março de 2018**. Brasília, 2019.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019**. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm#anexo. Acesso em: 28 abr. 2019.

CALASSA, G. D. B; PENSO, M. A; FREITAS, L. G. Redução de danos na visão dos profissionais que atuam no CAPS AD II do Distrito Federal. **Rev. Psicol. pesq.**, Juiz de Fora, v. 9, n. 2, p. 177-187, dez. 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198212472015000200008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 04 mai. 2017.

CAMARGO, B. P. Vivência em Consultório na Rua do Rio de Janeiro: a situação de rua sob uma nova perspectiva. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. v.11, n. 38, p.1-3, 2016. Disponível em: <https://www.rbmfcc.org.br/rbmfc/article/view/1269/771>. Acesso em: 20 jul. 2018.

CAMICIA, E. G; SILVA, S. B; SCHMIDT, B. Abordagem da Transgeracionalidade na Terapia Sistêmica Individual: Um Estudo de Caso Clínico. **Pensando fam.**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 68-82, jul. 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679494X2016000100006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 31 out. 2019.

CAMPOS, E. A. As representações sobre o alcoolismo em uma associação de ex-bebedores: os Alcoólicos Anônimos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1379-1387, out. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2004000500033&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 nov. 2019.

CARVALHO, B; DIMENSTEIN, M. Discourse analysis about harm reduction in a CAPSad III and a therapeutic community. **Temas Psicol.**, Ribeirão Preto, v. 25, n. 2, p. 647-660, jun. 2017. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413389X2017000200013&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 jul. 2018.

CASSANA, M. F. Os deslizamentos de sentido: efeitos metafóricos e metonímicos no discurso do corpo. **Letras Escreve**, v. 7, n. 1, p. 33-58, 2017. Disponível em: <https://periodicos.unifap.br/index.php/letras/article/view/2999>. Acesso em: 08 nov. 2019; CHARAUDEAU, P; MAINGUENEAU, D. **Dicionário de Análise do Discurso**. São Paulo: Contexto, 2004.

COELHO, H. V; SOARES, C. B. Práticas na Atenção Básica voltadas para o consumo prejudicial de drogas. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. spe, p. 111-119, ago. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342014000700111&script=sci_arttext&lng=pt. Acesso em: 17 maio 2018.

COSTA, P. H. A; PAIVA, F. S. Revisão da literatura sobre as concepções dos profissionais de saúde sobre o uso de drogas no Brasil: modelo biomédico, naturalizações e moralismos. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, p. 1009-1031, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010373312016000301009&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 08 out. 2020.

COURTINE, J.J. Definição de orientações teóricas e construção de procedimentos em Análise do Discurso. (Tradução). Policromias. Ano1, p.14-35, 2016. Disponível em: <http://www.labedis.mn.ufrj.br/images/POLICROMIAS/PDF/Jean-Jacques-Courtine-port.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2020.

CRUZ, K. D. F. et al. Atenção à crise em saúde mental: um desafio para a reforma psiquiátrica brasileira. **Revista do NUFEN**, v. 11, n. 2, p. 117-132, 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912019000200008. Acesso em: 05 out. 2020.

DANTAS, S; CABRAL, B; MORAES, M. Sentidos produzidos a partir de experiências de bad trip: drogas, prevenção e redução de danos. **Saúde debate.**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 539-550, set. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042014000300539&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 30 mar. 2018.

DEGENHARDT, L. et al. Strategies to reduce drug-related harm: responding to the evidence base. **The Lancet**, v.394, p.1490-93. 2019. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32232-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32232-9). Acesso em: 15 jan. 2020.

DELGADO, P.G.G. et al. Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. In: MELLO, M.F; MELLO, A.A.F, KOHN, R. (Org.). **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007. 207 p.

DELGADO, P. G. Psychiatric Reform: Strategies to Resist the Dismantlement. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, e0020241, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198177462019000200200&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 mai. 2019.

DIAS, J. C. et al. Redução de danos: posições a Associação Brasileira de Psiquiatria e da Associação Brasileira para Estudos do Alcool e Outras Drogas. **J. bras. psiquiatr.**, v. 52,

n.5, 341-348, 2003. Disponível em:

http://www.site.mppr.mp.br/arquivos/File/Projeto_Semear/Temas_Revelantes/Reducao_d_e_danos_posicoes_da_Associacao_Brasileira_de_Psiquiatria_e_da_Associacao_Brasileira.pdf. Acesso em: 13 mai. 2019.

DIAS R. M; PASSOS, E; SILVA, M. M. C. Uma política da narratividade: experimentação e cuidado nos relatos dos redutores de danos de Salvador, Brasil. **Interface (Botucatu)**.

Botucatu, v. 20, n. 58, p. 549-58, 2016. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000300549.

Acesso em: 02 jul. 2018.

ETIKAN, I; MUSA, S.A; ALKASSIM, R.S. Comparison of Convenience Sampling and

Purposive Sampling. **American Journal of Theoretical and Applied Statistics**, v.5, n. 1, p. 1-4, 2016. Disponível em: doi: 10.11648/j.ajtas.20160501.11. Acesso em: 10 jan. 2020.

ENGSTROM, E. M; TEIXEIRA, M. B. Manguinhos, Rio de Janeiro, Brazil, “Street Clinic” team: care and health promotion practice in a vulnerable territory. **Ciênc. saúde coletiva**.

Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1839-1848, jun. 2016. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232016000601839&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 26 ago. 2017.

FACCHINI, R. et al. “A prevenção não sobe a Augusta”: homossexualidade, HIV, “risco” e produção de fronteiras na região central da cidade de São Paulo. **Sex., Salud Soc. (Rio J.)**, Rio de Janeiro, n. 29, p. 340-372, ago. 2018. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198464872018000200340&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 nov. 2019.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário da Língua Portuguesa**. 5 ed. Curitiba: Positivo, 2010.

FERREIRA, A.C.Z. et al. Factors that interfere in patient compliance with chemical dependence treatment: health professionals’ perceptions. **Rev Min Enferm**, v.19, n.2, p. 150-156, abr/jun. 2015. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20150032>. Acesso em: 15 jan 2020.

FERREIRA, J. T; ENGSTROM, E. M. Estigma, medo e perigo: representações sociais de usuários e/ou traficantes de drogas acometidos por tuberculose e profissionais de saúde na atenção básica. **Saúde e Sociedade**, v. 26, p. 1015-1025, 2017. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010412902017000401015&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 02 set. 2020.

FIORI, M. **Uso de drogas: controvérsias médicas e debate público**. Campinas, SP: Mercado das Letras/Fapesp, 2007.

FOLCH, C. et al. Drug consumption rooms in Catalonia: A comprehensive evaluation of social, health and harm reduction benefits. **Int J Drug Policy**, v.62, p.24–29, 2018.

Disponível em: doi:10.1016/j.drugpo.2018.09.008. Acesso em: 15 abr. 2019.

FONSECA, E. M. **Políticas de Redução de Danos ao Uso de Drogas:**

O contexto internacional e uma análise preliminar dos programas brasileiros. 2005. 112f (Tese). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. 2005.

FONSÊCA, C. J. B. Conhecendo a redução de danos enquanto uma proposta ética. **Psicologia & Saberes**, v. 1, n. 1, 2012. Disponível em: <https://revistas.cesmac.edu.br/index.php/psicologia/article/view/42>. Acesso em: 13 jan. 2020.

FOUCAULT, M. **Arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 2ª ed. São Paulo: Paz e Terra. 2015.

FRANCO, T.B; MERHY, E. E. **O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado**. In: Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 151-171.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6 ed. São Paulo, 2008.

GIOVANELLA, L. Basic health care or primary health care? **Cad. Saúde Pública**, v.38, n.8, e00029818, p.1-5, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n8/1678-4464-csp-34-08-e00029818.pdf>. Acesso em: 01 mai. 2019.

GOMES, A. M. T. Do discurso às formações ideológica e imaginária: uma proposta de análise de discurso com base em Pêcheux e Orlandi. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 15, n. 4, p. 555-562, 2007. Disponível em: < <http://www.facenf.uerj.br/v15n4/v15n4a13.pdf> > Acesso em: 01 mai. 2019.

GOMES, L. B. et al. As origens do pensamento sistêmico: das partes para o todo. **Pensando famílias**, v. 18, n. 2, p. 3-16, 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2014000200002. Acesso em: 20 set. 2019.

GOMES, T. B; VECCHIA, M. B. Harm reduction strategies regarding the misuse of alcohol and other drugs: a review of the literature. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 7, p. 2327-2338, 2018 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232018000702327&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 abr. 2019.

GORSKI, T. **Relapse prevention therapy workbook**: managing core personality and lifestyle issues. Spring Hill: Herald House / Independence Press; 1995.

GRIGOLETTO, E. Do lugar social ao lugar discursivo: o imbricamento de diferentes posições-sujeito. In: **Anais do 2º Seminário de Estudos em Análise de Discurso** [internet], 2005 [Acesso em: 2020 Jan 13]; Porto Alegre, Brasil. Porto Alegre (RS): UFRGS; 2005. Disponível em: <<http://www.analisedodiscurso.ufrgs.br/anaisdosead/sead2.html>>. Acesso em: 15 jan. 2020.

GUIMARÃES, T. A. A; ROSA; L. C. S. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. **O Social em Questão**. n. 44, p. 111-138, 2019. Disponível em: <http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_44_art5.pdf>. Acesso em: 01 mai. 2019.

HAROCHE, C; PÊCHEUX, M; HENRY, P. A Semântica e o Corte Saussuriano: Língua, Linguagem, Discurso. In BARONAS, R. L. **Análise do Discurso: apontamentos para uma história da noção-conceito de formação discursiva**. São Carlos: Pedro & João Editores, 2007, p. 13-33.

HEDRICH, D; HARTNOLL, R. Harm Reduction Interventions. In: el-Guebaly N., Carrà G., Galanter M. (eds) **Textbook of Addiction Treatment: International Perspectives**. Springer, Milano, 2015.

HIRDES, A. et al. Prevenção ao uso de álcool e outras drogas e tratamento na Atenção Primária à Saúde em um município do Sul do Brasil. **Aletheia**, Canoas, n. 46, p. 74-89, abr. 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141303942015000100007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 05 fev. 2019.

HUMENIUK, R; DENNINGTON, V; ALI, R. L. **The effectiveness of a brief intervention for illicit drugs linked to the ASSIST screening test in primary health care settings: a technical report of phase III findings of the WHO ASSIST randomised controlled trial**. Genebra: WHO; 2008. Disponível em: http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_technicalreport_phase3_final.pdf. Acesso em: 12 abr. 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativas das populações residentes segundo município**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/sp/sao-carlos/panorama>. Acesso em 10 abr. 2019.

INCHAURRAGA, S. Drug use, harm reduction and health policies in Argentina: obstacles and new perspectives. **Clin Infec Dis**, v.37, n.15, sp. iss.5, p.366-71, 2003. Disponível em: https://academic.oup.com/cid/article/37/Supplement_5/S366/340155. Acesso em: 01 mai. 2019.

INGLEZ-DIAS, A. et al. Políticas de redução de danos no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 147-158, Jan. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232014000100147&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 fev. 2019.

JIAO, S. Harm reduction: philosophical drivers of conceptual tensions and ways forward. **Nurs Inq.** v.26, e12286, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/nin.12286>. Acesso em: 01 mai. 2019.

JÚNIOR, J. M. P. et al. Mental Health Education and Professional Practice in the Psychiatric Hospital. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 25, n. 3, p. 1-7, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072016000300320&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 01 nov. 2019.

KNAAK, S. et al. Harm Reduction, Stigma and the Problem of Low Compassion Satisfaction. **Journal of Mental Health and Addiction Nursing**, v. 3, n. 1, p. e8-e21, 2019. Disponível em: <https://jmhan.org/index.php/JMHAN/article/view/37>. Acesso em: 01 set. 2019.

KNAPP, P; BERTOLOTE, J. M; organizadores. **Prevenção da recaída**: um manual para pessoas com problemas pelo uso do álcool e de drogas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994.

LIMA, E. H; CAPANEMA, C. A; NOGUEIRA, M. J. A prática dos grupos reflexivos sobre drogas como estratégia possível para redução de riscos e danos. **Pesqui. prá. psicossociais**, São João del-Rei, v. 12, n. 3, p. 1-17, dez. 2017. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180989082017000300009&lng=pt&nrm=iso. Acesso: em 08 jan. 2020.

LANCETTI, A. (Org). **Saúde Loucura 7**: saúde mental e saúde da família. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

LANCETTI, A. Notas sobre clínica e política. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 67-69, set. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141547142004000300067&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 jan. 2020.

LANCETTI, A. **Clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec; 2014.

LIRA, L. C. S. et al. Entre políticas e práticas: atividades terapêuticas baseadas na redução de danos. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 12, n. 5, p. 1206-1215, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i5a231307p1206-1215-2018>. Acesso em: 02 set. 2019.

LOPES, H.P; GONÇALVES, A. M. A política nacional de RD: do paradigma da abstinência às ações de liberdade. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v.13, n.1. p. 1-15, 2018.

MACHADO, L. V; BOARINI, M. L. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. **Psicol., ciênc. prof.** Brasília, v. 33, n. 3, p. 580-595, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141498932013000300006&script=sci_abstract&tlng=es. Acesso em: 15 ago. 2017.

MACIEL, M. E; VARGAS, D. Redução de danos: uma alternativa ao fracasso no combate às drogas. **Cogitare Enferm.**, [S.l.], v. 20, n. 1, mar. 2015. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/37728>. Acesso em: 14 ago. 2017.

MALVEZZI, C. D; NASCIMENTO, J. L. Cuidado aos usuários de álcool na atenção primária: moralismo, criminalização e teorias da abstinência. **Trabalho, Educação e Saúde**, n. ahead, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S198177462018000301095&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 01 set. 2019.

MANGUEIRA, S. O. et al. Promoção da saúde e políticas públicas do álcool no Brasil: revisão integrativa da literatura. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 27, n. 1, p. 157-168, abr. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822015000100157&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 14 ago. 2017.

MARLATT, G.A. Determinantes situacionais da recaída e intervenções de treinamento de habilidades. In: MARLATT, G.A, GORDON, J.R. (org.). **Prevenção recaída**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993. p.64-97.

MARLATT, G. A; WITKIEWITZ, K. Harm reduction approaches to alcohol use: Health promotion, prevention, and treatment. **Addictive Behav**, n. 27, p. 867–886, 2002. Disponível em: <doi: 10.1016/S0306-4603(02)00294-0>. Acesso em: 05 fev. 2019.

MARLATT, G. A; WITKIEWITZ, K. Update on Harm-Reduction Policy and Intervention Research. **Annu Rev Clin Psychol**, v. 6, n.1, p. 591–606, 2010. Disponível em: <https://www.annualreviews.org/doi/full/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131438?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed>. Acesso em: 05 fev. 2019.

MARTINS, A. K. L. et al. Do ambiente manicomial aos serviços substitutivos: a evolução nas práticas em saúde mental. **Sanare, Revista de Políticas Públicas**, Sobral, v.10, n.1, p.28-34, jan./jun. 2011. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/140>. Acesso em: 15 ago. 2017.

MARX, K. **O Capital**: crítica da economia política. Livro 1, vol. 2. São Paulo: Nova Cultural, 1985.

MEDEIROS, K. T. et al. Vivências e Representações sobre o Crack: Um Estudo com Mulheres Usuárias. **Psico-USF**, Itatiba, v. 20, n. 3, p. 517-528, dez. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141382712015000300517&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 out. 2019.

MEIRELLES, B. B; TELLES, M. S. S. **Do governo de corpos ao “autogoverno de almas”: drogas, crime e fé num Centro de Recuperação pentecostal**. Rio de Janeiro, 2017, 279p. Tese de Doutorado - Departamento de Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

MELO, J. R. F; MACIEL, S. C. Representação Social do Usuário de Drogas na Perspectiva de Dependentes Químicos. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 36, n. 1, p. 76-87, mar. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932016000100076&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 jan. 2020.

MERHY, E. E. **Saúde**: A cartografia do trabalho vivo. 3a ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2002.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 1. ed. Petrópolis: Vozes, 2016.

MINAYO, M.C.S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 1-12, abr. 2017. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82/59>. Acesso em: 15 nov. 2019.

MIRANDA, T. B. et al. Álcool e outras drogas na perspectiva da política de redução de danos. **Pretextos-Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas**, v. 3, n. 5, p. 35-50, 2018. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/pretextos/article/view/15984>. Acesso em: 18 fev. 2019.

MOREIRA, C. O. F; DIAS, A. M. S. Diretrizes curriculares na saúde e as mudanças nos modelos de saúde e de educação. **ABCS Health Sciences**, v. 40, n. 3, 2015. Disponível em: <https://www.portalnepas.org.br/abcs/shs/article/view/811>. Acesso em: 02 out. 2019.

MORERA, J. A. C; PADILHA, M. I. C. S; ZEFERINO, M. T. Políticas e estratégias de redução de danos para usuários de drogas. **Rev. baiana enferm.**, Salvador, v. 29, n. 1, p. 76-85, jan./mar. 2015. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/9046>. Acesso em: 18 ago. 2017.

MUNIZ M. P. et al. Ampliando a rede: quando o usuário de drogas acessa a atenção psicossocial pela atenção básica. **R. pesq.: cuid. fundam. online**, Rio de Janeiro, v. 7, n.4, p. 3442-3453, out./dez. 2015. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5204823>. Acesso em: mar. 2019.

NANTES, A. C; GRUBTIS, S. Religiosidade/espiritualidade e psicologia: um breve aceno sobre o tema. **Revista Contemplação**, n.18, 2019.

NIELSSON, J. G; WERMUTH, M. A. D. “Os higienistas estão voltando”: biopolítica, classes subalternizadas e ocupação do espaço urbano no Brasil. **Revista de Direito da Cidade**, v. 10, n. 2, p. 596-619, 2018. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/rdc/article/view/30172>. Acesso em: 15 out. 2019.

NOBLE, H; SMITH, J. Issues of validity and reliability in qualitative research. **Evid Based Nurs**, v.18, n.2, p. 34-35, 2015. Disponível em: <http://ebn.bmj.com/content/18/2/34.full>. Acesso em: 16 jan. 2020.

NÓBREGA, M. P. S. S, et al. Ensino de enfermagem em saúde mental no brasil: perspectivas para a atenção primária à saúde. **Texto Contexto Enferm**, v. 29: e2018044, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0441>. Acesso em: 01 abr. 2020.

NOSYK, B. et al. Relative effects of antiretroviral therapy and harm reduction initiatives on HIV incidence in British Columbia, Canada, 1996–2013: a modelling study. **The Lancet HIV**. v.4, n.7, p.303–310, 2017. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2352301817300450?via%3Dihub>. Acesso em: 01 mai. 2019.

O’ROURKE, A; RUIZ, M. S; ALLEN, S. T. Client-Identified needs and agency-provided services at a harm reduction community based organization in the District of Columbia. **Harm reduction journal**, v. 12, n. 1, p. 17, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26037624>. Acesso em: 02 out. 2019.

OLIVEIRA, F.C. **Implementação da rede de atenção psicossocial (RAPS) no contexto na política de saúde mental do município de São Carlos/SP (2010-2015)**. 2016. 128f. Tese (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Gestão de Organizações e Sistemas Públicos- Universidade Federal de São Carlos, 2016.

OLMOS, C. E. F, et al. Psychiatric nursing and mental health teaching in relation to Brazilian curriculum. **Rev Bras Enferm**, v. 73, n.2. p.1-11, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0200>. Acesso em: 01. abr. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). CID-11 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 2019.

ORLANDI, E. P. **Análise de discurso**: princípio e procedimentos. 12 ed. Campinas: Pontes Editores, 2015.

ORLANDI, E. P. **As formas do silêncio**: no movimento dos sentidos. 6 ed. Campinas: UNICAMP, 2007.

PACHECO, M. E. A. G; DE ANDRADE, J. T. Concepções em redução de danos no projeto Consultório de Rua: práticas na saúde mental. **Rev. Internacional Interdisciplinar INTERthesis**, Florianópolis, v. 14, n. 2, p. 57-74, maio 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/interthesis/article/view/1807-1384.2017v14n2p57>. Acesso em: 03 mar. 2019.

PÁDUA, E. M. M. **Metodologia da pesquisa**: abordagem teórico-prática. 18. ed. Campinas: Papirus, 2016.

PASSOS, E. H; SOUZA, T. P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de "guerra às drogas". **Psicol. Soc.**, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 154-162, abr. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010271822011000100017&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 jan. 2020.

PAULA, M. L. et al. Assistência ao usuário de drogas na atenção primária à saúde. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 19, n. 2, p. 223-233, jun. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722014000200006. Acesso em: 20 jul. 2018.

PÊCHEUX, M; FUCHS, C. **A propósito da análise automática do discurso: atualização e perspectivas**. In: GADET, F; HAK, T. (orgs.). Por uma análise automática do discurso. Uma Introdução à obra de Michel Pêcheux. 3. ed. Campinas: Unicamp, 1997a.

PÊCHEUX, M. **A análise de discurso: três épocas**. In: GADET, F; HAK, T. Por uma análise automática do discurso. Uma introdução à obra de Michel Pêcheux. Campinas: Ed. UNICAMP, 1997b.

PÊCHEUX, M. **Semântica e discurso**: uma crítica à afirmação do óbvio. 5. ed. Campinas: Editora da UNICAMP, 2014.

PILLON, S. C; LUÍS, M. A. V. Explanatory models for alcohol and drugs use and the nursing practice. **Rev. Latino-Am.** Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p. 676-682, ago. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692004000400014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 out. 2019.

POLCIN, D. L. Addiction Science Advocacy: Mobilizing Political Support to Influence Public Policy. **Int J Drug Policy**, v. 25, n. 2, p. 329-331, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24331761>. Acesso em: 15 ago. 2017.

PONTES, A. C.; LEITAO, I. M. T. A.; RAMOS, I. C. Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 61, n. 3, p. 312-318, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000300006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 abr. 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO CARLOS. Disponível em: <http://www.saocarlos.sp.gov.br/index.php/cidadao/saude.html>. Acesso em: 10 abr. 2019.

PRUDENCIO, J. D. L.; SENNA, M. C. M. Retrocessos na atenção a usuários de álcool e outras drogas/Setbacks in Care for users of alcohol and other drugs. **Argumentum**, v. 10, n. 3, p. 79-93, 2018. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/20854>. Acesso em: 20 jan. 2019.

RIBEIRO, C. **Redução de danos e seus princípios: uma revisão sistemática na saúde coletiva**. Florianópolis: UFSC. 263 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

SANCHES, R. C. N. et al. Percepções de profissionais de saúde sobre a humanização em unidade de terapia intensiva adulto. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 48-54, mar. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000100048&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 nov. 2019.

SANTOS, D. S.; MISHIMA, S. M.; MERHY, E. E. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 861-870, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n3/1413-8123-csc-23-03-0861.pdf>. Acesso em: 28 out. 2019.

SANTOS, J. E.; COSTA, A. C. O. Percepção dos usuários de substâncias psicoativas sobre a redução de danos. **SMAD - Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, p. 101-107, jun. 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S180669762016000200006&script=sci_arttext&lng=pt. Acesso em: 14 ago. 2017.

SANTOS, F. F.; FERLA, A. A. Saúde mental e atenção básica no cuidado aos usuários de álcool e outras drogas. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 21, n. 63, p. 833-844, dez. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000400833&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 fev. 2019.

SANTOS, V. E.; SOARES, C. B.; CAMPOS, C. M. S. Redução de danos: análise das concepções que orientam as práticas no Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 995-1015, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000300016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 abr. 2019.

SARACENO, B. **Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio**. In: Pitta AM, organizadora. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo (SP): Hucitec; 1996. p.13-8.

SCHVEITZER, M. C; ESPER, M. V; SILVA, M. J. P. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária em Saúde: em busca da humanização do cuidado. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 442-451, 2018. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/praticas_integrativas_complementares_atencao_primaria.pdf. Acesso em: 17 out. 2019.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/institucional/departamentos-regionais-de-saude/drs-iii-araraquara>. Acesso em: 10 abr. 2019.

SILVA, M. A. S. M Sobre a Análise do Discurso. **Revista de Psicologia da Unesp**, [S.l.], v. 4, n. 1, p. 16-40, mar. 2005. ISSN 1984-9044. Disponível em: <http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/998>. Acesso em: 17 jul. 2018.

SILVA, A. B. et al. The territorialities of care: interdisciplinary reflections on the use of drugs and sociocultural care. **REME rev. min. enferm**, n. 22, p. e-1150, 2018. Disponível em: doi: 10.5935/1415-2762.20180081. Acesso em: 06 out. 2019.

SILVEIRA, C; DONEDA, D; GANDOLFI, D. et al. Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. **J. Bras. Psiquiatria**, v. 52, n. 5, p. 349-354, 2003.

SILVEIRA, M. P. R. et al. Autonomia e reinserção social: percepção de familiares e profissionais que trabalham com redução de danos. **Cienc Cuid Saude**, v. 16, n. 3, 2017. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/34299>. Acesso em: 02 out. 2019.

SILVEIRA, R. W. M; D'TOLIS, P. O. A. O. Impactos da ação de agentes redutores de danos segundo profissionais da rede SUS. **Rev. Abordagem Gestalt.**, Goiânia, v. 22, n. 1, p. 79-88, jun. 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672016000100010. Acesso em: 21 abr. 2018.

SIMÕES, T. R. B. A. et al. Mission and effectiveness of Outdoor Clinics (Consultórios na Rua): an experience of consensus production. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 963-975, set. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042017000300963&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 20 set. 2018.

SOUZA, J. et al. Mental Health Interventions to Treatment of Drugs' Abusers Patients: Policies, Practices and Documentation. **Rev. Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 729-738, dez. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000400002. Acesso em: 14 abr. 2018.

SOUZA, L. M; PINTO, M. G. Atuação do enfermeiro a usuários de álcool e de outras drogas na Saúde da Família. **Rev. eletrônica enferm**. v. 14, n. 2, p. 374-83. abr/jun. 2012. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v14/n2/v14n2a18.htm>. Acesso em: 21 abr. 2018.

SOUZA, D. R. et al. Resistências dos profissionais da atenção psicossocial em álcool/drogas à abordagem de redução de danos. **J. nurs. Health**. v. 7, n.1, p. 16-24, dez. 2017a. Disponível em:

<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/9276>>. Acesso em: 20 jul. 2018.

SOUZA, L. P. et al. Práticas Integrativas e Complementares no cuidado à saúde mental e aos usuários de drogas. **Id on Line Revista Multidisciplinar de Psicologia**, v. 11, n. 38, p. 177-198, 2017b. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/775>. Acesso em: 05 out. 2019.

STEIN, D. J; MANYEDI, E. Psychoactive substances: Position statement on harm reduction. **S Afr Med J**, v. 106, n. 9, p. 836, ago. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27601125>. Acesso em: 20 jul. 2018.

STUART, H. Managing the stigma of opioid use. **Healthcare management forum**, v. 3, n. 22, p. 78-83, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30700147>. Acesso em: 02 out. 2019.

TEIXEIRA, M. B. et al. Tensions between approach paradigms in public policies on drugs: an analysis of Brazilian legislation in 2000-2016. **Ciênc. saúde coletiva.**, v. 22, n.5, p. 455-1466, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002501455&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 set. 2018.

TISOTT, Z. L; et al. Álcool e outras drogas e a implantação da política de redução de danos no Brasil: Revisão narrativa. **Rev. de Atenção à Saúde**, v. 13, n. 43, p.79-89, jan/mar, 2015. Disponível em: http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/2730. Acesso em: 20 jul. 2018.

TISOTT, Z.L. et al. Motives behind the work of harm reducers with drug users: a phenomenological study. **Rev Gaúcha Enferm.** 40: e20180062, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180062>. Acesso em: 15 fev. 2020.

VALIM, D; ZALUAR, A; SAMPAIO, C. **Uma etnografia das cenas de uso de crack no rio de janeiro e seus efeitos nos usuários**. In: Saberes e práticas na atenção primária à saúde: cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas / Orgs. Mirna Teixeira, Zilma Fonseca - 1. ed. - São Paulo: Hucitec, 2015.

VARELA, D. S. S. et al. Health network assisting users of alcohol, crack, and other drugs. **Esc. Anna Nery**. v.20, n.2, pp.296-302, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n2/en_1414-8145-ean-20-02-0296.pdf. Acesso em: 13 mai. 2019.

VASCONCELOS, E. M. Redefinindo as práticas de saúde a partir de experiências de educação popular nos serviços de saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 5, p. 121-126, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832001000100009. Acesso em: 03 dez. 2019.

VEARRIER, L. The value of harm reduction for injection drug use: A clinical and public health ethics analysis. **Dis Mon.** v.65, n.5, p;119-141, 2019. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0011502918301615?via%3Dihub>. Acesso em: 08 jan. 2020.

VIANNA, P. C. M. et al. Grupo de familiares: espaço de cuidado para as famílias de portadores de sofrimento mental. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 607-613, 2009. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/230>. Acesso em: 08 dez. 2019.

VIETTA, E. P; KODATO, S; FURLAN, R. Reflexões sobre a transição paradigmática em saúde mental. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 97-103, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n2/11521.pdf>>. Acesso em: 08 jan. 2020.

VUONG, T. et al. Outcomes of compulsory detention compared to community-based voluntary methadone maintenance treatment in Vietnam. **J Subst Abuse Treat**, v. 87, p. 9-15, 2018. Disponível em: doi: 10.1016/j.jsat.2018.01.011. Acesso em: 15 jan. 2020.

WEGMAN. et al. Relapse to opioid use in opioid-dependent individuals released from compulsory drug detention centres compared with those from voluntary methadone treatment centres in Malaysia: a two-arm, prospective observational study. **Lancet Glob Health**, v.5, n.2, p. 198-207, 2017. Disponível em: doi: 10.1016/S2214-109X(16)30303-5. Acesso em: 15 jan. 2020.

WILSON, D. P. et al. The cost-effectiveness of harm reduction. **Int J Drug Policy**, 26, S5–S11. 2015. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0955395914003119?via%3Dihub>. Acesso em: 13 mai. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Mental health policy, plans and programmes (updated version 2)**. Geneva, 104 p., 2005.

YASUI, S. CAPS: estratégia de produção de cuidado e de bons encontros. In: PINHEIRO, R. et al. (org.). **Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/URERJ-ABRASCO, 2007.p.155-67.

9 APÊNDICES

9.1 APÊNDICE I

Roteiro final para Entrevista Semiestruturada

1. Nome
2. Idade
3. Profissão
4. Há quanto tempo atua como enfermeiro (a) /auxiliar de enfermagem/técnico (a) de enfermagem?
5. Há quanto tempo atua na atenção primária a saúde?
6. Há quanto tempo você atua nessa unidade?
7. Você já fez algum curso/capacitação na área de Saúde Mental ou de Álcool e outras Drogas?
8. O que você entende por RD?
9. Você conhece a política de Redução de Danos? Já ouvir falar?
10. Para você, qual é o sentido e a finalidade da Política de Redução de Danos?
11. Quais são as ações implementadas para usuários de SPA e seus familiares nesta unidade?
12. E para o território?
13. E quais você considera que são intervenções de RD?
14. Na sua visão, como é o cuidado de enfermagem para os usuários que consomem AD?
15. E como é o cuidado de enfermagem dentro da estratégia de redução de danos?
16. Qual é a importância da política de Redução de Danos no contexto da Atenção Primária à Saúde?
17. Vocês recebem algum apoio de um suporte sobre Saúde Mental ou sobre Álcool e outras Drogas?

9. 2 APÊNDICE II

QUADRO 2 - Bloco Discursivo 1: As memórias discursivas que dão efeitos de sentido aos discursos sobre as concepções de Redução de Danos

Código da sd	Sujeito Discursivo	Recortes e Sequências Discursivas	Sentidos
sd1	SD2	“Eu acho que Redução de Danos seria o empenho ao máximo pra ele [usuário] ter fim desse vício. ”	A Redução de Danos como caminho para a obtenção da abstinência por intermédio da internação e prevenção da recaída
sd4, sd5	SD3	“Eu acho que deveria ter um lugar [com] pessoas capacitada né, pra isso, que, que recolhesse eles na rua e não tratasse eles na rua , entendeu?”	
sd17, sd18, sd19	SD8	“uma vez que você é dependente químico , você depende daquilo , você não vive sem aquilo , aí precisa de ser , é... levado pra clínica de recuperação né ”	
sd2, sd3, sd4	SD2	“É... locais pra internação [...] Assim, eu acho que simplesmente largar eles aí assim, como é hoje, não é bom, é ruim . Tanto pra gente agora, tanto pra eles, como pra gerações futuras, né? É ruim”	
sd10, sd11	SD10	“A gente teve alguns casos de usuários de drogas, é... de usuário de crack também que fez tratamento aqui, que vinha sempre, tinha recaída , vinha conversava, chorava, começava de novo... ”	
sd9, sd10, sd11	SD11	"qualquer deslize, às vezes ele consegue até ficar livre , mas qualquer deslize , se ele não tiver um bom acompanhamento ele volta , né?"	

sd5	SD11	"Eu entendo que assim, o quanto menos ele tiver... ele conseguir usar, da substância do álcool, menos efeito ele vai ter pro organismo dele "	Os focos da Redução de Danos no âmbito de riscos e danos físicos e biológicos
sd10	S10	"que não deixa de ser uma forma de redução de danos, é... você entrar com medicamento, com medicação controlada quando a pessoa quer deixar"	
sd17, sd18, sd19	SD8	" Os danos é cognitivo com certeza. Acredito que o neurônio que murchou ou que morreu jamais ele vai... só se ter uma medicina tão avançada que recupere o que perdeu né? "	
sd7	SD12	"Então, os danos são fisicamente , vai dar problema cardíaco, vai dar problema hepático, né? E a pessoa vai ficando fraca mesmo".	
sd24	SD7	"Por exemplo, um paciente que é usuário, sei lá, de uma droga injetável, além de todos os danos que ele pode ter pelo uso da droga, ele pode contrair uma DST por conta né, do... da seringa que ele tá usando, tudo mais. Então, é... Se a gente não consegue intervir né... que ele pare de usar, talvez a gente consiga oferecer outros recursos como... uma seringa estéril, que seja só dele, uma agulha estéril que seja só dele e aí isso eu chamo de redução."	
sd12, sd14, sd15, sd16	SD1	"Isso que é a minha... a minha... a minha Redução de Danos: Jesus Cristo [...] pede pra Deus te ajudar você sair dessa vida, que você entrou nesse caminho, que é um caminho sem volta rapaz "	O modelo religioso e moral permeando os sentidos da Redução de Danos
sd17, sd18	SD6	" é que nem igreja, né, se você for na igreja e você aceitar ou você tá aberto para aceitar, porque você tem que tá aberto para aceitar, se você tiver aberto para aceitar, seu coração vai transbordar e você vai melhorar. "	
sd7, sd8	SD1	"eles [usuários] têm oportunidade, só basta eles ‘querer’ "	
sd32, sd33	SD8	"Parece que é uma coisa muito fácil de cê entrar. Difícil de sair [...] mas que você dá um passo de cada vez. "	

sd23, sd24	SD8	"eu entendo que a pessoa, ela tem que querer, primeira coisa [...] vai depender... praticamente, não digo cem por cento, mas setenta por cento do paciente. Se ele quer mudar, ele vai mudar "	
sd5, sd6, sd7, sd8	SD12	"pessoas assim que a cabeça já não, eles não querem se prender a nada , é difícil você tratar essas pessoas, eles tem que aceitar e aceitar que eles são alcoólatras e geralmente eles não aceitam que são alcoólatras.	
sd4	SD11	"é basicamente prevenção que depois que entrou é difícil sair , voltar pra trás, né"	
sd22, sd3, sd5, sd6, sd7	SD6	" reduzir danos , na parte de droga, não é , às vezes, você tirar só a droga, mas é conscientizar a pessoa sobre o que ela pode ter no futuro. " [...] às vezes, a gente acha que tem que tratar o paciente que é drogado só relacionado com a doença, à drogação , e a gente esquece , acaba esquecendo das outras doenças , né? Por exemplo, uma mulher, você acaba esquecendo de falar pra ela que às vezes, a prevenção... de prevenir uma gravidez , uma prevenção de fazer um papanicolau pra prevenir um câncer de colo uterino , enfim tá focado só na droga [...] A gente tem que ver como um conjunto , né? Tratar aquela mulher ou aquele homem, como uma saúde total , não só vendo a saúde mental, mas ver ela também, o aspecto biológico dela, como um todo. "	A Redução de Danos como abordagem ampliada e psicossocial
sd6	SD5	"[...] ir devagar e conquistando essa pessoa pra ver se você consegue chegar no seu objetivo final... e pra você também não afastar essa pessoa , você tem que fazer sugestões ponderadas, ao ponto de vista dela, pra que ela... você não perca ela, porque senão ela se afasta [...] é manter vínculo,{...} realmente reduzir o dano que o álcool e a droga esteja fazendo nessa pessoa, diminuir a gravidade, o comprometimento, tanto social como fisiológico dessa pessoa. "	

sd1, sd2	SD7	“São ações que podem né, diminuir as doenças ou os agravos à saúde daquele paciente né... não necessariamente <i>[tirando]</i> na verdade né, não vai tirar por exemplo, pensando em droga, eu não vou tirar uma droga, mas talvez eu possa pensar em drogas mais leves , em diminuir quantidade , em diminuir risco no consumo , né”	
----------	-----	--	--

Fonte: Produção da própria pesquisadora

QUADRO 3 - Bloco discursivo 2: As formações imaginárias das profissionais de enfermagem sobre o usuário que consome SPAs e as motivações para o uso

Código da sd	Sujeito Discursivo	Recortes e Sequências Discursivas	Sentidos
sd8, sd9	SD1	“A maioria deles, eles não gostam de trabalhar, eles não aceitam ajuda de jeito nenhum.”	O usuário como improdutivo
sd7, sd8, sd9	SD8	“é muito comum, a luz do dia , o paciente tá sentado fazendo uso de droga, ou de bebida , a luz do dia, sem... sem perspectiva, sem estudo... [...] quanto menos ocupação a pessoa tiver mais tempo ela tem pra se interagir com droga, com bebida , então acredito que falta oportunidade, de cursos, de estudo, de trabalho, isso aí que valoriza o ser humano ”	
sd17	SD10	“é... muita falta de perspectiva, eu vejo nos jovens, eles acabam abandonando a escola, parece que há uma falta de interesse também em buscar o trabalho , sabe?”	
sd22, sd23, sd24, sd25	SD11	“ porque vai conseguir trabalhar? Ou se consegue, depois vai ser mandado embora, se continuar no vício , [...] porque um patrão não vai ficar, né? Alcoolatra, alcoolizado, não vai... [...] ele vai ficar, ele vai usar tanta droga que ele vai ser a... um problema pra sociedade , como que eu vou tá resolvendo isso? [...] Então se eu consigo reduzir danos, eu consigo aumentar... ”	

		é... o número de trabalhadores, eu consigo melhorar a economia, enfim, ele vai ter praticamente uma vida normal, né.) [...]essa pessoa pode colaborar com a economia, né, ela pode ser um... uma pessoa que, que ajude o país, não que afunde o país (sd26).	
sd11, sd12	SD2	"a pessoa vem aqui alguns dias com a irmã sem banho, você vê que não se alimenta, porque tem a aparência desnutrida, desidratada, magreza. Banho nem pensar porque o cheiro é assim... não dá pra pra falar sobre o cheiro... É um cheiro de quem não toma banho, não sei se mistura com droga..."	Estigmas em relação à aparência física e comportamento do usuário.
sd13	SD8	"Porque aquela usuária ela já nem come direito, nem se alimenta direito, ela não tem rotina de educação alimentar..."	
sd8, sd9	SD4	"Que assim, quando a gente pega um paciente com álcool e drogas ele já tá naquela fase bem deprimente né? Ele já tá com emagrecimento"	
sd9, sd10, sd11	SD10	"eu nem reconheci porque ele tinha engordado assim... tava tão... assim tinha... parecia que era outra pessoa... mais novo... então ele veio falar que ele não tinha mais bebido."	
sd28	SD11	"e parece que ela tá sem usar, porque cê já vê que a pessoa tá diferente né? Ela já engordou, [...] então ela tá sempre por aqui, já tava com outro aspecto, né?"	
sd7	SD2	"Então a pessoa parece mesmo, um animal, andando, desnorteada."	
sd10, sd11	SD11	"ela tava em abstinência, ele nem na unidade entrou, ele ficou lá fora, parecia um bicho [...] Eu acho que... tanto sentido como finalidade [da Redução de Danos] é... é evitar que a pessoa... nem sei... mas ficar como zumbi aí"	
sd12, sd13, sd14	SD6	"e a gente tem um pouco de receio de algumas coisas assim, de falar, na sala de espera, por ser no bairro assim, bem vulnerável. Por medo das ações mesmo né, dos próprios pacientes, né, não os pacientes que não usam, os pacientes	O usuário como violento, imprevisível, criminoso e prostituído.

		que usam né? [...] A gente pode falar assim, de droga, de droga assim, de álcool, né? De álcool, do tabaco, que é uma coisa mais... [...] Agora é difícil você falar assim, sobre, sobre cocaína, sobre maconha, sobre...	
sd10	SD3	"Porque a própria sociedade tem medo deles [usuários], porque cê não sabem do que eles são capaz, entendeu? "	
sd28	SD9	"porque uma coisa leva a outra né, pessoa por droga ela vai roubar, ela vai matar né "	
sd30, sd31, sd32	SD11	"vai chegar uma hora que você já não tem mais nada , você vai começar a roubar e se vai roubar é depender e você tá exposto né a outras situações e de repente você pode ser morto , senão você vai ser pego pela polícia e vai pra cadeia . é risco pra ele e pra sociedade que também vai colocar a sociedade em risco, né, furtando, e aí se tá sob o efeito cê não sabe nem, né, não tem dimensão do que você pode tá fazendo e aí cê tá com uma arma na mão , pronto, cê vai matar outro , e aí aumentar índice de violência , tudo mais. Né?"	
sd11, sd12	SD9	"Assim, eles podem tá tão fora da realidade , que eles podem cometer suicídio... né, podem fazer alguma coisa para outra pessoa também... violência né... nessas questões... mais nessas questões eu penso. "	
sd28	SD8	"mas a droga, prostituição... porque é o caminho... sequência né? "	
sd24	SD9	"às vezes muita menina se prostitui por conta de droga, sem camisinha... "	
sd1, sd2	SD12	"pessoas alcoolátras, eles vem aqui ver pressão , eles vem já alcoolizado e tem uns que a gente até orienta, já tentamo ver se consegue arrumar pra eles irem em um certo lugar , mas você vê que eles não querem , eles querem, você tenta tirar eles, mas eles não aceitam "	O usuário como resistente

sd2	SD1	"Ah o... o dependente químico, ele tem as ajuda... difícil é eles aceitar. "	
sd15, sd16	SD6	"A desestrutura familiar né... Antigamente os pais eram mais rígidos né, os pais conviviam mais com os filhos , hoje todos os pais trabalharam, a maioria trabalha, não tem tempo pro filho , o filho fica pro mundo [...] antigamente uma mãe fazia crochê e ensinava a filha a fazer , né, ensinava a filha a fazer a comida , hoje os pais, a estrutura, papel de família vem se mudando muito né. Papel familiar, então isso também é um aumento também no número de drogação também, né?"	Motivação para o uso de drogas associada à família
sd16, sd17	SD6	" Hoje em dia a parte de sexualidade né, é os homens com... O papel de família assim mudou. Homem com homem, tendo filho , pode adotar um filho, mulher com mulher , então não sei se isso pode ser relacionado ao futuro, no futuro, não, não sei como será isso né, se pode ta relacionado a drogação ainda né? Mas vem-se mudando o papel familiar , há uma desestrutura familiar , tendo uma desestrutura um aumento grande de usuários... "	
sd26, sd27, sd28	SD8	"Porque muitas vezes é aquilo que eu te falei lá no começo. Falta de estrutura familiar, profissional, social, de saúde... de saúde não, de educação... de saúde sim, de educação, e estrutura é é financeira . Então tem... é... a vulnerabilidade social , é tudo isso, é um conjunto de fatores que muitas vezes leva o indivíduo a... ao caminho das drogas, da prostituição [...] Por conta dessa deficiência, porque pai... pai tá preso , que a mãe não estudou.... enfim, é uma cadeia de consequências	

Fonte: Produção da própria pesquisadora

QUADRO 4 - Bloco discursivo 3: Os efeitos de sentido que circulam a prática das profissionais de enfermagem

Código da sd	Sujeito Discursivo	Recortes e Sequências Discursivas	Sentidos
sd8 e sd9	S10	"O médico faz muito tratamento aqui pra quem quer fazer... quem quer deixar né, de usar, ele medica , a gente agenda toda semana, vem uma semana conversar com ele, outra semana conversar comigo, então a gente tenta [...] trouxe ele para cá, para unidade, agendei com médico e aí ele aceitou fazer o tratamento. O doutor entrou com medicação e... e aí assim ele vinha toda semana no começo"	Ações ancoradas no Modelo Biomédico
sd8	SD12	" então nós fazemos só a parte de medicação, ver uma pressão [...] a gente faz, mas a gente não comenta"	
sd12, sd13	SD11	"então é tentar dizer que quanto menos, melhor. É legal ficar ainda usando? Não [...] tentar gradativamente diminuindo essa dose de droga, de álcool, pra que ele se livre "	Ações favoráveis à obtenção de abstenia total e internações em clínicas/comunidades terapêuticas/dispositivos hospitalares
sd9	SD2	"da o suporte até que ela aceita, que ela consiga uma internação. "	
sd6	SD12	"cê tem que parar de beber. Cê bebeu ontem?" "Ah bebi" " Cê tem que tentar parar "	
sd20, sd21	SD8	"a gente fala assim: "Olha..." A gente vai aconselhando né, chama aconselhamento... é... " Vamo parando devagar, com o tempo [...] Com o tempo você vai tirando devagar , porque tudo que é brusco causa sofrimento."	
sd9	SD9	"eu ia oferecer teste rápido , que é o que gente tem aqui né, porque eles estão muito vulneráveis... pras meninas [...] mas eu não acho que... como enfermeiro, aí se fosse menina, eu ia tentar sei lá, colher o papanicolau pra ela e dar orientações a respeito de alimentação , porque eles ficam muito tempo sem comer, sei lá, eu ia investigar essas coisas"	Ações de Redução de Danos focadas no âmbito físico e biológico

sd8	SD5	"Eles [equipes dos CAPS AD e CAPSi] deram maior apoio assim, psicológico pra menina, mas eles falam assim: (eu acho até que eles tão certo) “Continue usando a maconha...” (risada) “Mas você toma esse anticoncepcional...”	
sd22, sd23	SD9	“Eu acredito que a gente fazer a parte do... que eles tem mais contato são as doenças sexualmente transmissíveis. Até mesmo porque eles compartilham muita coisa né, então eu... tentaria explicar essa questão para ele e reduzir o dano ele pegou uma doença que... para ele pode... mais do que ele já tem... pode ser uma doença, uma doença crônica né... HIV, sífilis, né ”	
sd18, sd19	SD11	"então que dizer agora que que ele tomou coragem [<i>para internar em Comunidade Terapêutica</i>], né, pra conseguir, agora tá com outro problema que é o HIV, mas ele sabe que corria o risco né, já tá na rua, e de comportamento (...) né, suspeito, de exposição sexual, mas acho que é isso, assim, que aparece mais [...] então o meu papel é de falar mesmo das consequências, né, e de que ele vai tá exposto a outras, a outras doenças, né ”	
sd11	SD7	“Tem municípios que oferecem o kit mesmo, seringa, agulha, agua de coco, revistinha, camisinha... é... revistinha não que eu falo... material educativo né? Entrega aquilo, aí eles não tem que vir aqui na unidade fazer isso, a gente sabe onde tá os pontos de usuário de droga. ”	
sd6	SD2	“Então, acho que tudo é é... seria uma conversa, um apoio mesmo, pra sempre que ele precisasse. ”	
sd6	SD1	“assim, eu até cheguei a orientar ele, falei assim: “[nome do familiar da SD1], é.. deixa a cocaína, e usa a maconha no lugar da cocaína, cheguei a orientar ele, cheguei a fazer esse tipo de orientação que eu sei que também que não é correta né? Tudo é droga né, tanto a cocaína como a maconha. ”	As profissionais de enfermagem desenvolvem ações confluentes com o modelo de Redução de Danos, sem identificá-las como tais.

sd5	SD4	"Mas um atendimento que poderia ser implementado é os atendimentos em grupo né? A gente, tipo, reunir um grupo que todos são portadores de álcool e drogas e cada um colocar sua experiência, sua vivência"	
sd19	SD8	"Eu acho que a gente tem que ouvir o paciente e deixar ele manifestar o desejo dele "	
sd20	SD8	"eu não sei assim se há outro caminho, mas pra mim é a escuta, deixar ele a vontade, ter a liberdade de escolhas , porque a gente não consegue mudar a vida de uma pessoa se ela não permitir, não é?"	
sd7	SD13	"Seria basicamente dar orientação , né, dá ajuda, quando a pessoa vem procurar a gente, ter a capacidade de ver que o paciente não precisa necessariamente de um médico, precisa mais de uma orientação, precisa mais de um atendimento mais humano, do que simplesmente vai no médico, toma remédio e vai embora "	
sd1, sd4	SD5	"Então se ela não consegue, não vou falar pra ela: "você nunca mais use maconha" . "Você usa menos, você usa tal hora..." Eu posso fazer algumas sugestões pra ela, pra diminuir o risco [...] "Na prática é orientação. A gente usa recursos como computador, mídia, esses negócio, mas é orientação. Conversa, diálogo, formação de vínculo, dar um pouco mais de segurança pro paciente, mostrar apoio , mas não tem muita coisa nesse sentido não."	Orientações individuais de RD que consideram o desejo da pessoa e o não julgamento
sd11	SD6	" a gente conversa, a gente fala sobre... como ele poderia melhorar, a gente as vezes cria é... estipula pra ele tempos, né? Que ele poderia melhorar na vida dele como tempos... Se ele quer isso pra vida dele... Qual o futuro que ele pensa pra ele, ou pros filhos, ou pra família , se ele já parou alguma vez, né? Qual o horário que ele mais tem vontade, então a gente faz como se fosse uma orientação individual, né?"	
sd8	SD7	" Se a gente já julga , se a gente já põe pra fora, se a gente já que coloca que isso... que aqui não é o local né, a gente já tem uma quebra de vínculo que provavelmente vai ser muito difícil reconstruir. "	

sd13, sd14	SD10	“não temo grupo ainda nessa área de saúde mental né... mas a gente tem também a fisioterapeuta e a dentista que trabalham com acupuntura e auriculoterapia , então também tem esse apoio...”	Ações coletivas de promoção à saúde
sd14	SD10	“Então a gente agora tá... nós tamo fazendo um grupo da horta, que a gente tem a horta comunitária e tava fazendo alguns grupos na escola... e a gente... como aqui é junto com o centro comunitário, também a gente tem o grupo de atividade física e culinária... mas como a gente tá... tem uma parceria então agora tem aqui... tem aula de alongamento, tem de artesanato.. ”	
sd18	SD14	“Eu também aplico reiki e auriculo [auriculoterapia] , então também esses pacientes, esses familiares, quando eu percebo que tem uma mãe que está assim ela vem eu faço o reiki, coloco a auriculo e tem tido ótimos resultados, porque elas falam “ai eu saio daqui mais calma, saio daqui mais tranquila, saio daqui compreendendo e aceitando melhor”, então assim tem dado bons resultados essa questão de eu ter a possibilidade de aplicar as práticas integrativas aqui tem ajudado bastante ”	
sd14	SD6	“A gente oferece aqui cursos de artesanato pros pacientes pra tentar melhorar a parte de saúde mental , temos grupos de atividade física , que é o grupo de alongamento, duas vezes na semana. Tudo pra ta tentando melhorar a saúde mental... a gente ta com outro grupo agora, começou quarta-feira, com algumas oficinas de mulheres, pra fazer, é... do crochê, vai fazendo ponto, vai levar na maternidade, pra estimular também a parte de saúde mental e pra é.... meditação , a gente tem a..... como chama? Acupuntura auricular também, pra diminuir, a gente faz orientação pra população pra diminuir a ansiedade , diminuir outras coisas, né? Então assim, tem várias coisas que é ofertado, né? ”	

Fonte: Produção da própria pesquisadora

9. 3 APÊNDICE III

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

1. Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa: Os sentidos nos discursos de profissionais de enfermagem da atenção primária à saúde sobre redução de danos.
2. Você foi escolhido (a) por ser profissional da enfermagem da atenção primária à saúde. Sua participação não é obrigatória.
3. O objetivo geral desta pesquisa consiste em analisar os sentidos produzidos nos discursos dos profissionais de enfermagem, de uma cidade do interior paulista, sobre os seus saberes e práticas relacionados à política de Redução de Danos na Atenção Primária à Saúde, por meio de suas percepções.
4. Como benefícios sua participação possibilitará contribuir para o aperfeiçoamento da qualidade do cuidado prestado aos usuários e implementação de novas práticas de cuidar em enfermagem, alinhadas às políticas de Redução de Danos, bem como para a produção de conhecimento científico, considerado escasso nesta temática.
5. Sua participação nesta pesquisa será em responder à entrevista semiestruturada, a qual será gravada por áudio, com previsão de tempo de duração aproximada de uma hora e meia, e agendada em momentos fora do expediente de trabalho, de maneira a não prejudicar o seu horário de trabalho.
6. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar sua participação.
7. Se você não quiser participar, isso não trará nenhum prejuízo em sua relação com as pesquisadoras, Universidade Federal de São Carlos ou serviço de saúde.
8. Este estudo não deve oferecer qualquer despesa ou compensação financeira pela sua participação. Esta pesquisa não envolve procedimentos invasivos, no entanto, há possibilidade de riscos, tais como: você se sentir ansioso (a) e constrangido (a) diante das perguntas da entrevista; preocupado (a) com a garantia do sigilo. Quanto à ansiedade e constrangimento, a entrevista será realizada em local privativo do serviço de saúde ou em seu domicílio, de maneira empática e respeitosa. Quanto ao sigilo, as informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e será assegurado que seu nome não será divulgado.
9. Caso se perceba qualquer risco ou dano à sua pessoa, não previstos neste termo, as atividades desta pesquisa poderão ser imediatamente suspensas. A qualquer momento estaremos à sua disposição para esclarecimentos com relação à pesquisa.
10. Você terá direito de buscar indenização por qualquer tipo de dano resultante da sua participação na pesquisa.
11. Os resultados dessa pesquisa serão apresentados em Congressos da área e publicados em revista científica, garantindo-se sempre o sigilo dos nomes dos participantes.
12. Você receberá uma via assinada e rubricada deste termo, onde constam o telefone e o endereço das pesquisadoras, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Sarah Salvador Pereira
Mestranda do Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem UFSCar
Telefone para contato: (16) 98861-2961
e-mail de contato: sarahsalvadorpereira@gmail.com

Profa.Dra. Sonia Regina Zerbetto
Rodovia Washington Luís, Km 235
Monjolinho – São Carlos – SP- CEP 13565905
Departamento de Enfermagem
Telefone (16) 3351- 9449

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, km. 235 – Caixa Postal 676 – CEP 13.565-905 – São Carlos – SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br

Local e Data: _____

Participante da pesquisa

10 ANEXOS**10. 1 ANEXO I**

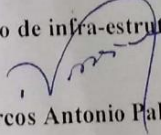
CARTA DE AUTORIZAÇÃO

Ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar),

Prezado Comitê de Ética em Pesquisa da UFSCar, na função de representante legal da Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos/SP, informo que o projeto de pesquisa de mestrado, intitulado "Os Sentidos dos Discursos de Profissionais de Enfermagem da Atenção Primária da Saúde" apresentado pela pesquisadora Sarah Salvador Pereira e orientada pela Professora Dra. Sonia Regina Zerbetto do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSCAR São Carlos e que tem como objetivo principal: analisar os sentidos produzidos nos discursos dos profissionais de enfermagem de uma cidade do interior paulista, sobre os saberes e práticas relacionadas à política de Redução de Danos na Atenção Primária à Saúde, por meio de percepções, foi analisado e considerando que o mesmo siga os preceitos éticos descritos pela resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, fica autorizada a realização do referido projeto apenas após a apresentação do parecer favorável emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar.

"Declaro ler e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar."

São Carlos, 26/09/2018


Marcos Antonio Palermo
Secretário Municipal de Saúde

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar / Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos,
Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil.
Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br

anner

10. 2 ANEXO II



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: OS SENTIDOS NOS DISCURSOS DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOBRE REDUÇÃO DE DANOS

Pesquisador: SARAH SALVADOR PEREIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 03877318.6.0000.5504

Instituição Proponente: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.077.819

Apresentação do Projeto:

Estudo qualitativo desenvolvido sob o referencial teórico e metodológico da Análise de Discurso (AD) de matriz francesa. Fará uso de entrevistas semiestruturadas junto a profissionais de enfermagem da atenção primária à saúde. O número de participantes será definido por saturação dos dados.

Objetivo da Pesquisa:

Geral: Analisar os sentidos produzidos nos discursos dos profissionais de enfermagem, de uma cidade do interior paulista, sobre os seus saberes e práticas relacionados à política de Redução de Danos na Atenção Primária à Saúde, por meio de suas percepções. E, enquanto específicos: (1) caracterizar o perfil sociodemográfico dos profissionais de enfermagem que trabalham nos dispositivos de atenção primária à saúde de uma cidade do interior paulista; (2) apreender os aspectos ideológicos e práticos sobre a política de Redução de Danos constitutivos dos discursos das equipes de enfermagem, a partir das condições de produção em que estão inseridas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Quanto aos benefícios trazem: contribuições para a qualificação do cuidado e possibilidades de transformações de práticas de cuidar em enfermagem, além de ampliação do conhecimento científico na temática.

Na direção de riscos ponderam possibilidade de ansiedade e constrangimento (a) diante das

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235	CEP: 13.565-905
Bairro: JARDIM GUANABARA	
UF: SP	Município: SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-9683	E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 3.077.819

perguntas da entrevista e preocupações com o sigilo. Assumem: "Quanto à ansiedade e constrangimento, a entrevista será realizada em local privativo do serviço de saúde ou em seu domicílio, de maneira empática e respeitosa." Quanto ao sigilo asseguram sigilo e anonimato.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória estão apresentados na conformidade com os preceitos postos aos estudos com seres humanos.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante da documentação apresentada e análise da mesma, recomendo aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Estudo alinhado com as recomendações às pesquisas com seres humanos. Recomendo aprovação.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1253551.pdf	21/11/2018 12:29:47		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETODEPESQUISACEP.pdf	21/11/2018 12:15:16	SARAH SALVADOR PEREIRA	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderostod.pdf	21/11/2018 12:12:25	SARAH SALVADOR PEREIRA	Aceito
Outros	secretaria.pdf	08/11/2018 10:36:09	SARAH SALVADOR PEREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo.pdf	08/11/2018 10:01:42	SARAH SALVADOR PEREIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
Bairro: JARDIM GUANABARA **CEP:** 13.565-905
UF: SP **Município:** SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-9683 **E-mail:** cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 3.077.819

SAO CARLOS, 12 de Dezembro de 2018

Assinado por:
Priscilla Hortense
(Coordenador(a))

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
Bairro: JARDIM GUANABARA
UF: SP **Município:** SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-9683 **E-mail:** cephumanos@ufscar.br